

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AMB	CME RAMON Y CAJAL	BARRIO ALONSO ROSA MARIA	2019_0641	F	25/01/2020	ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL
Z2	AMB	CME RAMON Y CAJAL	MARTINEZ PINILLA ELVIRA	2019_0644	F	27/01/2020	ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL
Z2	AMB	CME SAN JOSE	PASTOR ALCOLEA PAULA	2019_1009	F	27/12/2019	PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE
Z2	AMB	CME SAN JOSE	HERRERA MAGALLON NATALIA	2019_1013	F	27/12/2019	ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE
Z2	AMB	H MIGUEL SERVET	SANZ SANZ HELENA	2016_1080	F	12/02/2018	MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE ADMISION Y DOCUMENTACION	RUIZ ASENSIO LUIS MIGUEL	2019_1499	F	24/01/2020	CREACION DE UNA HERRAMIENTA EN INTRANET PARA AGLUTINAR RECURSOS FORMATIVOS E INFORMATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	RUBIO GUTIERREZ ISABEL	2016_0323	F	20/11/2017	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA	2016_0453	F	12/01/2018	PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	NAVERAN TOÑA KARLOS	2016_1237	S1	19/01/2018	SEGUIMIENTO DE LA ADECUACION DE LOS MENUS DE COMEDOR Y TIPO DE ALIMENTOS DEL CAIP BELIA (BELCHITE) PARA EL CURSO 2105/2016)
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA	2018_0335	F	22/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	PARDOS GARCIA ROSA ANA	2018_0498	F	26/02/2019	CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	BELLO MARTINEZ AMPARO	2019_0357	F	29/01/2020	VEN Y MUEVETE, POR TU SALUD
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	SANCHEZ GALAN PATRICIA	2019_0363	F	22/12/2019	FORMACION EN RCP BASICA Y USO DEL DESA DE LOS ALUMNOS DEL I.E.S. BENJAMIN JARNES (BELCHITE)
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	RAMON ARBUES ENRIQUE	2019_0364	F	23/12/2019	FOMENTO DEL USO RESPONSABLE DEL ANTIBIOTICO EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CASABLANCA	SALVADOR DEL VAL MARIA CARMEN	2018_0944	S1	14/03/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CS CASABLANCA
Z2	AP	CS CASABLANCA	GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA	2018_0961	F	25/02/2019	INCOPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA
Z2	AP	CS CASABLANCA	GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA	2019_1275	S2	31/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP CASABLANCA
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	ARA MARTIN GEMA	2016_0666	F	14/02/2018	CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	ISAC ARRONDO MARTA EUGENIA	2016_1270	S1	16/02/2018	TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	GOMEZ PELIGROS ANTONIO	2016_1609	F	25/02/2019	PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	GOMEZ PELIGROS ANTONIO	2016_1609	F	14/02/2018	PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	GUTIERREZ BLASCO JAVIER	2018_0810	F	04/03/2019	VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR	2019_0768	F	29/01/2020	CAPACITACION CONOCIMIENTOS SOBRE EL ICTUS EN LA POBLACION DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	ANAYA CASBAS MARIA TERESA	2019_1408	S1	27/01/2020	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	FERRE GONZALEZ ANTONIA	2019_1413	F	31/01/2020	PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	HERRAIZ GASTESI GONZALO	2015_0686	F	11/07/2016	EL NIÑO COMO FUMADOR PASIVO: MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LOS PADRES FUMADORES

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA	2016_0332	S1	15/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DEL ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION EN EL CS DE FUENTES DE EBRO
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	MAHULEA LILIANA	2016_0630	F	11/02/2018	OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES CON MEDICACIONE INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	BOLEA GORBEA CARLOS	2018_0814	F	25/02/2019	INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	ZUMETA FUSTERO JESUS	2019_1230	S1	31/01/2020	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	SUMELZO LISO ANA CRISTINA	2019_1232	S1	31/01/2020	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	BOLEA GORBEA CARLOS	2019_1301	F	29/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP FUENTES EBRO
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	NAVARRA VICENTE BEATRIZ	2019_1045	F	29/01/2020	FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PARA MAESTROS
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	NAVARRO AZNAREZ GLORIA	2016_0071	S1	05/02/2018	USO ADECUADO DE INHALADORES EN EL PACIENTE EPOC
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	NAVARRO AZNAREZ GLORIA	2018_1350	S1	28/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	NAVARRO AZNAREZ GLORIA	2018_1350	S1	28/02/2019	POYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA	2019_1216	S1	29/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP PARQUE ROMA
Z2	AP	CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)	COMPAIRED ARAGÜES VICENTE	2016_1289	S1	15/02/2018	REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR 1ARIA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS
Z2	AP	CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)	PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA	2016_1382	S1	08/03/2018	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES
Z2	AP	CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)	HERNANDEZ MORA AMPARO	2019_1462	F	25/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP PUERTA DEL CARMEN
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	VICENTE ALDEA MARIA TERESA	2016_0038	F	12/02/2018	DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOSDE EVOLUCION
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	ROMEO GUTIERREZ AGUSTIN	2016_0247	F	09/02/2018	DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTASMEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN ELCENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2017
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	GRIMAL ALIACAR FERNANDO	2016_0380	S1	11/01/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUINY MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCIONEN EL EAP LA ALMOZARA 2017
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	PUEYO SALAVERA CLARA MARIA	2016_0570	F	08/02/2018	UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD: EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	CAÑADA MILLAN JOSE LUIS	2018_0436	S2	15/03/2019	DETECCION PRECOZ DE FRAGILIDAD PARA LA PREVENCION DE DISCAPACIDAD Y DE CAIDAS EN LA POBLACION MAYOR
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	TOMELO MUÑOZ RUTH	2018_0453	F	22/02/2019	CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA-CENTRO SALUD ALMOZARA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	VICENTE ALDEA MARIA TERESA	2018_0877	F	24/02/2019	IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	BONA GARCIA JAIME	2018_0891	F	13/02/2019	FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	VIADAS NUÑEZ SARA	2019_0204	F	23/01/2020	IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD LA ALMOZARA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	PUEYO SALAVERA CLARA MARIA	2019_0509	S1	27/01/2020	IDENTIFICACIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE ACTIVOS COMUNITARIOS, EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS QUE VIVEN SOLOS
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	TOMELO MUÑOZ RUTH	2019_0976	S1	27/01/2020	MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN EL C.S. ALMOZARA

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	BRUN ALONSO BELEN	2019_1341	F	28/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP LA ALMOZARA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	MARTES LOPEZ CARMEN	2016_0013	F	15/01/2018	NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	GARCIA ROY AFRICA	2016_0437	S1	07/02/2018	OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	GARCIA ROY AFRICA	2016_0437	F	03/02/2019	OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	RODRIGUEZ POLA TAMARA	2016_0991	F	15/01/2018	PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA	2016_1301	F	16/01/2018	LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	MUSEROS SOS DOLORES	2018_0058	F	25/02/2019	BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA	2018_0610	S1	28/01/2019	FORMACION A PACIENTE ACTIVO EN DIABETES
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	FRAILE MUÑOZ ALBA	2018_0702	S0	26/02/2019	ANDARINAS Y FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	FRAILE MUÑOZ ALBA	2018_0702	F	24/01/2020	ANDARINAS FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA	2019_0028	F	19/12/2019	EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	PELET LAFITA EVA MARIA	2019_0287	F	30/01/2020	IMPLANTACION DE LA FASE III DE REHABILITACION CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	GARCIA ROY AFRICA	2019_1260	S1	15/01/2020	MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA	2019_1338	S1	23/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE FISIOTERAPIA EN AP	BLASCO GASCA OLGA	2019_0972	F	30/01/2020	CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL	GARCIA DE CASTRO MARIA TERESA	2019_0799	F	22/01/2020	INTERVENCION EDUCATIVA EN SALUD BUCODENTAL DE LA 3ª EDAD
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	DIAZ RUBIRA MERCEDES	2019_0438	F	22/01/2020	"MANDA A PASEO TU RUTINA". PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE MIRAFLORES. CENTRO DE SALUD SAGASTA-MIRAFLORES
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	DIAZ RUBIRA MERCEDES	2019_0842	S1	31/01/2020	"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	ARROYO CLEMENTE PAZ	2019_0931	F	26/01/2020	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	CASTILLERO CANTERIA ROSA	2019_0932	S1	31/01/2020	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS REBOLERIA ADMISION Y DOCUMENTACION	CUBERO PABLO MANUEL	2018_0634	S1	19/02/2019	INCORPORACION AL C.S. REBOLERIA DELPROGRAMA BOOKCROSGING DELA FUNDACION ELTRANVIA
Z2	AP	CS REBOLERIA	ROMERO FERNANDEZ LAURA	2016_1423	S1	09/02/2018	MAGADLENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO
Z2	AP	CS REBOLERIA	ROMERO FERNANDEZ LAURA	2016_1423	S2	18/02/2019	PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)
Z2	AP	CS REBOLERIA	MUÑOZ MERCADO ANGELA	2018_0624	S1	14/02/2019	OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD
Z2	AP	CS REBOLERIA	MUÑOZ MERCADO ANGELA	2018_0624	F	20/01/2020	OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD
Z2	AP	CS REBOLERIA	CUBERO PABLO MANUEL	2018_0634	F	24/01/2020	PROGRAMA DE CALIDAD 2019,CONTINUACION 2018INCORPORACION DELPROGRAMA BOOKCROSIN (FUNDACION EL TRANVIA)
Z2	AP	CS REBOLERIA	MALLADA VIANA MARIA PILAR	2019_0232	S1	28/01/2020	ESCUELA DE CRIANZA
Z2	AP	CS REBOLERIA	NAVARRO AZNAREZ GLORIA	2019_0366	F	20/01/2020	MEJORA DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS EN EL C. S. REBOLERIA
Z2	AP	CS REBOLERIA	ZAPATA ABAD TERESA	2019_1186	S1	27/01/2020	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA
Z2	AP	CS REBOLERIA	ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL	2019_1461	S1	24/01/2020	RECOMENDACION FORMALIZADA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DIRIGIDA A ANCIANOS CON SEDENTARISMO, AISLAMIENTO SOCIAL

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							Y/O TRISTEZA
Z2	AP	CS REBOLERIA PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	MALLADA VIANA MARIA PILAR	2018_0651	F	07/02/2019	ALIMENTACION Y APOYO A LA CRIANZA
Z2	AP	CS REBOLERIA SALUD BUCODENTAL	RODRIGUEZ GARCIA ANASTASIA FELISA	2018_1479	F	24/02/2019	PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB ZARAGOZA SECTOR II
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	ACHA AIBAR CARMEN	2016_1126	S1	08/02/2018	EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	ACHA AIBAR CARMEN	2016_1126	F	13/03/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	SAZ GONZAGA ANGEL	2018_0768	F	25/02/2019	INCORPORACION DEL EAP AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	REQUENO JARABO MARIA NURIA	2018_1004	S1	28/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SEMINARIO
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	SANZ RUBIO CONCEPCION	2018_1569	S1	04/04/2019	LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	BLASCO RONCO OLGA	2019_1086	S1	28/01/2020	PROYECTO PROA
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	GIL MOSTEO MARIA JOSE	2019_1111	S1	28/01/2020	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II. C.S. ROMAREDA
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO) FISIOTERAPIA EN AP	SANZ RUBIO CONCEPCION	2018_1569	F	31/01/2020	LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES ADMISION Y DOCUMENTACION	TRASMONTAN GALVEZ JOSE ENRIQUE	2019_0763	F	23/01/2020	ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORA O MERCEDES	2016_0315	F	30/01/2018	EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORA O MARIA LUISA	2016_1400	S1	30/01/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORA O MERCEDES	2018_0550	F	15/02/2019	LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	15/01/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	15/01/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	12/02/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	15/02/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	20/02/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	26/02/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	PALACIO LAPUENTE JESUS	2018_0724	F	13/02/2019	PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	CABEZA GUILLEN MARIA ELENA	2018_1037	S1	06/03/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	15/01/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	15/01/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	15/02/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	20/02/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	26/02/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ARCE FLORES AMPARO	2019_0111	F	15/01/2020	"MANDA A PASEO TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE PIGNATELLI. CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ARENAZ CAJAL CARMEN	2019_0692	F	21/01/2020	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	PASCUAL RUBIO MARIA OLGA	2019_0835	S1	31/01/2020	"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	LUNA RODRIGO PEDRO ANTONIO	2019_1025	S1	29/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORA0 MERCEDES	2019_1496	F	22/01/2020	VACUNACIÓN INFANTIL: CÓMO PREVENIR Y EVITAR LOS ERRORES MÁS FRECUENTES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP	CABEZA GUILLEN MARIA ELENA	2018_1037	F	30/01/2020	REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEÓRICAS DEL CURSO DE EDUCACIÓN MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	ESTEBAN ROBLED0 MARGARITA	2016_0393	S1	30/01/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	AREVALO DE MIGUEL ELISA	2016_1316	F	25/05/2018	TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA	2016_1571	S1	29/12/2017	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA	2016_1571	F	20/02/2019	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	FERRERAS GASCO DOMINGO ANTONIO	2018_0600	F	27/02/2019	BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	ESTEBAN ROBLED0 MARGARITA	2018_1342	F	22/02/2019	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U.APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD	2019_0153	F	20/12/2019	ORIENTACION-FORMACION EN CUIDADOS, SOPORTE EMOCIONAL E INFORMACION DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS A CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES Y POBLACION EN GENERAL
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	MORENO MARQUEZ ROCIO	2019_0597	F	30/01/2020	TALLERES DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDOS A LA POBLACION DE SAN JOSE NORTE Y CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	LALANA JOSA MARIA PILAR	2019_0911	F	28/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	LALANA JOSA MARIA PILAR	2018_1304	F	25/02/2019	INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO PSICOLOGIA CLINICA	BARTUMEUS BARTOLOME AINHOA	2019_0410	F	31/01/2020	ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA EN PACIENTES CON ANSIEDAD E HIPERTENSION ARTERIAL Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SAN JOSÉ CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE ADMISION Y DOCUMENTACION	PASCUAL LABORDA MIGUEL ANGEL	2018_0194	S1	13/02/2019	TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE ADMISION Y DOCUMENTACION	PASCUAL LABORDA MIGUEL ANGEL	2018_0194	F	18/01/2020	TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA	2016_0396	S1	01/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA	2016_0396	F	25/02/2019	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA	2016_1571	F	02/01/2019	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	GASCON GASPAR JOSE LUIS	2018_1310	F	27/02/2019	INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	ABANTO VIAMONTE ANTONIO	2019_0912	F	28/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							EN EL EAP SAN JOSÉ NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE SALUD BUCODENTAL	VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA	2018_0009	F	10/01/2019	PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE SALUD BUCODENTAL	VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA	2018_0009	F	30/01/2019	PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE TRABAJO SOCIAL	BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD	2016_0068	S1	23/01/2018	TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUDA PARA PERSONAS CUIDADORAS
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL	VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA	2016_0055	S1	12/01/2018	CONTINUACION PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR ADMISION Y DOCUMENTACION	SOLA ANTON JOSE FERNANDO	2019_0664	S2	08/01/2020	FOMENTAR EL USO Y FORMACIÓN DEL USUARIO EN LA "APP" SALUD INFORMA
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	GARCES ROMERO CARMEN	2016_1104	F	04/04/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE SAN JOSE SUR
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	ALBERO MARCEN LAURA	2016_1492	S1	09/03/2018	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	ALBERO MARCEN LAURA	2016_1492	F	13/03/2019	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	ARRIETA HIGUERAS ELENA	2018_1143	F	13/03/2019	HABITOS SALUDABLES EN POBLACION DE 11-12 AÑOS
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	LOPEZ ESTEBAN PILAR	2018_1234	F	04/03/2019	INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	SAMPEDRO FELIU ALFONSO	2018_1249	S1	13/03/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C. S. SAN JOSE SUR
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	DE ORTE PEREZ MARIA	2019_0025	S1	14/01/2020	PASEO SALUDABLES SAN JOSE
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	DE LOS ARCOS FERNANDEZ DE HEREDIA MARIA PILAR	2019_0090	S1	17/01/2020	LA SOLEDAD NO DESEADA EN SAN JOSE
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN	2019_0946	S1	29/01/2020	RECOMENDACION ACTIVOS PARA LA SALUD Y SOLEDAD EN VENECIA
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	LOPEZ ESTEBAN PILAR	2019_1251	S2	30/01/2020	INCORPORACIÓN DEL EAP DE SAN JOSÉ SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SAN PABLO	VALVERDE ARANDA SELMA	2016_0778	F	15/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA	2016_0860	S1	16/02/2018	GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	NUIN CONS ELENA	2016_1075	F	16/02/2018	ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	GONZALO PEÑA JORGE	2016_1486	F	08/03/2019	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z2	AP	CS SAN PABLO	MACIPE COSTA ROSA MARIA	2016_1567	S1	26/01/2018	CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD
Z2	AP	CS SAN PABLO	ESCARTIN LASIERRA PATRICIA	2016_1567	F	27/02/2019	CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD
Z2	AP	CS SAN PABLO	MAZA INVERNON ANA CRISTINA	2018_0771	F	25/02/2019	MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS
Z2	AP	CS SAN PABLO	VALVERDE ARANDA SELMA	2019_1103	F	29/01/2020	MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y SUS CONTACTOS
Z2	AP	CS SAN PABLO	MACIPE COSTA ROSA MARIA	2019_1161	F	30/01/2020	DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	MARTINEZ CASBAS JOSE PEDRO	2019_1222	F	13/01/2020	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS SAN PABLO	ALONSO LOPEZ MARIA CRISTINA	2019_1226	S1	24/01/2020	DESARROLLO Y MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL EAP SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SAGASTE ROMEO TERESA	2018_0427	F	13/02/2019	GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA
Z2	AP	CS SAN PABLO PEDIATRIA	MACIPE COSTA ROSA MARIA	2018_0298	F	29/08/2019	SEMAFORO DE LA SALUD DEL BARRIO DEL GANCHO. IDENTIFICANDO CON LA POBLACION ASPECTOS DEL BARRIO QUE AFECTAN A LA SALUD DE LOS VECINOS

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS SASTAGO	MARTIN BUIL MARIA DEL MAR	2016_0320	S1	07/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	MARTIN BUIL MARIA DEL MAR	2016_0320	S3	25/02/2019	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	LOPEZ MIRANDA SOFIA	2016_1074	S1	08/02/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	LOPEZ MIRANDA SOFIA	2016_1074	S2	23/02/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	TERUEL MAICAS ALICIA	2016_1551	S1	16/02/2018	COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO
Z2	AP	CS SASTAGO	ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER	2016_1551	S3	05/03/2019	COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO
Z2	AP	CS SASTAGO	MONREAL ALIAGA ISABEL	2016_1566	S1	16/02/2018	ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	MONREAL ALIAGA ISABEL	2016_1566	F	05/03/2019	ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	MONREAL ALIAGA ISABEL	2018_1277	F	25/02/2019	INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SASTAGO	JARABA BECERRIL CARLOS	2019_1392	F	31/01/2020	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	SARTOLO ROMEO MARIA TERESA	2019_1404	S1	31/01/2020	TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN COLEGIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	MARTIN BUIL MARIA DEL MAR	2019_1454	F	31/01/2020	CRIBADO, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON
Z2	AP	CS SASTAGO	VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES	2019_1492	F	30/01/2020	MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS TRAS LA UNIFICACION DE CRITERIOS DE ACTUACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	LASARTE VELILLAS JUAN JOSE	2014_0387	S1	18/08/2016	CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	LASARTE VELILLAS JUAN JOSE	2016_0024	S2	08/02/2018	CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	RUIZ BARRANCO JESUS	2016_0409	S2	02/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	PEÑA GALO EDGAR	2016_1427	F	07/02/2018	SALVA CORAZONES
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	GARCIA LANZON CELESTE	2018_0962	S1	25/02/2019	PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	GARCIA LANZON CELESTE	2018_0962	F	25/01/2020	PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	APARICIO JUEZ SARAY	2018_1091	F	11/02/2019	REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	PEÑA GALO EDGAR	2018_1352	S1	27/02/2019	ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	PEÑA GALO EDGAR	2018_1352	F	28/01/2020	ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	AMATRIAIN BOLEAS EDURNE	2019_0244	S1	16/01/2020	IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	VISUS LOZANO MARIA SANTOS	2019_1188	F	15/01/2020	PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCION E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	BRUSCAS ALIJARDE MARIA JOSE	2019_1211	F	25/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP TORRE RAMONA
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE	2016_1564	S1	31/01/2018	PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	VALTUEÑA CAMACHO MARTA	2016_1583	S2	15/02/2018	CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA	2018_0709	S1	25/02/2019	PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA	2018_0709	F	23/12/2019	PROGAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO LA PAZ
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	VILLAR SEBASTIAN VICENTE	2018_0818	F	07/03/2019	INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	SANZ MARTINEZ LAURA	2019_0167	F	04/01/2020	IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD: TORRERO-LA PAZ
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	VILLAR SEBASTIAN VICENTE	2019_1183	S1	15/01/2020	INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	VILLANUEVA RODRIGUEZ CARMEN	2019_1209	S1	26/12/2019	UN BEBE QUE ADQUIERE BUENOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SERA UN ADULTO MAS SANO
Z2	AP	CS VALDESPARTERA ADMISION Y DOCUMENTACION	CAZAÑA MAELLA VALENTIN	2019_0889	S1	28/01/2020	INCENTIVAR EL USO DE LA CARPETA DE SALUD Y HERRAMIENTAS DE SALUD INFORMA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO	2016_0459	F	15/02/2018	MANTENIMIENTO SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO-9001
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	BELTRAN GARCIA SARA	2016_1299	F	09/02/2018	MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	JIMENEZ PEREZ EVA	2016_1323	S1	14/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	BELTRAN GARCIA SARA	2018_0363	F	30/01/2019	ACERCANDONOS A LA ESCUELA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO	2018_0718	S1	25/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO	2018_0718	S2	20/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CENTRO DE SALUD VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GRIMA BARBERO JOSE MIGUEL	2018_0739	F	06/02/2019	PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GRIMA BARBERO JOSE MIGUEL	2018_0739	F	26/02/2019	PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	CEMELI CANO MERCEDES	2019_0060	F	22/12/2019	ESCUELA Y SALUD
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GALE ANSO INES	2019_0885	F	22/01/2020	ACTIVACION DE ESCOLARES ANTE UNA EMERGENCIA VITAL
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	CUESTA SAMPER MARIA TERESA	2019_1105	F	23/01/2020	PROYECTO DE MEJORA SOBRE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	SORINAS DELGADO NOELIA	2019_1107	F	26/01/2020	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO	2019_1173	S1	28/01/2020	ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LOS PADRES EN UNA CONSULTA DE PEDIATRIA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	JIMENEZ PEREZ EVA	2016_1323	S2	24/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VENECIA	ISLA COBETA JORGE	2016_1409	S1	02/03/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE CANAL IMPERIAL VENECIA 2017
Z2	AP	CS VENECIA	ISLA COBETA JORGE	2016_1412	S1	25/05/2018	JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA DIANAZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA
Z2	AP	CS VENECIA	NUÑEZ ALONSO ESTHER	2016_1412	S1	19/01/2018	JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA
Z2	AP	CS VENECIA	BURILLO MATEO RAQUEL	2016_1486	S1	02/03/2018	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z2	AP	CS VENECIA	BURILLO MATEO RAQUEL	2018_0949	F	27/02/2019	INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS VENECIA	VERDURAS SANCHEZ MARIA ELENA	2019_0917	S1	30/01/2020	MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP
Z2	AP	CS VENECIA	ARQUILLUE VARONA SARA	2019_0939	F	26/01/2020	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VENECIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA	DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS	2016_1545	F	08/02/2018	MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA	MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE	2016_1598	F	02/02/2018	MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DE ZARAGOZA II

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA	MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE	2018_0691	F	15/02/2019	PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	TOBAJAS SEÑOR EVA	2016_0220	F	23/02/2018	ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	AZNAR CARBONELL ANGEL	2016_1534	F	16/02/2018	MEJORA DE REGISTRO EN EL APLICATIVO OMI DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES LIGADOS AL AGUERDO DE GESTION
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PALACIN ARBUES JUAN CARLOS	2016_1538	F	12/01/2018	AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR	2016_1552	F	15/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	ALONSO SANCHEZ MARTA	2016_1719	S1	12/03/2018	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PALACIN ARBUES JUAN CARLOS	2016_1719	F	15/03/2019	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR DEL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	AZNAR CARBONELL ANGEL	2018_0076	S1	15/03/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	AZNAR CARBONELL ANGEL	2018_0076	S2	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PASCUAL GUTIERREZ FLOR	2018_0084	S1	13/02/2019	PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	LAIN MIRANDA MARIA ELENA	2018_0793	F	14/03/2019	MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PINA GADEA BELEN	2018_1034	F	12/03/2019	PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	ALONSO SANCHEZ MARTA	2019_0093	S1	30/01/2020	INTERVENCIÓN SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 DIRECCION	PASCUAL GUTIERREZ FLOR	2018_0084	F	30/01/2020	PROYECTO DE REORDENACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 DIRECCION	GOMEZ JULIAN CRISTINA	2019_0482	S1	30/01/2020	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	PINA GADEA MARIA BELEN	2016_0308	F	12/01/2018	REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	GOMEZ BARAZA MARIA CRISTINA	2016_1539	F	12/01/2018	ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	LABARTA MANCHO CARMEN	2018_1326	F	15/03/2019	INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	PINA GADEA MARIA BELEN	2019_1318	F	28/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 INFORMATICA	MARTINEZ DEL AMO FRANCISCO JOSE	2016_1591	F	10/01/2018	MEJORA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE PARTES DE VARIACION (AP6) ENVIADOS A LADIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 INFORMATICA	NOSTI ESCANILLA JESUS	2018_0581	F	15/03/2019	REACONDICIONAMIENTO DE LA PLACA FORMATTER EN IMPRESORAS MODELO HP LASERJET P2015 QUEHAN SIDO DECLARADAS IRREPARABLES POR FALTA DE REPUESTOS DEL FABRICANTE
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	LAIN MIRANDA MARIA ELENA	2019_1424	F	31/01/2020	MEJORA EN EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	ESAD ZARAGOZA 2	ANDREU GRACIA SERGIO F	2018_0679	F	14/02/2019	FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS
Z2	AP	ESAD ZARAGOZA 2	ANDREU GRACIA SERGIO F	2019_0654	F	26/01/2020	ELABORACIÓN DE MANUAL DE URGENCIAS DOMICILIARIAS EN EL PACIENTE PALIATIVO PARA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR II
Z2	HOSP	CSS SAN JUAN DE DIOS FARMACIA HOSPITALARIA	SASTRE HERES ALEJANDRO JOSE	2015_0479	F	28/07/2016	ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL USO DE ANTIBIOTICOS (TERAPIA SECUENCIAL)

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA DIGESTIVO	CAMO MONTERDE PATRICIA	2019_1125	F	31/01/2020	INDICACIÓN DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIEGSTIVA
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA NEUMOLOGIA	ANORO ABENOZA LAURA	2016_0141	S1	22/02/2018	IMPLANTACION DEL TEST PARA LA EVALUACION DEL CONTROL DEL ASMA (ACT) EN CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGIA
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA NEUMOLOGIA	GOMEZ GONZALEZ CRISTINA	2016_0440	S1	22/02/2018	IDENTIFICAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES EPOC A TRAVES DEL TEST DE ADHERENCIA A INHALADORES (TAI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ADMISION Y DOCUMENTACION	MORELLI BENITEZ JUANA MARIA	2016_0605	F	21/02/2018	CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN ATENCION AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANATOMIA PATOLOGICA	ROCHE LATASA ANA BELEN	2016_1588	S1	20/02/2018	PLAN DE MEJORA DE LAS CONSULTAS DE PUNCION POR AGUJA FINA (PAAF) EN EL Sº DE ANATOMIA PATOLOGICA POR ENCUESTA DE SATISFACCION A LA POBLACION ATENDIDA Y FOLLETO INFORMATIVO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	HERRANZ ANDRES MARIA PILAR	2016_0058	F	17/02/2019	MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	HERRANZ ANDRES PILAR	2016_0058	F	16/01/2018	MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	VALLES TORRES JORGE	2016_0097	F	01/02/2018	OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ NUEZ SILVIA	2016_0268	F	06/02/2018	REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	RODRIGUEZ CALVO CORAL	2016_0280	S1	31/01/2018	ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	RODRIGUEZ CALVO CORAL	2016_0280	F	27/02/2019	REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	PEÑA DE BUEN NATALIA	2016_0392	S1	23/01/2018	MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	CARBONELL BERNAL ROBERTO	2016_0425	S1	02/02/2018	MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACION)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER	2016_0522	F	20/02/2018	ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL HU.MSERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA	2016_0624	F	22/02/2018	BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANJUAN VILLARREAL ALBERTO	2016_0865	F	19/02/2018	CREACION DE MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION	2016_1008	F	18/01/2019	IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION	2016_1008	F	07/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	PORTERO LLORO LUIS PEDRO	2016_1028	S1	20/02/2018	INFORMATIZACION DEL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ANESTESICA PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ ANDRES ARMANDO	2016_1032	S1	20/02/2018	REEVALUACION Y ADAPTACION DE LOS CIRCUITOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREANESTESICAS Y PREQUIRURGICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO	2016_1389	S1	14/02/2019	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DEL DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO	2016_1389	S1	31/01/2018	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	ASENSIO PARIS ANA	2016_1391	S1	08/02/2018	OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	LAGLERA TREBOL SALVADOR	2016_1393	S1	13/02/2019	ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		ANESTESIA Y REANIMACION					
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	LAGLERA TREBOL SALVADOR	2016_1393	S1	15/02/2018	NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	LAGLERA TREBOL SALVADOR	2018_0845	S1	13/02/2019	PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO. IMPLICACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA	2018_0858	S1	18/02/2019	PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	GALLEGO LIGORIT LUCIA	2018_0873	S1	04/02/2019	SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	MARTIN ESCUIN SOLEDAD	2018_1364	S1	05/03/2019	USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ ANDRES ARMANDO	2019_0437	F	31/01/2020	PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO PEDIATRICO EN CMA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	VALLES TORRES JORGE	2019_0526	S2	22/12/2019	DETECCION PREOPERATORIA DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ADULTOS PENDIENTES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	PUERTOLAS ORTEGA MARIA	2019_0531	S1	21/12/2019	IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA: CERTIFICACION ISO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	TARANCON ROMERO MARIA ELENA	2019_0568	S1	30/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTÉTRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	PEÑA DE BUEN NATALIA	2019_0603	S2	27/01/2020	TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGIA GINECOLÓGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER	2019_0761	S2	27/01/2020	CODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR Y DE LAS TECNICAS INTERVENCIONISTAS REALIZADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	RUBIO GARCIA BORJA	2019_0897	S1	20/12/2019	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES CRITICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	ARAGON BENEDI CRISTIAN	2019_0919	F	09/01/2020	DISMINUCIÓN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ ANDRES ARMANDO	2019_0942	S1	31/01/2020	PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA MARIA	2019_0948	S1	26/12/2019	USO DE TECNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN UNIDAD DE REANIMACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION	2019_1452	S2	30/01/2020	PROYECTO PARA LA ESTANDARIZACION DE LA ANESTESIA EN LA TROMBECTOMIA DEL ICTUS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO	2019_1455	S2	27/01/2020	MANEJO PERIOPERATORIO Y PERIPROCEDIMIENTO DE LOS ANTITROMBOTICOS: PROTOCOLO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO	2016_1272	S1	15/02/2018	PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	SOGUERO VALENCIA IRENE	2016_1273	S1	16/02/2018	PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA	2018_1250	S2	04/02/2019	MEMORIA DEL PROYECTO: MEJORA DE LA INFORMACION. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	HERRANDO MEDRANO MONICA	2018_1281	S1	12/02/2019	MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA	2019_0386	F	23/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION A TIEMPO DEL PACIENTE PENDIENTE DE PRIMER ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALISIS O REPARACION DEL MISMO ("CODIGO FISTULA") EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	VAZQUEZ BERGES IRENE	2019_0540	F	26/02/2020	EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACIÓN EN PACIENTES CON CLAUDICACIÓN INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	SANCHEZ PARRILLA MARCELINO	2016_1031	S1	11/02/2018	SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GRACIA MATILLA ROSA	2016_1036	F	10/02/2018	MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		BIOQUIMICA					CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	LASIERRA MONCLUS ANA BELEN	2016_1038	S1	03/02/2018	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº BIOQUIMICA CLINICA DEL H.MIGUEL SERVET. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES	2016_1076	S1	16/02/2018	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO	2016_1076	F	28/01/2020	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	LARREA ORTIZ-QUINTANA MARIA DEL MAR	2018_0258	S1	12/03/2019	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA	2018_0482	F	24/01/2020	IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	RELLO VARAS LUIS	2018_1306	F	15/03/2019	REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	BANCALERO FLORES JOSE LUIS	2019_0402	S1	24/01/2020	INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLOGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	BANCALERO FLORES JOSE LUIS	2019_0402	F	27/01/2020	INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLOGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ	2019_0560	F	30/01/2020	OPTIMIZACION DE PROCEDIMIENTO ANALITICO Y CREACION DE UNA VIA PREFERENTE EN PETICIONES URGENTES DE HOSPITAL DE DIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA CLINICA	CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES	2016_1076	S8	27/02/2019	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA CLINICA	GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA	2018_0482	F	26/02/2019	IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	JIMENO JIMENEZ NOELIA	2016_0025	S1	28/01/2018	PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	QUILEZ FRAJ ELISA	2016_0306	F	09/02/2018	MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	LUIS LOBERA SARA	2016_0355	F	09/02/2018	DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	MANCHON LOPEZ LUIS FERNANDO	2016_0356	F	06/02/2018	HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR	2016_0357	F	20/02/2018	LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR	2016_0357	F	15/03/2019	LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	QUILEZ FRAJ ELISA	2018_0543	F	30/01/2019	MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	MANCHON LOPEZ LUIS FERNANDO	2018_1278	F	05/03/2019	EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR	2018_1279	F	11/03/2019	INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	BUISAN FRANCO MARIA CARMEN	2018_1502	F	14/03/2019	ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	JIMENO JIMENEZ NOELIA	2019_1078	F	21/01/2020	INTRODUCCION AL QUIROFANO PARA TCAE'S
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	YUBERO MORALES ANA	2019_1080	S2	20/01/2020	INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO.PROGRAMA

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		BLOQUE QUIRURGICO	TERESA				DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO A
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS	2016_0263	S1	23/01/2018	VALORACION DE LA ADECUACION DE INGRESOS EN EL S. DE CARDIOLOGIA MEDIANTE EL "APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL" (AEP)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	CALVO GALIANO NAIARA	2016_0405	S1	20/02/2018	CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MORENO ESTEBAN EVA	2016_0438	F	22/02/2018	DIGITALIZACION DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	PEDRERA ROMAN VICTORIA	2016_0492	F	14/02/2018	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UN HOLTER INSERTABLE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	LOPEZ SANGÜESA DANIEL	2016_0546	F	14/02/2018	PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLOGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MARTINEZ SIMON MARIA ESTER	2016_0566	S1	13/02/2018	PROTOCOLIZACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DE DESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL. AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER	2016_0668	F	19/02/2018	INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	DE CASAS HERRANDO NATALIA	2016_0940	S1	28/03/2018	CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATERETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MACIAS MARIN LAURA	2016_0945	S1	13/02/2018	IMPLANTACION DE CHECKLIST PREQUIRURGICO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE	2016_1042	F	22/02/2018	IMPLEMENTACION DE CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	ORTAS NADAL MARIA ROSARIO	2018_0135	S2	22/01/2020	RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MARCEN MIRAVETE ANA	2018_0151	S1	04/02/2019	MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS	2018_0780	S1	20/01/2019	FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	LASALA ALASTUEY MARIA	2018_0885	S1	30/01/2019	INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	LASALA ALASTUEY MARIA	2018_0885	S2	23/02/2019	INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	LASALA ALASTUEY MARIA	2018_0885	F	24/02/2019	INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	PEREZ GUERRERO AINHOA	2018_1141	S1	17/02/2019	PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	ORTAS NADAL ROSARIO	2018_1208	S2	25/02/2019	PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	BERGUA MARTINEZ CLARA	2018_1274	F	14/03/2019	PLAN DE MEJORA DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN CARDIOLOGIA: HOMOGENEIZANDO LA RESPUESTA A ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MIÑANO OYARZABAL ANTONIO	2018_1313	S1	25/01/2019	PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MIÑANO OYARZABAL ANTONIO	2018_1313	S1	14/03/2019	PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	OLORIZ SANJUAN TERESA	2018_1411	S1	28/02/2019	PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	OLORIZ SANJUAN TERESA	2018_1411	S2	11/03/2019	PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS	2019_0380	F	31/01/2020	GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	LASALA ALASTRUEY MARIA	2019_0392	F	31/01/2020	PROYECTO DE REALIZACION DEL PROTOCOLO DE HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	BERGUA MARTINEZ CLARA	2019_0777	S2	31/01/2020	PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MIÑANO OYARZABAL ANTONIO	2019_0789	F	31/01/2020	PROPUESTA REALIZACIÓN CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	OLORIZ SANJUAN TERESA	2019_0934	F	31/01/2020	PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO	2019_1146	F	31/01/2020	PROYECTO DE COORDINACION CARDIOLOGICA EN EL PROCESO DEL ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CON USO PREFERENTE DE LA ECOCARDIOSCOPIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	RUIZ ARANJUELO ALEJANDRA	2019_1371	F	31/01/2020	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA TERMINAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA CARDIOVASCULAR	MATAMALA ADELL MARTA	2016_1494	F	16/02/2018	OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA CARDIOVASCULAR	FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS	2018_1231	S0	25/02/2019	PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H. M. SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA CARDIOVASCULAR	FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS	2018_1231	S2	28/01/2020	PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL, SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL HM SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MARTINEZ CASAMAYOR MARIA CONCEPCION	2016_0387	F	15/02/2018	PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MODREGO IRANZO DIANA	2016_0594	S1	15/02/2018	EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	DUQUE MALLÉN MARIA VICTORIA	2018_1167	F	28/12/2018	TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAÍCES SACRAS Y GESTION DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SERRADILLA MARTIN MARIO	2018_1284	S1	18/02/2019	GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SERRADILLA MARTIN MARIO	2018_1284	S2	23/02/2020	IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HBP
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	LAHUERTA LORENTE LOURDES	2019_0030	S1	30/01/2020	ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	DUQUE MALLÉN MARIA VICTORIA	2019_1383	F	24/12/2019	INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2016_1729	F	26/04/2018	COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA	2016_1730	F	26/04/2018	ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL (AMPLIACION OBJETIVOS DE LA LINEA DE MEJORA DE 2016)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2018_1392	S1	11/02/2019	HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2018_1393	S1	11/02/2019	CONTROL INTERNO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO RAPIDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2019_1185	F	30/01/2020	PROTOCOLARIZACIÓN MANEJO DE TRATAMIENTO

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL					PREOPERATORIO MAXILOFACIAL EN PACIENTE DIABÉTICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2019_1196	F	27/01/2020	ENTREGA DE HOJA DE RECOMENDACIONES EN PACIENTES TRAS TRATAMIENTO EN QUIRÓFANO DE LOCALES DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	CARBONEL BUENO IGNACIO	2016_0026	S2	11/02/2019	AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	CARBONEL BUENO IGNACIO	2016_0026	S3	09/05/2018	AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	CARBONEL BUENO IGNACIO	2016_0026	F	30/01/2020	AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MATEO AGUDO JESUS JOSE	2016_0181	F	13/01/2018	VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI	2016_0236	S1	18/01/2018	PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	AGUILAR EZQUERRA ANDRES	2016_0483	F	23/03/2018	CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	AGUILAR EZQUERRA ANDRES	2016_0483	F	25/02/2019	CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEÑA JIMENEZ DIEGO	2016_0787	F	25/02/2019	AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRESIONADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEÑA JIMENEZ DIEGO	2016_0787	F	13/02/2018	AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MARTIN MARTINEZ ADRIAN	2016_0788	S1	13/02/2018	MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	CABALLERO BURBANO MARIA JESUS	2016_0805	S1	19/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MARTIN HERNANDEZ CARLOS	2016_1401	F	19/02/2018	PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ATENCION PRIMARIA Y SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	AGUILAR EZQUERRA ANDRES	2018_0871	S0	13/03/2019	ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE TRAUMATIZADO CON LESION GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER	2018_1100	S1	28/02/2019	OPTIMIZACION DE LAS PUERTAS DE URGENCIAS Y DERIVACIONES A CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER	2018_1102	S1	28/02/2019	DISMINUCION DEL NUMERO DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES ANCIANOS CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA, HUMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ANGULO TABERNERO MARINA	2018_1107	F	18/02/2019	EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	BUISAN FRANCO MARIA CARMEN	2018_1502	F	18/03/2019	ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA	2019_0086	F	12/01/2020	MEJORA EN REFERENCIA A LA REHABILITACION DEL CODO. EN EL TTº DE FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HUMERO EN LA INFANCIA, TRAS LA RETIRADA DE LA INMOVILIZACION CON ESCAYOLA, CON TTº CONSERVADOR O QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GIL ALBAROVA JORGE	2019_0087	F	12/01/2020	RESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DE LAS INMOVILIZACIONES CON ESCAYOLA, TRAS SU COLOCACION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGIA INFANTIL

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEÑA JIMENEZ DIEGO	2019_0342	F	26/01/2020	CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI	2019_0563	F	17/01/2020	PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE CIRUGIA URGENTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	CALVO GONZALEZ MARIA LUZ	2019_0677	F	28/01/2020	IDENTIFICACION PRECOZ DE LA DISFAGIA. PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS EL EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEREZ JIMENO NURIA	2019_0748	F	31/01/2020	PROTOCOLO DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA DEL HALLUX VALGUS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARRIDO SANTA MARIA ISAIAS	2019_0944	F	30/01/2020	PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	BUISAN FRANCO MARIA CARMEN	2019_1081	S2	24/01/2020	GESTION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN LA COORDINACION Y COMUNICACION ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEREZ GARCIA JOSE MARIA	2019_1091	S1	31/01/2020	INCORPORACION DE LA PROTESIS TOTAL DE TOBILLO EN LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA LA ARTROPATIA TIBIOASTRAGALINA SEVERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PEDIATRICA	FERNANDEZ ATUAN RAFAEL	2018_0239	S1	08/02/2019	FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PEDIATRICA	CORONA BELLOSTAS CAROLINA	2018_0569	S1	19/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PEDIATRICA	RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES	2018_0789	S1	20/02/2019	EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PEDIATRICA	RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES	2019_1390	F	30/01/2020	PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR ATRESIA DE ESOFAGO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	YUSTE BENAVENTE VALENTIN	2016_0485	S1	07/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	AGULLO DOMINGO ALBERTO	2016_1440	S1	19/02/2018	CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	AGULLO DOMINGO ALBERTO	2016_1440	S2	26/02/2019	CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	YUSTE BENAVENTE VALENTIN	2018_0803	S1	13/02/2019	UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	AGULLO DOMINGO ALBERTO	2019_1224	S1	25/01/2020	OPTIMIZACIÓN DE LA CONSULTA QUIRÚRGICA DE ALTA RESOLUCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS	2019_1262	S1	21/01/2020	VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA TORACICA	POLO BERNE RAQUEL	2016_1350	S1	20/02/2018	ESTRESORES EN ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA TORACICA	BLANCO MANZANO NELIDA	2016_1365	S1	20/02/2018	VALORACION Y ANALISIS DE ESTRESORES DE INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN PLANTA QUIRURGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA TORACICA	MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO	2019_1088	S1	27/01/2020	REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA TORACICA	MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO	2019_1088	S1	24/02/2020	REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA TORACICA	GARCIA TIRADO FRANCISCO JAVIER	2019_1480	S1	27/01/2020	CONTROL DE LA INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN EL S. DE C. TORACICA DEL H.U.MIGUEL SERVET: CONTRIBUCION AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS HOSPITALARIO (PROA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET COMISION DE DOCENCIA	BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL	2018_1047	F	04/02/2019	CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION DOCENTE DE LAS UDD DEL HUMS EN LA WEB DEL SECTOR II-DOCENCIA POSTGRADO

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET COMISION DE DOCENCIA	DUASO LONGAS ELENA	2019_1507	F	20/01/2020	ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA DOCUMENTACIÓN UTILIZADA EN LA EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGIA	ZUBIRI ARA MARIA LUISA	2016_1790	S1	23/03/2018	TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MEDIANTE CABINA. CODIGO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGIA	GILABERTE CALZADA YOLANDA	2018_1290	F	25/02/2019	IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGIA	CERRO MUÑOZ PAULINA ANDREA	2019_1005	F	22/12/2019	GESTION DE LA ATENCION POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PATOLOGIA DERMATOLÓGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGIA	GILABERTE CALZADA YOLANDA	2019_1047	F	27/01/2020	PROYECTO VIA RAPIDA DE ATENCION AL PACIENTE CON SOSPECHA DE PATOLOGIA DERMATOLÓGICA POTENCIALMENTE GRAVE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	BUENO CAPAPE ELIA	2016_0172	S1	16/02/2018	FORMACION EN EL RECAMBIO DE SONDAS DE GASTROSTOMIA PARA ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	LAZARO RIOS MARIA	2016_0257	F	09/02/2018	PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS INTERVENCIONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA QUE INGRESAN A CARGO DE SERVICIO DE DIGESTIVO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	FRAGO LARRAMONA SANTIAGO	2016_0259	F	13/02/2018	ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	LUZON SOLANAS LARA	2016_0260	F	23/01/2018	INFORMATIZACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN ELASTOGRAFIA DE DE TRANSICION (ET) O FIBROSCAN
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	SIERRA MOROS EVA MARIA	2016_0287	S1	25/02/2018	IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	CORSINO ROCHE PILAR	2016_0833	S1	19/02/2018	INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLOGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	VICENTE LIDON RAQUEL	2016_0842	S1	20/02/2018	CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	VICENTE LIDON RAQUEL	2016_0842	S2	24/01/2019	CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO - QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL	2016_0866	S1	20/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	BAJADOR ANDREU EDUARDO	2018_1219	F	12/03/2019	ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	SANCHEZ CUCALON SUSANA	2018_1266	S1	14/03/2019	PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	BERNAL MONTERDE VANESA	2019_1123	F	01/02/2020	PLAN DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON ASCITIS REFRACTARIA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON	2018_0120	S1	17/01/2019	GESTION CLINICA DEL RAQUIS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA	2018_0131	F	21/12/2018	PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA	2018_0131	F	30/01/2020	PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON	2018_0135	S1	20/01/2019	RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	LAHUERTA LORENTE LOURDES	2019_0030	F	28/01/2020	ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	LANZUELA VALERO MANUELA	2019_0863	S1	30/01/2020	OPTIMIZACION DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL CONSEJO GENETICO PARA MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CANDIDATOS AL MISMO.

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA	2019_0957	S1	31/01/2020	MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	LAIN MERCADAL JUAN	2016_0852	F	21/02/2018	MANTENER LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 E ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA Y AUMENTODE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	ACHA PEREZ JAVIER	2016_1410	F	21/02/2018	PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II DE ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	ACHA PEREZ JAVIER	2018_1211	F	08/02/2019	ANALIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	SANZ PARIS ALEJANDRO	2018_1334	F	21/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE Y CUIDADOR QUE REQUIERE NUTRICION ENTERAL DOMICILIARIA POR SONDA AL ALTA HOSPITALARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	DE DIEGO GARCIA PATRICIA	2019_0198	F	31/01/2020	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE LA TIROTOXICOSIS INDUCIDA POR AMIODARONA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	SANZ PARIS ALEJANDRO	2019_0417	S1	30/12/2019	TRATAMIENTO NUTRICIONAL PERIOPERATORIO EN CIRUGIA BARIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ESTERILIZACION	CAÑADA ASENSIO VANESA	2018_0785	F	04/02/2019	FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	NAVARRO AZNAREZ HERMINIA	2016_0625	F	15/02/2018	MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	CASAJUS LAGRANJA PILAR	2016_0943	F	09/02/2018	MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	2016_0969	S1	07/02/2018	MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE	2016_1005	F	16/02/2018	AVANZANDO EN SEGURIDAD, TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	ABAD SAZATORNIL MARIA REYES	2016_1057	F	16/02/2018	AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICAASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	PALOMO PALOMO PABLO	2016_1083	F	07/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	2016_1083	F	15/03/2019	MATENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015:AVANZANDO EN LA GESTION DEL RIESGO Y EN MEJORAR LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	LARRODE LECIÑENA ITZIAR	2016_1615	S1	16/02/2018	PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	MERCHANT ANDREU MIRIAM	2018_1551	S1	19/02/2019	MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	MERCHANT ANDREU MIRIAM	2018_1551	F	31/01/2020	MONITORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	ABAD SAZATORNIL REYES	2019_0822	F	31/01/2020	REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACIONDE LA METODOLOGIA LEAN.MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES	2016_0527	S1	14/02/2018	ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	2016_0946	S1	16/02/2018	VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL	2016_1284	S1	16/02/2018	ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	ESTEBAN GIMENO ANA BELEN	2016_1287	S1	15/02/2018	COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA. UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	2018_1118	S1	12/03/2019	FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	2018_1118	F	28/01/2020	FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION DEL PACIENTE GERIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	RUIZ MARISCAL MARTA	2018_1192	S2	26/02/2019	MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	RUIZ MARISCAL MARTA	2018_1192	F	29/01/2020	MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL	2018_1202	S2	26/02/2019	ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL	2018_1202	F	30/01/2020	ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	DE VAL LAFAJA ALODIA	2018_1267	S1	23/02/2019	ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	GRACIA CUADRADO LIRIA	2019_0941	S1	28/01/2020	IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA VIVIFRIL EN GERIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	DE RUEDA CILLER BEATRIZ	2016_0123	S1	15/02/2018	PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA MEDICA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA	2016_0128	S1	12/02/2018	PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA DE ENFERMERIA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR	2016_0535	F	12/01/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001. HOSPITAL DE DIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	IBORRA MUÑOZ ANA	2016_0779	S1	12/02/2018	MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS AUTOANALIZADORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	SALVADOR OSUNA CARLOS	2016_0859	S1	16/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PARRA SALINAS INGRID	2016_1002	S1	14/02/2018	MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	DELGADO BELTRAN MARIA DEL PILAR	2018_1295	S1	27/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ONLINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	CALVO VILLAS JOSE MANUEL	2018_1378	F	26/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	IBORRA MUÑOZ ANA	2019_0615	F	30/01/2020	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	IZQUIERDO GARCIA ISABEL	2019_1377	S1	26/02/2020	PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HOSTELERIA	PEREZ SALILLAS MARIA	2016_0060	S1	20/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA DEL TRABAJO	DUEÑAS JOLLARD SANDRA	2016_1457	F	19/02/2018	VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN EL SERVICIO DE MICRO BIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA DEL TRABAJO	EZPELETA ASCASO IGNACIO	2018_1442	S1	26/02/2019	HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES. DETECCION, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA DEL TRABAJO	EZPELETA ASCASO IGNACIO	2019_0925	F	31/01/2020	PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN ADULTOS A PARTIR DE 45 AÑOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	KLIMENKO KLIMENKO ANTONINA	2016_0446	F	16/02/2018	JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	TEJADA ARTIGAS ANTONIO	2016_0985	S1	07/05/2018	MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	RUIZ AGUILAR ANTONIO LUIS	2016_0997	F	22/02/2018	NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		MEDICINA INTENSIVA					POSTERIOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UCI DE TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO	2016_1305	F	21/01/2018	PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	LOMBARTE ESPINOSA EVELYN	2016_1307	F	21/01/2018	UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	GURPEGUI PUENTE MARTA	2018_0458	S2	06/03/2019	PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	GURPEGUI PUENTE MARTA	2018_0458	S2	27/02/2020	PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	LOMBARTE ESPINOSA EVELYN	2018_0459	S2	06/03/2019	PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA PABLO	2018_0459	S2	27/02/2020	PROYECTO PARA LA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	CARRILLO LOPEZ ANDRES	2019_0887	F	23/01/2020	APLICACIÓN DE ESTIMADORES PRONÓSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLÓGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y MONITORIZACIÓN
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	CARRILLO LOPEZ ANDRES	2019_0898	F	23/01/2020	ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	MOYA CALVO ALBERTO	2019_1206	F	29/01/2020	MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE INGRESADO CON ICTUS EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	ANDREU VAZQUEZ MANUEL	2019_1295	F	29/01/2020	MEJORA DE LA INFORMACION A LA FAMILIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA	2016_0976	S1	18/02/2018	IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA	2016_0976	S2	15/03/2019	IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	BIELSA MASDEU ANA MARIA	2016_1006	S1	16/04/2018	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	FIGUERAS VILLALBA PILAR	2018_1172	S1	15/02/2019	OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	ARAZO GARCES PIEDAD	2018_1261	F	26/02/2019	OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	SEVIL PURAS MARIA	2019_1075	S1	30/01/2020	DETECCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA RECOMENDACIÓN DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DEL CRÓNICO COMPLEJO DEL SALUD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	BIELSA MASDEU ANA MARIA	2019_1273	F	29/01/2020	OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS ADMINISTRADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	COLLADOS ABAD ANA CRISTINA	2019_1292	F	13/01/2020	CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	LASSO OLAYO JESUS MARIA	2019_1382	S1	31/01/2020	SEGUIMIENTO SISTEMATICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA PROCEDENTES DE LA UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	MORALES MARINA MARIA ANGELES	2019_1388	F	29/01/2020	CREACION DE UN MANUAL PARA LA AUTOADMINISTRACION DE GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE SUBCUTANEA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA NUCLEAR	DE LA CUEVA BARRAO LETICIA	2016_0552	F	14/01/2018	INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA NUCLEAR	ABOS OLIVARES MARIA DOLORES	2018_1027	S1	08/02/2019	NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA NUCLEAR	ABOS OLIVARES MARIA DOLORES	2018_1027	F	24/02/2020	NORMALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA NUCLEAR	DE LA CUEVA BARRAO LETICIA	2019_0048	F	22/01/2020	INCORPORACION DE LA ESTIMACION DE EXPOSICION DERIVADA DE LOS PROCEDIMIENTOS PET DE MEDICINA NUCLEAR AL INFORME CLINICO DEL PROCEDIMIENTO Y AL HISTORIAL DOSIMETRICO DEL PACIENTE

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS	2016_0891	S1	22/02/2018	MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL	2016_0904	S1	15/02/2018	PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL	2016_0904	F	18/01/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	CORTES RAMAS ANA MARIA	2019_1108	F	31/01/2020	SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO (IQZ)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	GIMENEZ JULVEZ TERESA	2019_1190	F	31/01/2020	CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACION DEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CON PRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	GIMENEZ JULVEZ TERESA	2019_1418	F	24/02/2020	IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA Y LA UCSI DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	LAPRESTA MOROS CARLOS	2019_1486	F	30/01/2020	DESARROLLO E IMPLANTACION DEL SISTEMA AUTONOMICO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRURGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL	2016_0283	F	23/01/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SAHAGUN PAREJA JUAN	2016_0322	F	19/01/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE RESPIRATORIO, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ROC ALFARO MARIA LOURDES	2016_0351	F	19/01/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	LOPEZ GOMEZ CONCEPCION	2016_0384	F	09/02/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	FERRER CERON ISABEL	2016_0468	F	08/02/2018	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	FORTUÑO CEBAMANOS BLANCA	2016_0507	F	13/02/2018	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA COLONIZACION-INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). SERVICIO MICROBIOLOGIA. HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	VIÑUELAS BAYON JESUS	2016_0509	F	23/01/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MARTIN SACO GLORIA	2016_0563	F	19/01/2018	ASESORAMIENTO MICROBIOLOGICO EN ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	PALACIAN RUIZ MARIA PILAR	2016_0572	S1	17/01/2018	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	REZUSTA LOPEZ ANTONIO	2016_0603	F	12/02/2018	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SENSIBILIDAD ANTIFUNGICA DE LEVADURAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	REVILLO PINILLA MARIA JOSE	2016_0685	F	14/02/2018	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	VILLUENDAS USON MARIA CRUZ	2016_0751	F	04/02/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ ANA	2016_0761	F	15/02/2018	ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRONICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTION DE DETERMINACIONES MICROBIOLOGICAS, CONTROL DE

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y MEJORAS DE RESULTADOS EN
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL	2016_0889	F	19/01/2018	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL	2018_1045	F	11/03/2019	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA	2018_1160	F	08/03/2019	AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA	2018_1160	F	12/03/2019	AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	EGIDO LIZAN PILAR	2019_0788	F	30/01/2020	LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA	2019_0821	F	27/01/2020	GESTION DE LOS EJERCICIOS DE INTERCOMPARACION EXTERNO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN EL MARCO DE LA ACREDITACION POR LA NORMA UNE EN ISO 15189
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	FRONTIÑAN PARDO BEATRIZ JULIA	2016_0540	F	14/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	FERRER LOPEZ EMILIA	2016_0560	S1	15/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCION DE CAIDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	GUTIERREZ DALMAU ALEX	2016_1211	S1	21/02/2018	PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	LOU ARNAL LUIS MIGUEL	2019_0240	F	28/01/2020	OPTIMIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	LOU ARNAL LUIS MIGUEL	2019_0241	F	28/01/2020	INICIO PROGRAMADO DE HEMODIALISIS HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE CRONICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	FERRER LOPEZ EMILIA	2019_1056	F	22/12/2019	ORDEN DE EXTRACCION DE MUESTRAS SANGUINEAS EN LA PREPARACION AL PACIENTE POTENCIAL RECEPTOR DE UN INJERTO RENAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	VERA SOLSONA ELISABET	2016_0221	F	02/03/2018	OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MARTIN CARPI MARIA TERESA	2016_0262	F	21/02/2018	POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	GOMARA DE LA CAL SARA	2016_0298	F	22/02/2018	EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	VIÑADO MAÑES CLARA MARIA	2016_0333	F	21/02/2018	EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	FONDEVILA MONGE JUSTA	2016_0347	S1	13/02/2018	PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº I-VENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION	2016_0576	F	13/01/2018	PASOS A SEGUIR POR EL PACIENTE DE HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	POLANCO ALONSO DINORA	2016_0618	F	22/03/2018	PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO STOP-BANG DE SCREENING DE APNEA DE SUEÑO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MINCHOLE LAPUENTE ELISA	2018_1233	F	28/02/2019	IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	VERA SOLSONA ELISABET	2018_1265	S2	27/02/2019	PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIA ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MARTIN CARPI TERESA	2018_1270	F	07/03/2019	PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MINCHOLE LAPUENTE ELISA	2019_0446	F	31/01/2020	EVALUACION ECOGRAFICA DE LA FUNCION DIAFRAGMATICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DISFUNCION DIAFRAGMATICA

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	PINEDA CORONEL RAHALF	2019_0498	F	20/01/2020	ELABORACION DE FORMULARIO DE PETICION DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA CON SEDOANALGESIA EN NEUMOLOGIA (H.U. MIGUEL SERVET)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	VERA SOLSONA ELISABET	2019_0551	F	26/01/2020	PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	GOTOR LAZARO MARIA ANGELES	2019_0636	F	27/01/2020	PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO	2019_0704	F	16/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE BIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MARTIN CARPI MARIA TERESA	2019_0764	F	26/01/2020	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA CONSULTA VIRTUAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION	2019_0814	S1	31/01/2020	CIRCUITO DE CAPTACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PAR ALA DESHABITUACION TABAQUICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	GOMARA DE LA CAL SARA	2019_0856	F	26/01/2020	MONITORIZACION DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MARTIN PALLAS CRISTINA	2019_1054	F	20/01/2020	ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIROGIA	CASADO PELLEJERO JUAN	2016_0164	S3	11/02/2019	DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIROGIA	CASADO PELLEJERO JUAN	2016_0164	F	31/01/2018	DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIROGIA	GONZALEZ GARCIA LAURA	2016_0583	S1	17/01/2018	OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIROGIA	NAVARRO INUÑEZ MARIA LUZ	2018_1070	S2	02/03/2019	DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIROGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIROGIA	NOVO GONZALEZ BEATRIZ	2018_1206	S1	26/02/2019	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIROGIA	MOLES HERBERA JESUS	2019_1509	S1	01/03/2020	OPTIMIZACION DE LOS PACIENTES DE EPILEPSIA. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS Y DÍPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	DOLZ ZAERA MARIA ISABEL	2016_0876	F	21/02/2019	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	HADDAD GARAY MARIA	2016_0876	F	15/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	DOLZ ZAERA MARIA ISABEL	2016_0921	F	15/02/2018	UNIFICACION DE LA HOJA DE SOLICITUD DE ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	HADDAD GARAY MARIA	2018_0487	F	07/02/2019	CONSENSO PARA LA TIPIFICACION EN LA GRAVEDAD DEL STC PARA SU POSTERIOR DERIVACION A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	ALMARCEGUI LAFITA CARMEN	2019_0663	S1	24/01/2020	REALIZAR REGISTROS POLISOMNOGRAFICOS AMBULATORIOS (PSG) EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	HADDAD GARAY MARIA	2019_0820	S1	31/01/2020	MANTENER LA CERTIFICACIÓN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	EXPOSITO SANCHEZ CARMEN	2016_0340	F	16/02/2018	EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	ARA CALLIZO JOSE RAMON	2016_0391	F	27/02/2018	MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ARA CALLIZO JOSE RAMON	2016_1431	F	27/02/2019	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		NEUROLOGIA					TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	SERRANO PONZ MARTA	2016_1431	F	27/02/2018	SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	ARTAL ROY JORGE	2018_1242	F	11/02/2019	OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	TEJADA MEZA HERBERT	2018_1257	F	04/02/2019	PLAN DE OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA AL ICTUS HIPERAGUDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	ARA CALLIZO JOSE RAMON	2019_0709	F	21/02/2020	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	LAMBEA GIL ALVARO	2019_0771	F	25/02/2020	ADAPTACION DEL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	EXPOSITO SANCHEZ CARMEN	2019_0901	F	31/01/2020	ESCUELA DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ELA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BRUN VALVERDE ANA PILAR	2016_0228	F	06/02/2018	ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBSTETRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ PEREZ JAVIER	2016_0254	S1	08/02/2018	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PUERPERAS EN LAS PLANTAS DE TOCOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	OLIVAN LAMBEA CRISTINA	2016_0272	S1	06/02/2018	REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MAÑAS MARTINEZ MARIA DEL MAR	2016_0345	F	11/02/2018	PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SAZ SIMON LAURA	2016_0376	S1	04/02/2018	PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTI GAMBOA SABINA	2016_0423	S1	16/02/2018	ADECUACION DE LA RECOGIDA DE GASOMETRIA CORDONAL NEONATAL Y VALIDACION DE LAS MUESTRAS ARTERIALES Y VENOSAS OBTENIDAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS	2016_0433	F	16/02/2018	PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DE ALTO RIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ANDRES OROS MARIA PILAR	2016_0445	F	16/02/2018	IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GONZALEZ BALLANO ISABEL	2016_0493	F	16/02/2018	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SOSPECHA CLINICA DE GRIPE EN GESTANTE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TEJERO CABREJAS EVA LUCIA	2016_0580	F	16/02/2018	ADECUACION Y CONSENSO EN LA SOLICITUD DE MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA FETAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA MATERNO FETAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGUEZ LAZARO LAURA	2016_0664	F	16/02/2018	ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	VIÑERTA SERRANO ESTHER	2016_0703	S1	04/05/2017	MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	AGUSTIN OLIVA ANDREA	2016_0715	F	16/02/2018	AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PUERPERIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ADIEGO CALVO IGNACIO	2016_0725	F	15/02/2018	ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINEN POR UN PROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	JOSE GUTIERREZ YASMINA	2016_0750	S1	25/01/2018	PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	PASCUAL MANCHO JARA	2016_0822	S1	16/02/2018	COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTINEZ SUÑER SILVIA	2016_0864	F	16/02/2018	IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL	2016_0935	S1	20/02/2018	PROTOCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ROY RAMOS VIRGINIA	2016_0973	F	16/02/2018	CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	YAGÜE MORENO HORTENSIA	2016_0974	F	13/02/2018	REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL	2016_0992	S1	12/04/2018	FORMACION CONTINUADA EN HABILIDADES EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN SIMULADOR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGO CONDE CESAR	2016_1021	F	22/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	VICENTE GOMEZ ISABEL	2016_1022	F	16/02/2018	ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DESALUD DE ARAGON - ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TEBAN PONCE VANESSA	2016_1025	S1	16/02/2018	MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BAQUEDANO MAINAR LAURA	2018_0015	F	12/02/2019	INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DE GINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS Y RECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EN CONSULTA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL	2018_0223	F	19/02/2019	CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BORQUE IBAÑEZ AMPARO	2018_0497	S1	01/02/2019	PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN PACIENTES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUBIO CUESTA PATRICIA	2018_0526	S1	13/03/2019	EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUBIO CUESTA PATRICIA	2018_0526	F	30/01/2020	EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA Y MARCAJE GANGLIONAR CON ARPON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TAJADA CEPERO PILAR DARIA	2018_0762	S2	07/03/2019	OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DIESTE PEREZ ANA MARIA DE LA PEÑA	2018_1011	S2	11/03/2019	ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN	2018_1083	F	18/02/2019	ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGO CONDE CESAR	2019_0054	S1	13/01/2020	UTILIZACION DEL PESARIO COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL EN LOS CME DEL AREA SANITARIA II. CONSULTAS DE GINECOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BORQUE IBAÑEZ AMPARO	2019_0127	S1	28/01/2020	IMPLEMENTACION RECOMENDACIONES DE DGSP-GOB ARAGON EN MATERIA DE VACUNACION FRENTE A VIRUS PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES CON LESIONES PRENEOPLASICAS-ALTO GRADO DE CERVIX UTERINO Y OTROS GRUPOS DE RIESGO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL	2019_0746	F	27/02/2020	CREACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN LA ATENCION DE LA PACIENTE CON UNA GESTACION GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN	2019_0862	F	24/02/2020	ENTRENAMIENTO EN MODELOS DE SIMULACION DE DIAGNOSTICO Y REPARACION DE DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO TRAS PARTO VAGINAL EN EL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGO RODRIGUEZ MARIA	2019_1128	F	31/01/2020	OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATÍAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	SANCHEZ PEREZ ANTONIO	2016_1406	S1	15/02/2018	PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	ABADIA ALVAREZ BEATRIZ	2016_1407	F	06/02/2018	PROTOCOLO DE ANTIAGREGACION Y ANTICOAGULACION EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DECATARATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	LOPEZ VALVERDE GLORIA	2018_0736	F	07/02/2019	PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELEVANTES CORNEASES EN CIRUGIA DE CATARATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO	2018_0878	F	14/02/2019	CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	GARCIA GUTIERREZ MARIA CRISTINA	2019_0845	F	31/01/2020	SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROTOCOLO DE EXTRACCION DE ENDOTELIO EN CORNEA DONANTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	CALVO PEREZ PILAR	2019_1512	S1	30/01/2020	MEJORA DEL CIRCUITO EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES DE RETINA MEDICA MEDIANTE GPS DE LOCALIZACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	ARTAL CORTES ANGEL	2016_0054	S1	03/04/2018	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE DICTADO DE INFORMES PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	JORDAN BENAVENT MARIA JESUS	2016_0256	F	24/01/2018	SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERICOS EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA " HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA "
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	ALVAREZ BUSTO IÑAKI	2016_1429	S1	29/04/2018	IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	ANTON TORRES ANTONIO	2016_1430	S1	29/04/2018	UNIDAD FUNCIONAL TUMORES DE CABEZA Y CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	MORALES HIJAZO LORENA	2019_1121	F	31/01/2020	PROGRAMA ACOGIDA PERSONAL ENFERMERIA NUEVA INCORPORACION A ONCOLOGIA MEDICA, EDUCACION EN MANEJO DE CITOSTATICOS Y COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS ENTRE UNIDADES (H. DE DIA/HOSPITALIZACION)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	ALVAREZ BUSTO IÑAKI	2019_1175	F	09/01/2020	MEJORA DE LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	MENDEZ VILLAMON AGUSTINA	2016_0296	S1	19/02/2018	MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR	2016_0327	F	22/02/2018	IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA	2016_0593	F	15/02/2018	MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	GARCIA GIMENO BLANCA	2016_0633	S1	13/02/2018	IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR	2019_0378	F	28/01/2020	COMO FACILITAR AL NIÑO EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO: UNA PEQUEÑA MEJORA QUE APORTA MUCHO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	MENDEZ VILLAMON AGUSTINA	2019_0427	S1	27/01/2020	AMPLIACION DE LA CERTIFICACION UNE EN ISO 9001 A LA UNIDAD DE UCMORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	GASCON FERRER MARINA	2019_0429	S2	28/02/2020	DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	CAMPOS BONEL ARANTXA	2019_0431	F	29/01/2020	ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	GARCIA GIMENO BLANCA	2019_0601	F	21/01/2020	SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	TERRE FALCON RAMON	2016_0824	F	15/02/2018	PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	PEREZ DELGADO LAURA	2016_1268	S1	13/02/2018	PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE SEVERA EN EL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	FERNANDEZ LIESA RAFAEL	2016_1390	F	14/02/2018	INGRESO DEL PACIENTE EN EL DIA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	FRAILE RODRIGO JESUS JOSE	2016_1392	F	14/02/2018	PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DEL TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	VICENTE GONZALEZ EUGENIO ANDRES	2016_1395	S1	19/01/2018	CREACION E IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO PARA LAS PRUEBAS AUDIOLOGICAS REALIZADAS A NIÑOS EN EL ESPACIO "AUDIONAUTAS"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	DE MIGUEL GARCIA FELIX	2016_1396	S1	13/02/2018	APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	RIVARES ESTEBAN JOSE JAVIER	2018_0796	F	18/02/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	SEVIL NAVARRO JORGE	2018_0811	F	04/02/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE INFORMES DE ALTA Y RECOMENDACIONES AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	DE MIGUEL GARCIA FELIX	2018_0887	F	01/02/2019	REVISIO DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	FRAILE RODRIGO JESUS JOSE	2018_0920	F	18/02/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	VICENTE GONZALEZ EUGENIO	2018_0947	F	13/02/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA EN LA SECCION DE ORL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	GUALLAR LARPA MARIA	2019_0866	F	23/01/2020	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SORDERA BRUSCA EN LOS SECTORES I Y II. CREACION DE UNA FICHA DE RECOGIDA DE DATOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	RIVARES ESTEBAN JOSE JAVIER	2019_1032	F	28/01/2020	PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL RINOLOGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	GIL PARAISO PEDRO	2019_1033	F	30/01/2020	PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL OTOLOGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	GUALLAR LARPA MARIA	2019_1055	F	21/01/2020	PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR	2019_1064	F	29/01/2020	PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO Y DERIVACIÓN A ORL EN ATENCION PRIMARIA DE LA DISFAGIA OROFARINGEA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO	2019_1171	F	31/01/2020	SEMIOLOGIA FARINGO-LARINGEA. PROPUESTA DE ALGORITMOS PARA ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	PALANCA ARIAS DANIEL	2016_0016	F	18/01/2018	TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	AYERZA CASAS ARIADNA	2016_0017	F	12/01/2018	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	FERRER LOZANO MARTA	2016_0167	S1	22/02/2018	CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	RITE GRACIA SEGUNDO	2016_0230	F	20/02/2019	CERTIFICACION ISO9001 DE LA UCI NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	RITE GRACIA SEGUNDO	2016_0230	F	07/02/2018	CERTIFICACION ISO 9001 DE LA UCI NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	BERENGUEL LOVACO RICHARD	2016_0301	F	12/02/2018	CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVOIRIO SUBCUTANEO: INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO	2016_0571	F	12/01/2018	MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	MONGE GALINDO LORENA	2016_0598	S1	10/02/2018	LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	FERNANDEZ ESPUELAS	2016_0857	S1	20/02/2018	MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		PEDIATRIA	CRISTINA				DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	ROS ARNAL IGNACIO	2016_0931	S1	13/02/2018	PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	PINILLOS PISON RAQUEL	2016_0984	S1	19/02/2018	MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOZES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (< O IGUAL A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O < O IGUAL A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GOMEZ BARRENA VIRGINIA	2016_1035	F	20/02/2018	MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GARCIA ROMERO RUTH	2016_1343	S1	14/02/2018	MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GARCIA ESCUDERO CRISTINA	2016_1768	S1	06/02/2018	REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GARCIA ESCUDERO CRISTINA	2016_1768	F	20/02/2019	REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	ABENIA USON PILAR	2016_1769	S1	05/02/2018	PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDADESPANOLA DE NEONATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	ABENIA USON PILAR	2016_1769	S2	20/02/2019	PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	TORRES CLAVERAS SONIA	2016_1770	S1	07/02/2018	IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	TORRES CLAVERAS SONIA	2016_1770	S2	20/02/2019	IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL RCP NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	MADURGA REVILLA PAULA	2018_1068	S1	28/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	MADURGA REVILLA PAULA	2018_1068	F	31/01/2020	PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA RECOGIDA Y ANÁLISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GOMEZ BARRENA VIRGINIA	2018_1176	S1	11/02/2019	DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS INFANTIL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	CASTEJON PONCE ESPERANZA	2018_1176	F	31/01/2020	REGISTRO Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	PEÑA SEGURA JOSE LUIS	2018_1356	S1	09/02/2019	DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	PEÑA SEGURA JOSE LUIS	2018_1356	S2	26/01/2020	DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	LARENA FERNANDEZ ISRAEL	2018_1445	F	18/02/2019	ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	RITE GRACIA SEGUNDO	2019_1245	S1	28/01/2020	PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECIDADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GIMENO LAGUARDIA NURIA	2019_1384	F	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERIA ORL: CONTROL Y DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE	2019_1422	S1	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACIÓN CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACION DE CARRO DE PARADA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	MONGE FERRER ESTHER	2019_1431	F	31/01/2020	ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO ATENCIÓN ENFERMERA AL NIÑO CON DIABETES HOSPITALIZADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	MOÑITA BLANCO MARIA ADORACION	2016_0948	S1	19/02/2018	EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							HEMODYNAMICA DEL H.U. MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	EZPELETA ASCASO IGNACIO	2016_1433	S1	19/02/2018	RIESGO CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	CAMPO SANZ MATILDE	2018_1410	S2	30/01/2019	PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	GARCES FUERTES PAULA	2019_0744	F	31/01/2020	DETECCION Y NOTIFICACION PRECOZ DE EMBARAZADAS CON SEROLOGIA NEGATIVA FRENTE A PARVOVIRUS B19 Y/O CITOMEGALOVIRUS QUE TRABAJEN EN SERVICIOS DE RIESGO DEL SECTOR II ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	DE JUAN LADRON YOLANDA	2016_0285	F	09/01/2018	MEJORA DEL PROCESO DEL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO (PIT)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	MORER BAMBA BARBARA	2016_0497	F	04/02/2018	ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA	2016_0732	F	09/01/2018	MEJORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PASCUAL GARCIA ASUNCION	2016_1436	S1	01/01/2018	ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA ULME, INFORMATIZANDO LOS INFORMES CLINICOS POR PARTE DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	GRACIA GARCIA PATRICIA	2016_1449	F	04/01/2018	PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	SOLER GONZALEZ CRISTINA	2016_1462	S2	19/04/2018	SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	SOLER GONZALEZ CRISTINA	2016_1462	F	02/01/2019	SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS	2016_1483	F	15/02/2018	PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	ASENSIO MANERO CARMEN	2016_1513	F	16/02/2018	CONTROL Y CUIDADOS POR TCAES AL INGRESO EN UCE DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	DE JUAN LADRON YOLANDA	2018_0136	F	28/01/2019	PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PEREZ POZA ALFONSO	2018_0153	F	28/01/2019	ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	GRACIA GARCIA PATRICIA	2018_0189	F	14/01/2019	EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	ASENSIO MANERO CARMEN	2018_0382	F	23/02/2019	PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	DOMPER TORNIL JAIME	2018_1111	S1	28/02/2019	SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	SOLER GONZALEZ CRISTINA	2019_0588	F	19/01/2020	SISTEMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN LAS U.S.M
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS	2019_0589	F	19/01/2020	MEMORIA CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE PÁGINA WEB/ENLACE INTRANET SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	GRACIA GARCIA PATRICIA	2019_0596	F	25/12/2019	USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN PACIENTE PSICOGERIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	ASENSIO MANERO MARIA CARMEN	2019_0960	F	27/01/2020	GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PEREZ POZA ALFONSO	2019_1163	F	08/01/2020	PROTOCOLO DE ACTUACION EN GRUPOS MULTIFAMILIARES EN HOPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	IDINI IDINI ESTER	2019_1419	S2	23/12/2019	REGISTRO Y EVALUACION DE FACTORES MODIFICABLES EN LAS CONTENIONES MECANICAS EN U.C.E. DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PEREZ PEMAN CAMINO	2019_1434	S2	30/01/2020	MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOLOGICO	MAYAYO SINUES ESTEBAN	2016_0142	F	29/01/2018	EMPLEO DE SISTEMA DE TRACCION EN ARTROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CRUZ CIRIA SILVIA	2016_0146	S0	30/01/2019	CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		RADIODIAGNOSTICO					MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 Y TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	CRUZ CIRIA SILVIA	2016_0146	S1	22/02/2018	CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	BERNAL LAFUENTE CELIA	2016_0463	S1	23/01/2018	SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES: MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, IMPLANTES COCLEARES FRENTE A RM
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	GRIMA GRIMA MARIA JOSE	2016_0539	S1	22/02/2018	ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	ARTAJONA BLANCO JOSE JESUS	2016_0541	S1	21/02/2018	ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	SERAL MORAL PILAR	2016_0591	S2	21/02/2019	CONSOLIDACION DE SISTEMA DE CALIDAD EN NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA ISO 9001 2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	SERAL MORAL PILAR	2016_0591	F	22/02/2018	IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SEVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	MARTIN CUARTERO JOAQUIN	2016_0917	S1	25/01/2018	ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	MAYAYO SINUES ESTEBAN	2019_1285	F	29/12/2019	RECONSTRUCCION RADIAL EN ATROTC DENTRO DEL PROCEDIMIENTO ARTRORM DE CADERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	BERNAL LAFUENTE CELIA	2019_1393	F	08/01/2020	SEGURIDAD FRENTE A RM DE LOS PACIENTES CON DISPOSITIVOS IMPLANTABLES. ¿CÓMO PUEDO REALIZAR UN ESTUDIO RM CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE?
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	GANDIA MARTINEZ ALMUDENA	2016_0913	F	22/01/2018	SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	FONT GOMEZ JOSE ANTONIO	2016_1271	S1	21/02/2018	MANTENER CERTIFICACION ISO EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA. AMPLIACION A PROCESO DE DOSIMETRIAFISICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	ALBA ESCORIHUELA VERONICA	2018_0219	S1	06/02/2019	VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	ALBA ESCORIHUELA VERONICA	2018_0219	F	13/01/2020	VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	VILLA GAZULLA DAVID	2018_0249	F	13/02/2019	ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES DE INTENSIDAD MODULADA DINAMICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	VILLA GAZULLA DAVID CARLOS	2019_0065	S1	28/01/2020	UNIFICACIÓN DE DATOS DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE FISICA Y ONCOLOGIA RADIOTERAPICA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	JIMENEZ PUERTAS SARA	2019_0078	F	09/01/2020	ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS EN RADIOTERAPIA DE SBRT DE PROSTATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	RUEDA GORMEDINO PILAR	2016_0169	F	23/04/2018	IMPLANTACION METODO EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA OROFARINGEA EN PACIENTE PLANTA NEUROREHABILITACION. FORMACION PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR	2016_0337	S1	12/03/2018	IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	JARIOD GAUDES RICARDO	2016_0343	F	13/03/2019	ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	JARIOD GAUDES RICARDO	2016_0343	F	22/01/2018	CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	MARTITEGUI JIMENEZ ELENA	2016_0394	S1	08/02/2018	ESCUELA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ICTUS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	HIDALGO MENDIA BEGOÑA	2016_0573	S1	22/01/2018	ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	TRIS ARA MARIA JOSE	2016_0741	S1	14/02/2018	REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	FERRANDO MARGELI MERCEDES	2016_0869	S1	13/02/2018	CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	VICENTE CARNICER MARIA ROSARIO	2016_0880	F	15/02/2018	DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	GIMENO GONZALEZ MARINA	2016_0975	S1	22/02/2018	RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	MORATA CRESPO ANA BELEN	2016_1033	S1	22/02/2018	FASE 3 DE A REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	ARAGUES BRAVO JOSE CARLOS	2018_0120	S2	30/01/2020	CONTINUACIÓN DEL PROYECTO "GESTIÓN CLÍNICA DEL RAQUIS" EN 2019
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	GARCÉS CARDOS MARIA TERESA	2018_0209	F	25/02/2019	CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	PEZONADA UTRILLA MARIA ELVIRA	2018_0955	S0	28/02/2019	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	GARCIA GALAN MARIA JOSE	2018_1496	S1	27/02/2019	ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	JARIOD GAUDES RICARDO	2019_0892	F	25/01/2020	ACTUALIZACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 (2015) EN REHABILITACION NEUROLOGICA -U. LESIÓN MEDULAR Y U. DAÑO CEREBRAL - DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	TRIS ARA MARIA JOSE	2019_1378	F	27/01/2020	PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	ORELLANA GARCIA RAQUEL	2019_1465	F	23/01/2020	ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	VAZQUEZ GALEANO CARLOS	2016_0667	F	20/03/2018	IMPLEMENTACION DE UN CANAL DE DERIVACION RAPIDA DE PATOLOGIA AUTOINMUNE DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS DEL Sº DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER	2016_1432	S1	15/02/2018	ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS. CANAL DE DERIVACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	PECONDON ESPAÑOL ANGELA	2016_1435	S1	14/02/2018	APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLOGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	PECONDON ESPAÑOL ANGELA	2018_0216	F	08/02/2019	ANALISIS CAUNTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VIA DE DERIVACION ON LINE DE PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	PECONDON ESPAÑOL ANGELA	2019_0334	F	28/01/2020	UTILIDAD DE REPETICION DE CRIBADO PARA DETECCION DE INFECCION LATENTE/ACTIVA DE TBC EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS AL REALIZAR CAMBIO DE BIOLOGICO (POR INEFICACIA O ACONTECIMIENTOS ADVERSOS)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER	2019_0335	F	28/01/2020	ANALISIS COMPARATIVO DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFILIXIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET TRABAJO SOCIAL	BOROBIO LAZARO ALMUDENA	2016_0702	F	05/02/2018	GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION Y EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SESIONES DE FORMACION CONTINUADA ENTRE TRABAJADORES SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	ROY JIMENEZ MARIA	2016_0043	S1	28/02/2019	ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	ROY JIMENEZ MARIA	2016_0043	F	13/02/2018	UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	OSTABAL ARTIGAS MARIA ISABEL	2018_0148	F	28/01/2019	REGISTRO DE LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD AL INGRESO EN UCI, DURANTE EL MISMO Y AL ALTA DE LA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	DE TERA MUÑOZ MONTSERRAT	2019_1203	F	21/01/2020	MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE GRAN QUEMADO INGRESADO EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	MARTINEZ CRESPO PABLO	2019_1219	F	29/01/2020	MEJORA DE LA INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U. MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	CASAUS MARGELI MARIA ANGELES	2019_1244	F	28/01/2020	MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE SEPTICO INGRESADO EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI CORONARIAS	PIQUER GOMEZ TRINIDAD	2019_0743	F	02/02/2020	PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	VICENTE DE VERA BELLOSTAS MARIA BELEN	2019_0794	F	29/01/2020	MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICIÓN DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL H.U.M.S
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI NEONATAL	PADILLA ARAGÜES GUSTAVO	2019_1050	F	30/01/2020	APRENDE DE LAS MEJORES: TUTORIZACION DE NUEVAS INCORPORACIONES EN EL AREA DE ENFERMERIA POR PARTE DE PROFESIONALES DE RECIENTE JUBILACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI PEDIATRIA	GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO	2016_0261	S1	22/02/2018	IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA	2018_1387	F	13/03/2019	REALIZACION D EINSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE DIABETES PEDIATRICA	CIVITANI MONZON ELISA	2019_1306	F	29/01/2020	MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE FORMACION	GALVEZ ALVAREZ EVA	2016_0858	F	12/02/2018	CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DELSECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UNIDAD FUNCIONAL DE DIETETICA Y NUTRICION	DE TORRES AURED MARIA LOURDES	2016_1134	S1	12/02/2018	FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	ESTABEN BOLDOVA VICTORIA	2016_0362	F	10/02/2018	PROTOCOLIZACION DEL USO DE LA ECOGRAFIA Y REGISTRO INFORMATICO EN URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	FERNANDEZ LETAMENDI MARIA TERESA	2016_0368	F	15/02/2018	MEJORA EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	CUADRA GIMENEZ PILAR	2016_0436	S1	04/02/2018	IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL	2016_0517	F	28/06/2018	MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DEURGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	HERRER CASTEJON ANA	2016_0643	S1	13/02/2018	ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	GROS BAÑERES BELEN	2016_0774	F	19/02/2018	ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	GIMENEZ VALVERDE ANTONIO	2016_0808	F	06/02/2018	RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	LOPEZ LOPEZ FERNANDO	2016_0818	S1	21/03/2018	ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	VAZQUEZ ARIZA JAVIER	2016_1017	F	13/02/2018	TRIAJE PEDIATRICO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	HERRER CASTEJON ANA	2018_1303	F	27/02/2019	PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNO SEN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de TODOS los proyectos)

Número de memorias: 782 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	PARRILLA HERRANZ PEDRO	2018_1314	F	09/02/2019	DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL ECG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	SANMARTIN ALLUE HECTOR	2018_1570	S1	11/04/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	SANMARTIN ALLUE HECTOR	2018_1570	F	31/01/2020	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	PARRILLA HERRANZ PEDRO	2019_1096	F	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	POVAR MARCO JAVIER	2019_1110	F	31/01/2020	IMPLANTACIÓN DE LA PETICIÓN ELECTRÓNICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	GARCES HORNA SILVIA	2019_1199	F	19/01/2020	PROYECTO FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	PES LAGUNA MARIA MAR	2019_1327	F	29/01/2020	AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES NO TECNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	BORQUE FERNANDO ANGEL	2016_0675	S1	14/02/2018	MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	BORQUE FERNANDO ANGEL	2016_0675	F	24/02/2019	MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	GIL MARTINEZ PEDRO	2016_1243	S1	20/02/2018	CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	GIL MARTINEZ PEDRO	2016_1243	S2	07/02/2019	CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	GIL MARTINEZ PEDRO	2016_1243	S3	23/02/2020	CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	BORQUE FERNANDO ANGEL	2016_1260	S1	18/03/2019	MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA (ACUERDO DE GESTION)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	ESPILEZ ORTIZ RAQUEL	2016_1269	S1	20/03/2018	CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	ESPILEZ ORTIZ RAQUEL	2016_1269	F	19/02/2019	CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	BORQUE FERNANDO ANGEL	2019_1490	S1	31/01/2020	IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0641

1. TÍTULO

ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ROSA MARIA BARRIO ALONSO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CME RAMON Y CAJAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ PEREZ TERESA
LORENTE GENZOR MARIA JESUS
BRAVO BRAVO EVA
PELILLO GARCIA ROSA
PUERTO BARNETO YOLANDA
ARIÑO SIMON LORENA
ARENAS PERULAN BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora. Febrero 2019
- Elaboración de un manual de acogida para el personal de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades: Se finaliza la realización del manual en junio 2019 y se presenta al equipo del Centro médico de especialidades. Impresión en DIN A3
- Se define un formato estándar para la elaboración de los protocolos de actuación en las consultas, se identifican las áreas a protocolizar en el CME y se presenta al centro para la revisión del resto del equipo del centro: junio 2019
- Junio - noviembre 2019 - Durante este periodo se han elaborado los protocolos de funcionamiento de las consultas de Cardiología, Dermatología, Digestivo, Otorrino, Ginecología, Neumología, Neurología, Oftalmología y Traumatología especificando en los mismos la realización de los procedimientos más habituales en dichas consultas (holter, biopsias, test de aliento, audiometrías, limpieza de fibroscopios, espirometrías, campimetrías, OCT.)
- Diciembre 2019-Se presenta a la subdirección de gestión de cuidados para la aprobación y su difusión en el centro.
- Enero 2020- Se aprueban todos los protocolos, procedimientos y se realiza reunión con todo el personal del centro. Estamos a la espera de colgarlos en la intranet del hospital en el área de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación: Manual realizado- SI
- Se entrega el manual de acogida a todos los profesionales de nueva incorporación al centro.
- Se identifican todas las áreas a protocolizar y se elabora un formato estándar para la elaboración de dichos protocolos
- N.º de protocolos realizados: Se realizan el 100% de los protocolos de las áreas identificadas. Esta pendiente colgarlo en la intranet, en el área de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro plan de acogida, se ha convertido en una herramienta útil para nuestro equipo ya que facilita la integración del personal de nueva incorporación a nuestras consultas mejorando su nivel competencial. La realización de este proyecto nos ha permitido mejorar el trabajo en equipo y la toma de decisiones en conjunto, lo que ha supuesto una gran satisfacción de todo el equipo de enfermería del centro médico de especialidades. El apoyo al proyecto y la implicación del personal ha sido total. Ha sido muy satisfactorio poder desarrollarlo aun suponiendo un trabajo extra para todos sus integrantes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/641 ===== ***

Nº de registro: 0641

Título
ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0641

1. TÍTULO

ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

Autores:

BARRIO ALONSO ROSA MARIA, RUIZ PEREZ TERESA, LORENTE GENZOR MARIA JESUS, BRAVO BRAVO EVA, PELILLO GARCIA ROSA, PUERTO BARNETO YOLANDA, ARIÑO SIMON LORENA, ARENAS PERULAN BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CME RAMON Y CAJAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.
En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.
Dentro de este marco conceptual contar con un manual de acogida para las enfermeras que se incorporan a los centros médicos de especialidades y con los protocolos de actuación de cada una de las áreas del centro va a contribuir de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

RESULTADOS ESPERADOS

- Proporcionar al personal de nueva incorporación la información general más útil para la integración en los centros de especialidades
- Proporcionar información específica sobre el funcionamiento de cada una de las consultas
- Reducir el estrés que supone para las enfermeras el incorporarse al centro médico de especialidades facilitando la integración en el equipo asistencial.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Elaboración de un manual de acogida para el personal de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades.
- Identificación de las áreas a protocolarizar en cada una de las consultas.
- Definición de un formato estándar para la elaboración de los protocolos de actuación en las consultas.
- Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.
- Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades

INDICADORES

1. Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación:
Manual realizado- SI
2. Entrega del manual de acogida:
El 90% de los profesionales de nueva incorporación reciben el manual de acogida
3. Elaboración formato estándar para la elaboración de protocolos y identificación de áreas a protocolarizar:
Se identifican el 100% de las áreas a protocolarizar.
4. N° de protocolos realizados:
Se realizan el 50% de los protocolos de las áreas identificadas.
5. Satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con la acogida recibida en el centro:
El 80% de los profesionales están satisfechos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0641

1. TÍTULO

ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

DURACIÓN

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora: Febrero 2019
2. Elaboración del manual de acogida para personal de nueva incorporación:
1º semestre 2019
3. Identificación de las áreas a protocolarizar en cada una de las consultas:
1º semestre 2019
4. Definición de un formato estándar para la elaboración de los protocolos de actuación en las consultas:
1º semestre 2019
5. Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.
2º semestre 2019
6. Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación
2º semestre 2019. Se valorará cuando se complete el proyecto de acogida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0644

1. TÍTULO

ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ELVIRA MARTINEZ PINILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CME RAMON Y CAJAL
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEL CAMPO FERNANDEZ ANA
BLASCO INGALATURRE ANA CRISTINA
TOMEY MONTESINOS MARIA
FELIPE MARTINEZ RAQUEL
PEREZ FIGUERA GLORIA
PIÑEL LUENGO ANA CARMEN
DE SUS PEREZ CONSUELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Constitución del equipo de mejora- febrero 2019
2. Identificar, en el área de consultas externas de los centros médicos de especialidades, las patologías crónicas, más prevalentes, que precisan de un programa específico de educación sanitaria sistemática y generalizada- junio 2019
3. Diseño de las actividades formativas a pacientes crónicos según áreas específicas identificadas - Desde septiembre a noviembre 2019
5. Intervención con grupos de pacientes - noviembre- diciembre 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Áreas identificadas en consultas externas de Ramón y Cajal donde se atienden pacientes crónicos y que precisan de un programa específico de educación sanitaria sistemática y generalizado: Se identifican el 100% de las áreas donde atendemos pacientes crónicos que se pueden beneficiar de la puesta en marcha del programa de educación
2. Se diseñan el 100% de las actividades formativas identificadas
3. Se han realizado en diciembre dos sesiones en las áreas de neumología: ASMA y EPOC; en endocrino: DIABETES y en digestivo: CELIAQUIA.
4. Se presentan las guías de educación al paciente crónico
5. Profesionales están muy satisfechos con el programa realizado, pendientes evaluar los resultados en los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la mayoría de las consultas que atienden a pacientes crónicos las prácticas educativas con pacientes la realizan enfermeras/os de forma sistemática. Con el proyecto se ha generalizado los programas educativos en las consultas de enfermería que se han agendado para el seguimiento del paciente crónico por parte de la enfermera. El desarrollo del proyecto ha supuesto un aumento en el trabajo para el personal que lo ha implantado, pero ha sido satisfactorio para todos.
Nos encontramos con ciertas dificultades para contar con espacios libres para poder desarrollar las actividades de enfermería autónomas dentro el centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/644 ===== ***

Nº de registro: 0644

Título
ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

Autores:
MARTINEZ PINILLA ELVIRA, DEL CAMPO FERNANDEZ ANA, BLASCO INGALATURRE ANA CRISTINA, TOMEY MONTESINOS MARIA, FELIPE MARTINEZ RAQUEL, PEREZ FIGUERA GLORIA, PIÑEL LUENGO ANA CARMEN, DE SUS PEREZ CONSUELO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0644

1. TÍTULO

ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

Centro de Trabajo del Coordinador: CME RAMON Y CAJAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades crónicas
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, las enfermedades crónicas, caracterizadas por ser de larga duración, de progresión lenta y discapacitantes, han aumentado drásticamente, así como la morbimortalidad asociada a ellas. Entre las diferentes estrategias de abordaje a la cronicidad, el autocuidado es una de las medidas más costo-eficientes.

Dentro de este marco conceptual es necesario desarrollar estrategias enfocadas a generar pacientes activos basadas en el autocuidado, donde las enfermeras adquieran un papel relevante como responsables del cuidado que son.

La aplicación de programas educativos en pacientes afectados por enfermedades crónicas, tienen como finalidad capacitar al paciente en la vigilancia del tratamiento, y la prevención de las complicaciones derivadas de su propia enfermedad. Es un proceso que sigue varias etapas (según el grado de aceptación de la enfermedad por el paciente) que debe de estar integrada como una parte más del tratamiento médico y de cuidados, debiendo comprender un conjunto de actividades planificadas de sensibilización, de aprendizaje y de apoyo tanto psicológico como social.

A pesar de la necesidad de la integración de la educación en el tratamiento del paciente crónico, su aplicación en las consultas médicas y de enfermería de los centros médicos de especialidades es aún muy variable.

Por el momento, en la mayoría de las consultas que atienden a pacientes crónicos las prácticas educativas con pacientes, lo realizan enfermeras/os, de forma puntual, cuando les queda un momento libre en sus actividades asistenciales, es por esto que para el equipo de enfermería de los centros médicos de especialidades es imprescindible que la educación al paciente crónico, sea una práctica sistemática y generalizada en nuestras consultas pudiendo contar con el reconocimiento del tiempo necesario para llevarlo a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS

Impulsar, coordinar y compartir contenidos formativos en salud, donde se doten de conocimientos y habilidades a las personas afectadas por patologías crónicas y a sus cuidadores para que sean capaces de aumentar el autocuidado y la corresponsabilidad sobre su proceso de enfermedad, aumentando su autonomía personal y logrando una mayor efectividad en los cuidados.

MÉTODO

1. Elaboración del Proyecto
2. Constitución del equipo de mejora
3. Identificar, en el área de consultas externas de los centros médicos de especialidades, las patologías crónicas, más prevalentes, que precisan de un programa específico de educación sanitaria sistemática y generalizada.
4. Diseño de las actividades formativas a pacientes crónicos según áreas específicas identificadas.
5. Intervención con grupos de pacientes.
6. Evaluación programa formativo de educación para la salud.

INDICADORES

1. Áreas identificadas en consultas externas de Ramón y Cajal donde se atienden pacientes crónicos y que precisan de un programa específico de educación sanitaria sistemática y generalizado:
 - Se identifican el 100% de las áreas
2. Nº de actividades formativas, a pacientes crónicos, diseñadas según las áreas identificadas:
 - Se diseñan el 75% de las actividades formativas.
3. Nº de actividades formativas realizadas con grupos de pacientes:
 - Se realizará como mínimo dos sesiones en cada una de las áreas definidas
4. Evaluación programa formativo:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0644

1. TÍTULO

ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES RAMON Y CAJAL

- El 80% de los pacientes y profesionales estarán satisfechos con el programa educativo

DURACIÓN

1. Elaboración del Proyecto - Febrero 2019
2. Constitución del equipo de mejora - Febrero 2019
3. Identificar, en el área de consultas externas de los centros médicos de especialidades, las patologías crónicas, más prevalentes, que precisan de un programa específico de educación sanitaria sistemática y generalizada: Marzo 2019
4. Diseño de las actividades formativas a pacientes crónicos según áreas específicas identificadas: Abril - Agosto 2019
5. Intervención con grupos de pacientes/ cuidadores : A partir de septiembre del 2019
6. Evaluación programa formativo de educación para la salud: Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1009

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE PAULA PASTOR ALCOLEA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CME SAN JOSE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN BASTIEDA MARIA ROSA
GRACIA GASCON BEATRIZ
YUBERO CISNEROS ROSA MARIA
SANCHEZ LORENTE MARIA MERCEDES
ZAMORANO MILLAN MARIA DOLORES
DIAZ MERINO MARIA LUISA
CACHO DEL AMO MARIA JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PROTOCOLO DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES EN EL C.M.E. SAN JOSÉ.
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE UNIDAD DE MUSCULOESQUELÉTICA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE DIGESTIVO EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE TOCOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE UROLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE NEUROLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROTOCOLO "FUNCIONAMIENTO DE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA EN EL C.M.E. SAN JOSÉ".
PROCEDIMIENTO:MEDICIÓN HEMOGLOBINA GLICOSILADA.
PROCEDIMIENTO:FIBROSCOPIA.
PROCEDIMIENTO:REALIZACIÓN DE ESPIROMETRIA.
PROCEDIMIENTO:MUESTRAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES LIPOSOMALES.
PROCEDIMIENTO:REALIZACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA.
PROCEDIMIENTO:DESBLOQUEO NERVIOSO OCCIPITAL NERVIO MAYOR-MENOR.
PROCEDIMIENTO:AUDIOMETRIA OSEA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS ALCANZADOS 95%
CONOCIMIENTO DE PROTOCÓLOS EN LAS DIFERNTES CONSULTA, ASÍ COMO LOS ELEMENTOS DISPONIBLES Y NECESARIOS DENTRO DEL ÁMBITO DE SU APLICACIÓN.
VIGILANCIA Y CONTROL ANTE POSIBLES ALERTAS ROJAS, ASÍ COMO SU GESTIÓN.
INFORMACIÓN VERAZ, ADECUADA Y TRANSPARENTE.
CONTINUIDAD DE CUIDADOS.
GUARDAR LA INDIVIDUALIDAD Y PUDOR DE CADA PACIENTE.
EXPLICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.
FORMACIÓN CONTINUADA.
ACTUALIZACIÓN DE LOS DIFERNTES PROFESIONALES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE HA POTENCIADO LA CONTINUIDAD ASITENCIAL CON ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.
APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA EVIDENCIA CIENTÍFICO-TÉCNICA ENTRE PROFESIONALES, PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.
HOMOGENIZACIÓN DE LA NOMENGLATURA.
IDENTIFICACIÓN UNÍVOCA DEL USUARIO,ACTIVIDADES, PROFESIONALES Y TÉCNICAS.
ESTABLECIMIENTO DE HERRAMIENTAS QUE MEJOREN LA CALIDAD DE LOS REGISTROS.
INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN, ACTIVIDAD, CALIDAD Y CONSUMO DE RECURSOS..
ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS OBJETIVOS Y HOMOGÉNEOS EN TODAS LAS AREAS..
REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN CONTINUA.
REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE SU EJECUCIÓN.
DIFUNDIR EL CONTENIDO DEL PROYECTO ENTRE TODOS LOS PROFESIONALES, E IMPULSAR SU DESARROLLO.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1009

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1009 ===== ***

Nº de registro: 1009

Título
PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTROS MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE

Autores:
PASTOR ALCOLEA PAULA, MARIN BASTIDA MARIA ROSA, ZAMORANO MILLAN MARIA DOLORES, YUBERO CISNEROS ROSA MARIA, GRACIA GASCON BEATRIZ, GONZALEZ GIMENEZ CARMEN, CACHO AMO MARIA JOSE, DIAZ MERINO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.
En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.
Dentro de este marco conceptual contar con un manual de acogida para las enfermeras que se incorporan a los centros médicos de especialidades y con los protocolos de actuación de cada una de las áreas del centro va a contribuir de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

RESULTADOS ESPERADOS
• Proporcionar al personal de nueva incorporación la información general más útil para la integración en los centros de especialidades
• Proporcionar información específica sobre el funcionamiento de cada una de las consultas
• Reducir el estrés que supone para las enfermeras el incorporarse al centro médico de especialidades facilitando la integración en el equipo asistencial.

MÉTODO
• Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
• Elaboración de un manual de acogida para el personal de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades.
• Identificación de las áreas a protocolarizar en cada una de las consultas.
• Definición de un formato estándar para la elaboración de los protocolos de actuación en las consultas.
• Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.
• Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades

INDICADORES
1. Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación-
• Manual realizado- SI
2. Entrega del manual de acogida -
• El 90% de los profesionales de nueva incorporación reciben el manual de acogida
3. Elaboración formato estándar para la elaboración de protocolos y identificación de áreas a protocolarizar-
• Formato para elaborar protocolos realizado / Identificación de áreas protocolarizar - SI
4. N° de protocolos realizados
• Se realizan el 50% de los protocolos de las áreas identificadas.
5. Satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con la acogida recibida en el centro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1009

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE

- El 80% de los profesionales están satisfechos

DURACIÓN

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
 - Febrero 2019. Responsable: Paula Pastor
2. Elaboración de un manual de acogida para el personal de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades
 - 1º semestre 2019 Responsable: Todos los integrantes
3. Identificación de las áreas a protocolarizar en cada una de las consultas
 - 1º semestre 2019 Responsable: Todos los integrantes
4. Definición de un formato estándar para la elaboración de los protocolos de actuación en las consultas
 - 1º semestre 2019 Responsable: Todos los integrantes
5. Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.
 - 2º semestre 2019 Responsable: Todos los integrantes
6. Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación a los centros médicos de especialidades
 - 2º semestre 2019. Se valorará cuando se acabe la documentación a entregar. Responsable: Paula Pastor

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1013

1. TÍTULO

ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSÉ

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE NATALIA HERRERA MAGALLON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CME SAN JOSE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLUEVA PLUMED MARIA PILAR
BAILLO ROCHE CARMEN
ESCANILLA GARCIA LAURA
LAZARO DE PABLO EVA
PASTOR ALCOLEA PAULA
SANZ ROSA JESICA
TORRALBA SANCHEZ SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELABORACIÓN DE LOS PROYECTOS DE IMPLANTACIÓN EN EL CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSÉ DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA:
-CARDIOLOGÍA
-DIGESTIVO
-ENDOCRINOLOGÍA
-NEUMOLOGÍA
-NEUROLOGÍA
-OFTALMOLOGÍA
-REUMATOLOGÍA
-UROLOGÍA

DENTRO DE CADA CONSULTA SE DETALLAN LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN CADA UNA DE ELLAS, DISTINGUIÉNDOSE LAS QUE SE REALIZAN CON LOS PACIENTES DENTRO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA A NIVEL INDIVIDUAL, LAS QUE SE REALIZAN A NIVEL GRUPAL CON PACIENTES Y FAMILIARES, LAS ACCIONES EN LA COMUNIDAD Y LAS DE ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS AL PERSONAL TANTO DEL CME COMO DE LOS CENTROS DE SALUD ADSCRITOS A ÉL.
ADEMÁS, SE HAN CREADO DIFERENTES TIPOS DE DOCUMENTOS:
-DE APOYO AL PACIENTE, QUE FACILITA LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS
-DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN EN LA CONSULTA TELEFÓNICA, FACILITANDO LA ATENCIÓN PRESTADA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-RECONOCIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES QUE ENFERMERÍA DESARROLLA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CME SAN JOSÉ Y DE LAS NUEVAS QUE, GRACIAS A ESTE PROYECTO, SE VAN A LLEVAR A CABO AMPLIANDO Y MEJORANDO LA ATENCIÓN AL INDIVIDUO Y A LA COMUNIDAD PONIENDO EN VALOR LA ACTIVIDAD ENFERMERA EN ESTE ÁMBITO.
-ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS.
-AUMENTO DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL CENTRO.
-EMPLEO EFICIENTE DE LOS RECURSOS DISPONIBLES.
-MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES ESTABLENCIENDO EL CME COMO EL EJE COORDINADOR DE LA ASISTENCIA AL INDIVIDUO Y FAMILIA ENTRE EL HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA PUESTA EN MARCHA DE CONSULTAS ESPECÍFICAS DE ENFERMERÍA EN DIFERENTES ESPECIALIDADES ENFATIZA EL IMPORTANTE PAPEL QUE ENFERMERÍA DESARROLLA EN LA ATENCIÓN AL INDIVIDUO, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD ASÍ COMO LA MEJORA EN ESTOS ÁMBITOS DADO EL ENFOQUE HOLÍSTICO QUE ENFERMERÍA APORTA.
ASÍ MISMO, HEMOS CONFIRMADO QUE SE REALIZA UN USO MÁS EFICIENTE DE LOS RECURSOS, TANTO HUMANOS COMO MATERIALES, AL ELABORAR UN PLAN DE ATENCIÓN COORDINADO ENTRE LOS NIVELES ASISTENCIALES Y LOS PROFESIONALES ENVUELTOS EN LA ATENCIÓN AL USUARIO.
CON TODO ESTO, CABE SEÑALAR QUE ES NECESARIA LA AYUDA A LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE VAN A DESEMPEÑAR ESTAS CONSULTAS POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN, TANTO FACILITANDO EL ACCESO A FORMACIÓN ESPECÍFICA COMO LIBERANDO TIEMPO DE TRABAJO PRESENCIAL EN EL QUE SE PUEDA LLEVAR A CABO ESTA FORMACIÓN.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1013 ===== ***

Nº de registro: 1013

Título
ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1013

1. TÍTULO

ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSÉ

Autores:

HERRERA MAGALLON NATALIA, LAZARO DE PABLOS EVA, SANZ ROSA JESICA, ESCANILLA GARCIA LAURA, BAILO ROCHE CARMEN, TORRALBA SANCHEZ SARA, SANCHEZ SANCHEZ ESTER, ALLUEVA PLUMED MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CME SAN JOSE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, las enfermedades crónicas, caracterizadas por ser de larga duración, progresión lenta y discapacitantes, han aumentado drásticamente, así como la morbimortalidad asociada a ellas. Entre las diferentes estrategias de abordaje a la cronicidad, el autocuidado es una de las medidas más costo-eficientes.

Dentro de este marco conceptual es necesario desarrollar estrategias enfocadas a generar pacientes activos basadas en el autocuidado, donde las enfermeras adquieran un papel relevante como responsables del cuidado que son. La aplicación de programas educativos en pacientes afectados por enfermedades crónicas, tienen como finalidad capacitar al paciente en la vigilancia del tratamiento, y la prevención de las complicaciones derivadas de su propia enfermedad. Es un proceso que sigue varias etapas (según el grado de aceptación de la enfermedad por el paciente) que debe de estar integrada como una parte más del tratamiento médico y de cuidados, debiendo comprender un conjunto de actividades planificadas de sensibilización, de aprendizaje y de apoyo tanto psicológico como social.

A pesar de la necesidad de la integración de la educación en el tratamiento del paciente crónico, su aplicación en las consultas médicas y de enfermería de los centros médicos de especialidades es aún muy variable.

Por el momento, en la mayoría de las consultas que atienden a pacientes crónicos las prácticas educativas con pacientes, lo realizan enfermeras/os, de forma puntual, cuando les queda un momento libre en sus actividades asistenciales, es por esto que para el equipo de enfermería de los centros médicos de especialidades es imprescindible que la educación al paciente crónico, sea una práctica sistemática y generalizada en nuestras consultas pudiendo contar con el reconocimiento del tiempo necesario para llevarlo a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS

Impulsar, coordinar y compartir contenidos formativos en salud, donde se doten de conocimientos y habilidades a las personas afectadas por patologías crónicas y a sus cuidadores para que sean capaces de aumentar el autocuidado y la corresponsabilidad sobre su proceso de enfermedad, aumentando su autonomía personal y logrando una mayor efectividad en los cuidados.

MÉTODO

1. Elaboración del Proyecto
2. Constitución del equipo de mejora
3. Identificar, en el área de consultas externas de los centros médicos de especialidades, las patologías crónicas, más prevalentes, que precisan de un programa específico de educación sanitaria sistemática y generalizada.
4. Diseño de las actividades formativas a pacientes crónicos según áreas específicas identificadas.
5. Intervención con grupos de pacientes.
6. Evaluación programa formativo de educación para la salud.

INDICADORES

1. Áreas identificadas en CE de los CME donde se atienden pacientes crónicos y que precisan de un programa específico de educación sanitaria sistemática y generalizado -
 - Se identifican el 100% de las áreas
2. N° de actividades formativas, a pacientes crónicos, diseñadas según las áreas identificadas-
 - Se diseñan el 75% de las actividades formativas.
3. N° de actividades formativas realizadas con grupos de pacientes
 - Se realizará como mínimo dos sesiones en cada una de las áreas definidas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1013

1. TÍTULO

ENSEÑAR A CUIDAR Y A CUIDARSE EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DE SAN JOSÉ

- 4. Evaluación programa formativo -
 - El 80% de los pacientes y profesionales estarán satisfechos con el programa educativo

DURACIÓN

1. Elaboración del Proyecto - Febrero 2019
2. Constitución del equipo de mejora - Febrero 2019
3. Identificar, en el área de CE del CME, las patologías crónicas, más prevalentes, que precisan de un programa específico de educación sanitaria sistemática y generalizada.- Marzo 2019 - Todos
4. Diseño de las actividades formativas a pacientes crónicos según áreas específicas identificadas. Abril - Agosto 2019 -Todos
5. Intervención con grupos de pacientes.A partir de septiembre del 2019 - Todos
6. Evaluación programa formativo de educación para la salud.Diciembre 2019

Responsable

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1080

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE HELENA SANZ SANZ
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORBERA ALMAJANO MANUEL
AYALA CUEVAS BEATRIZ
MARTINEZ MORAL MARIA
CONTRERAS SARABIEGO MARIA JOSE
VILLANUEVA ORBAIZ MARIA TERESA
FERRER DUCE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Búsqueda exhaustiva de bibliografía actualizada al proceso de duelo y la pérdida neonatal, así como protocolos establecidos en otros hospitales de la red del Sistema Nacional de Salud para el abordaje en el ámbito hospitalario de dichas pérdidas.
- Análisis de las características de la Unidad de Neonatología del Hospital materno-infantil del Hospital Miguel Servet y detección de aspectos de mejora en relación al abordaje a padres que se enfrentan a una pérdida neonatal en esta unidad.
- Elaboración de un díptico informativo del proceso de duelo y los trámites a seguir para entregar a los padres, así como una relación de los recursos existentes dentro y fuera de la red de salud pública dedicados al abordaje del duelo tras el alta hospitalaria.
- Elaboración de un procedimiento consensuado a seguir por los diferentes profesionales de la unidad, según sus ámbitos de competencias.
- Formalización y consenso respecto a la elaboración y forma de proceder con la "caja de recuerdos" que se ofrece a los padres si lo desean (qué objetos y cómo presentarlos, cuándo se entrega...).
- Elaboración de una "plantilla de nacimiento" donde se recogen los datos del bebé y las huellas de pies y manos para entregar a los padres como recuerdo.
- Presentación del díptico al resto de profesionales de la unidad e información sobre las actividades llevadas a cabo por el equipo de mejora, buscando una línea común y coherente entre todos los profesionales.
- Presentación en el grupo de mejora de calidad adscrito al Servicio de Psiquiatría de las actividades realizadas y su evolución, de forma regular durante el tiempo de desarrollo de la línea.
- Elaboración del registro de casos de exitus para cumplimentar por los profesionales.
- Asistencia al taller "Acompañamiento en el duelo gestacional y perinatal" de parte de los profesionales de la unidad para profundizar en los aspectos psicológicos y emocionales que tienen lugar en una situación de duelo, así como para aprender estrategias de abordaje y acompañamiento a los padres y familiares.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración del díptico informativo del proceso de duelo, trámites y recursos asistenciales. 100%
- Establecimiento de la relación de elementos a incluir en la "caja de los recuerdos", junto con la plantilla de huellas de pie y mano. 100%
- Asistencia al taller "Acompañamiento en el duelo gestacional y perinatal" de parte de los profesionales de la unidad. Asistencia < 50% de la plantilla.
- Elaboración del registro de los casos de exitus y el procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo. Realizado 100%; pendiente de cumplimentar según tengan lugar los casos.
- Presentación en grupo de calidad y en la unidad de neonatología de las actividades realizadas. 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se destaca el interés que suscita dentro de los profesionales que asisten a bebés ingresados en la unidad de neonatología por el procesos de duelo y el acompañamiento a las familias en el caso de enfrentarse a una muerte prematura. Es importante continuar trabajando para mejorar el acompañamiento en estos casos, ya que un adecuado acompañamiento y asistencia en esos momentos de tan importante fragilidad y vulnerabilidad emocional puede ayudar a prevenir complicaciones a nivel psicológico.

Se detecta la demanda y necesidad de continuar ofreciendo formación específica sobre aspectos emocionales y técnicos a los profesionales asistenciales que atienden a bebés neonatos y sus familias, con el objetivo de dotarle de recursos para realizar un adecuado acompañamiento a dichas familias.

La mayor parte de familias que han sufrido una pérdida neonatal en la unidad y que fueron posteriormente entrevistadas valoran positivamente la atención recibida por los profesionales de la unidad.

Los profesionales que trabajan en la unidad valoran positivamente el díptico realizado y lo consideran útil en su trabajo diario.

Los profesionales que asistieron al taller se encuentran muy satisfechos con la materia impartida y consideran que lo han integrado en su trabajo.

Queda pendiente llevar a cabo el registro de los casos de exitus y valorar posteriormente la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1080

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

actuación por parte de los profesionales.

Debido al interés suscitado en los profesionales, junto con su demanda de adquirir conocimientos y herramientas en el ámbito de la pérdida neonatal, se considera importante continuar trabajando sobre este campo de actuación. Se trata de una línea de bajo coste económico y de resultados muy positivos. A su vez, puede ser comparada con lo realizado en otros hospitales de la red pública, ya que cada vez son más los que establecen protocolos de actuación en relación a la pérdida neonatal y perinatal.

7. OBSERVACIONES.

En el año de presentación he indicado el de la presentación del proyecto (2016)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1080 ===== ***

Nº de registro: 1080

Título
MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

Autores:
SANZ SANZ HELENA, CORBERA ALMAJANO MANUEL, AYALA CUEVAS BEATRIZ, BOULLON GOMEZ ALEJANDRA, MARTINEZ MORAL MARIA, ALVAREZ TORMES INMACULADA, VILLANUEVA ORBAIZ MARIA TERESA, FERRER DUCE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Prevención del duelo patológico y formación de los profesionales

PROBLEMA
Los residentes de Psicología Clínica, supervisados por la Psicólogo Adjunta de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Infantil, (pertenecientes todos ellos al Servicio de Psiquiatría) desarrollan un programa de Atención Continuada para prestar atención psicológica a los bebés ingresados en la planta de Neonatología y sus familias. En este tiempo se ha detectado la necesidad de sistematizar el acompañamiento a las familias con bebés en situación de muerte perinatal o neonatal.
A través de entrevistas mantenidas con padres que han pasado por una situación de pérdida neonatal se recoge la necesidad de mejorar la atención asistencial recibida en dicha situación; así como la pertinencia de recibir información en soporte escrito que oriente en los derechos, recomendaciones y pasos a seguir. El formato escrito podría facilitar el procesamiento de la información, disminuyendo el impacto de las variables emocionales sobre los procesos cognitivos.
Por otro lado, el equipo asistencial ha transmitido la necesidad de recibir formación y conocimientos específicos que potencien los recursos personales para asistir a las familias que se enfrentan a la pérdida de un hijo recién nacido.
El acompañamiento y apoyo emocional a estas familias resulta necesario de cara a favorecer la elaboración del posterior duelo, así como a facilitar, en el caso de que lo hubiera, el desarrollo de un futuro embarazo de forma más saludable a nivel psíquico. Se considera, por otra parte, que dicho documento puede resultar un recurso asistencial para el personal sanitario encargado de dicha tarea.
Actualmente, no existe en la unidad de neonatología información sistematizada que los profesionales sanitarios puedan entregar a las familias, ni que sirva como guía en su práctica diaria. Resulta escasa la formación que reciben respecto al abordaje y acompañamiento a pacientes que se encuentran ante una muerte neonatal.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejora de la atención sanitaria a familias que afrontan la muerte del hijo recién nacido.
- Aportar recursos técnicos a los profesionales que prestan asistencia a familias que afrontan la muerte del hijo recién nacido.

MÉTODO

- Elaboración de un documento escrito con información relativa a los derechos, recomendaciones y pasos a seguir en el proceso de pérdida de un hijo recién nacido que se encuentra ingresado en la planta de Neonatología del Hospital Infantil. Se realizará por el equipo de psicólogos clínicos a través de una búsqueda bibliográfica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1080

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

- Presentación del documento a los profesionales médicos y sanitarios de la Unidad de Neonatología. Realizado por el equipo de psicólogos clínicos.
- Taller dirigido a profesionales médicos y sanitarios de la Unidad de Neonatología que prestan asistencia a familias que afrontan la muerte del hijo recién nacido, con el objetivo de favorecer la adquisición de recursos asistenciales ajustados a una situación de pérdida neonatal. Realizado por psicólogos clínicos.
- Distribución del documento en la UCIN y la unidad de cuidados Intermedios de Neonatología. Realizado por profesional de enfermería.
- Registro de los casos de exitus y del procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo por Psicólogos, Médicos Pediatras y Personal de Enfermería.

INDICADORES

- Desarrollo e implantación del documento escrito (Presente/Ausente).
- Desarrollo del taller dirigido a profesionales de la Unidad de Neonatología (Presente/Ausente).
- Registro de los casos de exitus y el procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo. Se cuantificarán los casos de exitus atendidos dentro de la Unidad de Neonatología junto con determinadas variables que se consideren relevantes.

DURACIÓN

- Elaboración de un documento escrito: Hasta el 31 de Diciembre de 2016.
- Presentación del documento a profesionales médicos y sanitarios de Neonatología: Enero de 2017.
- Elaboración del taller dirigido a profesionales médicos y sanitarios: Febrero de 2017.
- Impartición del taller a profesionales: Marzo de 2017.
- Distribución del documento en la UCIN y la unidad de cuidados Intermedios de Neonatología: Marzo de 2017.
- Registro de los casos de exitus y del procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo por Psicólogos, Médicos Pediatras y Personal de Enfermería: desde Marzo a octubre de 2017.

OBSERVACIONES

Siendo que los Residentes de Psicología Clínica (PIR) son participantes fundamentales en el desarrollo del programa de Atención Continuada ya mencionado, se considera necesario hacerles formar parte del proyecto de mejora de calidad.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1499

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HERRAMIENTA EN INTRANET PARA AGLUTINAR RECURSOS FORMATIVOS E INFORMATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE LUIS MIGUEL RUIZ ASENSIO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BELLO MARTINEZ AMPARO
CALVO VERA JOSE JUAN
PEREZ JIMENEZ RAFAEL
PARDOS GARCIA ROSA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo del proyecto era reunir los recursos informativos y formativos que se generaban en el centro de salud. La cantidad y las diversas fuentes donde se generaban hacían difícil el acceso rápido a estos.

El objetivo principal del proyecto, aglutinar recursos, no solo se ha cumplido sino que el resultado ha servido para implementar una serie de herramientas de gran utilidad para el EAP; tales como "ubicación geográfica de emergencias", horarios transporte comarcal, cobertura ausencias médicas.

El segundo objetivo de este proyecto era la facilidad de acceso al recurso creado. En este caso y dada la dispersión geográfica, y por tanto la diversidad de formas de comunicación que se utilizan en todos los consultorios de la zona de salud, solo se ha conseguido implementar en los dos grandes centros de Azuara y Belchite donde la comunicación se realiza a través de la red propia del Sector y en el resto de las consultas se realiza a través de redes externas con acceso restringido a nuestra red.

RESPECTO A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

Tras la reunión inicial donde se creó el proyecto, y una final para valoración de los resultados, el grueso del trabajo se ha realizado haciendo aportaciones puntuales de documentos e ideas para su publicación en portal.

En este caso el grueso del trabajo ha recaído en el Servicio de Admisión, haciendo poco necesarias reuniones de seguimiento, difíciles de convocar por la dispersión geográfica de los profesionales del EAP. El aporte de ideas y recursos se ha realizado por los profesionales aprovechando sus pasos por el centro cabecera, haciendo de esta forma la aportación mucho más dinámica y eficaz.

Por otra parte, cabe destacar la eficiencia del proyecto, ya que se ha realizado utilizando los recursos existentes en los centros y consultorios de la zona. El portal está creado en el programa OpenOffice y se utiliza la intranet del Sector ya existente en los ordenadores. En este punto tenemos que agradecer la colaboración del departamento de informática del Sector que intentó instalar el acceso en todos los consultorios. Donde no se ha podido instalar hemos propuesto la creación de pendrives que alberguen los datos del portal, pero esta solución hace más complicada la actualización y requiere unos conocimientos básicos de informática para su instalación.

La implicación del EAP ha sido muy satisfactoria, ya que hemos recibido colaboración de todas las categorías profesionales de la Zona, estuvieran o no como colaboradores del proyecto.

Se trata de un proyecto finalizado en cuanto a su creación, pero que puede tener un largo recorrido en cuanto a su utilización y su actualización.

Realizamos una charla de presentación y formación en el manejo de la herramienta. En esta sesión entregamos la información necesaria para conectarse al portal, además de un tutorial de manejo. Se impartió en el centro de salud el día 1 de abril de 2019. Una copia de la presentación puede consultarse en:

<https://1drv.ms/p/s%21Au8j0lUC1knagdNngmlT06LJqIKCCQ>

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es difícil evaluar la verdadera utilización del portal, al estar en una intranet, no hemos podido instalar una herramienta que mida los accesos que ha tenido el portal, tanto por cantidad como por su ubicación. No obstante, se pueden valorar los aportes realizados que han sido numerosos e ininterrumpidos durante la duración del proyecto.

Hemos publicado lo siguiente:

Material de sesiones formativas tanto internas como externas y que hayan sido recibidas o impartidas por personal del centro. (17 enlaces)
Información de interés. Aquí hemos puesto cualquier material que los profesionales necesiten conocer o comunicar a los pacientes: PABIJ, Voluntades anticipadas, ruta furgoneta comarcal y otros. (11 enlaces)
Agenda. Se puede consultar una agenda telefónica con los números de uso más habitual por los profesionales de la Zona. Se han publicado en el portal los de emergencia y cuerpos policiales. (4 items)
Impresos de uso común. Tales como Ap6, cargos a terceros, Declaración de Actividad continuada y otros. (5 enlaces)
Protocolos:
Medicina - 13 enlaces.
Enfermería - 8 enlaces.
Pediatría - 4 enlaces,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1499

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HERRAMIENTA EN INTRANET PARA AGLUTINAR RECURSOS FORMATIVOS E INFORMATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Además se ha puesto de forma permanente información necesaria para consulta rápida de algunas cuestiones como "Cobertura de consultas en caso de ausencia de su titular", enlace con mapa Dirección General de Tráfico para ubicar las emergencias.

En total se han alojado 65 enlaces e informaciones de interés para los usuarios de los centros de salud.

Una versión no operativa del portal puede visitarse en la siguiente dirección:

<https://drive.google.com/open?id=1TrqIGxzNpRKA-VatcIvhXw967vCCYrul>

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La facilidad de uso de la herramienta facilita la navegación a través de los directorios donde se aloja la información.

DEBILIDADES::

Falta de actualización donde la red del Sector no llega.

Cierta dificultad de acceso a la red. Para acceder a la red es necesario registrarse con unas credenciales (solo la primera vez). Estas credenciales se entregaron en una pegatina en la sesión que se realizó para formar a los componentes de EAP.

La instalación en las consultas donde no llega la red del Sector, necesita de unos conocimientos de informática, y esto dificulta su expansión.

A pesar de la sencillez de actualización del portal se requiere conocimientos básicos del procesador de textos de OpenOffice.

7. OBSERVACIONES.

Estamos contentos con el resultado final de la herramienta. Su facilidad de uso, rapidez y la diversidad de contenidos que puede alojar nos hace pensar que puede y debe formar parte del día a día de nuestro centro de salud.

Por contra, la dificultad de expansión en los puntos donde la red del Sector no tiene un enlace estable, nos ha provocado que la implementación de esta herramienta no haya alcanzado a todos los consultorios de la zona de salud.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1499 ===== ***

Nº de registro: 1499

Título
CREACION DE UNA HERRAMIENTA EN INTRANET PARA AGLUTINAR RECURSOS FORMATIVOS E INFORMATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Autores:
RUIZ ASENSIO LUIS MIGUEL, BELLO MARTINEZ AMPARO, CALVO VERA JOSE JUAN, PEREZ JIMENEZ RAFAEL, PARDOS GARCIA ROSA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: PROFESIONALES CENTRO DE SALUD

Línea Estratégica .: Eficiencia

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos: Mejora servicio admision y disposción inmediata de recursos a los componentes del EAP

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro trabajo diario manejamos documentos, formularios, protocolos de actuación, actualizaciones, alertas sanitarias, material de formación... que nos llegan a través de diferentes fuentes. Muchas de ellas están alojadas en la intranet del salud, otras se nos envían por correo electrónico de forma personal, a través de los coordinadores o se encuentran en soportes físicos.

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar la localización de documentos más relevantes en nuestro centro de salud desde el escritorio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1499

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HERRAMIENTA EN INTRANET PARA AGLUTINAR RECURSOS FORMATIVOS E INFORMATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

nuestro ordenador a través de un portal WEB aprovechando el disco de red que el Sector ofrece.

MÉTODO

- Creación de una herramienta tipo portal aprovechando el recurso compartido que ofrece el Sector con el fin de aglutinar información y recursos de utilidad para los profesionales que trabajan en el Centro de salud Campo de Belchite.
- Creación de una interfaz realizada con OpenOffice que facilite el acceso y uso de los recursos (Portal en HTML).
- Una vez realizada por parte del Servicio de Informática del Sector el alta de los usuarios al acceso al recurso compartido (En proceso de ejecución), se creará un acceso directo por cada usuario al portal donde se aglutinan los enlaces a documentos alojados en la propia red, así como hiperenlaces a la WEB de Salud Informa donde se alojan parte de los recursos de uso común que queremos implementar.
- Cada miembro del equipo se hará cargo de la recopilación e inclusión en el portal de la información relativa a los apartados de los que se haga responsable, actualizando los mismos según necesidades y cambios.
- En cualquier caso, la estructura que se utiliza como repositorio (árbol de directorios) será de utilidad exista o no exista la herramienta en un futuro.

INDICADORES

Grado de satisfacción de los profesionales de salud y administración:

Estandar: >8 sobre 10 (Escala Likert)

El número y cantidad de actualizaciones que se realice en el material que contenga este repositorio, será indicador de su uso y revelará su utilidad. Realizaremos una relación donde indicaremos que documento se actualiza y fecha.

Indicador: Número de documentos actualizados.

Estandar: > 20 documentos actualizados de documentos previamente aportados en el último año.

Las aportaciones que realicen los miembros del EAP serán también indicativas del uso del portal.

Indicador: número de aportaciones

DURACIÓN

La primera reunión se programará en marzo de 2019 para definir los apartados a incluir y reparto de tareas entre los componentes del grupo.

Una segunda reunión en junio de 2019 para valorar la puesta en marcha y las dificultades que surgen.

Encuesta de satisfacción y valoración a los profesionales del equipo y evaluación del proyecto en diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0323

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

Fecha de entrada: 20/11/2017

2. RESPONSABLE ISABEL RUBIO GUTIERREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA
MARTINEZ VIÑUELAS LORENA
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE
PARDOS GARCIA ROSA ANA
MAZA RODRIGUEZ RUTH
BELSUE ZANDUNDO ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En una primera reunión revisamos, entre todos los integrantes del proyecto, los procedimientos operativos de control y gestión de medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo propios del Sector II de Zaragoza, el procedimiento operativo de gestión de los almacenes de fungible y el procedimiento de esterilización y desinfección en los equipos de atención primaria, cuya correcta implementación y seguimiento es el objeto de este proyecto.

Seguidamente analizamos como se están desarrollando estos procedimientos, en el momento actual, en el C.S.Campo de Belchite, y si se están utilizando los registros específicos para su control, detectando las siguientes irregularidades:

-Almacén: quedan registradas las caducidades en el momento de recibir el petitorio pero no se retiran puntualmente en el momento en que caducan, fundamentalmente en el caso del material fungible. No sabíamos si el almacén de Azuara dependía del de Belchite o eran considerados de manera independiente, porque el almacén de Azuara no disponía de etiquetas identificativas con los stocks mínimo y máximo. No se utilizaba el registro de los antipsicóticos depot. Se utiliza adecuadamente la hoja de devolución y la antigua hoja de petición de estupefacientes.

-Maletín de urgencias y carro de paradas: en Belchite se realizaban periódicamente las revisiones del carro de paradas y del maletín de urgencias, pero no así en Azuara, principalmente en el caso del maletín de urgencias. No se utilizaban los registros de caducidades.

-Esterilización: se realizaban los ciclos de esterilización pero no con una frecuencia establecida y sin registrarlos en los impresos del protocolo.

Tras este análisis inicial realizamos un reparto de tareas, cada participante del proyecto se hizo responsable de una sección a controlar, según expongo a continuación:

-Almacén Belchite: Rosa Ana Pardos García y Ruth Maza Rodríguez.

-Almacén Azuara: Encarna Belsué Zandundo.

-Carro de paradas Belchite: M^a José Rodríguez Rivera.

-Carro de paradas Azuara: Lorena Martínez Viñuelas.

-Maletín de urgencias Belchite: Elena Muñoz Domínguez.

-Maletín de urgencias Azuara: Isabel Rubio Gutiérrez.

-Esterilización Belchite: Begoña Martínez Casanova.

-Esterilización Azuara: Lorena Martínez Viñuelas.

Se comenzó con la correcta implementación de los procedimientos, se hicieron las revisiones y controles mensualmente, rellenando los registros adecuados en cada caso.

Además, durante el periodo de evaluación, comprendido entre abril y septiembre de 2017, cada integrante completaba una hoja de incidencias, si las había, con periodicidad mensual, según apartados, para detectar los problemas surgidos y hacer la evaluación posterior. También, las responsables de almacén, registraron la rotura de stock. Posteriormente, se realizaron dos reuniones más para exponer las dudas que fueran surgiendo y dar solución a las incidencias ocasionadas, tomando decisiones por consenso sobre algunos aspectos, o consultando con otros compañeros o servicios, como el responsable de enfermería, la subdirección de enfermería o las responsables de farmacia del sector.

Los principales incidencias registradas fueron:

-No había maletines de urgencias adecuados en los dos puntos de atención (PAC Azuara y C.S. Belchite)

-No había etiquetas identificativas de medicamentos con los stocks máximo y mínimo en PAC Azuara (ya detectado en un primer análisis).

-Se había perdido la estufa de esterilización en Azuara.

-Las ampollas para el control biológico estaban caducadas.

-No había termoselladora.

-En los almacenes había gran cantidad de material caducado, principalmente material fungible (ya detectado en un primer análisis).

-No había un listado unificado de medicamentos, en los dos puntos de atención, para el carro de paradas y maletín de urgencias.

-En Azuara no constaban los principales protocolos de urgencias cerca del carro de paradas.

-Consideramos que los carros de paradas no son adecuados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0323

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

-Incidencias relacionadas con el desabastecimiento, caducidad o no reposición de medicamentos o material.
-Incidencias relacionadas con el proceso de esterilización, por falta de material necesario o por desatención durante periodo vacacional.
Progresivamente hemos ido solucionando la mayoría de las incidencias. Asimismo, hemos tenido revisiones por parte de subdirección de enfermería del procedimiento de esterilización, y de responsables de farmacia para revisión de almacén, carro de paradas y maletín de urgencias, quienes nos han ayudado a solucionar dudas sobre el procedimiento, y nos han dado las herramientas, en algunos casos, para solventar las incidencias que iban surgiendo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mensualmente, cada participante en el proyecto, registraba las incidencias, por apartados. También se registró la rotura de stock por las responsables de almacén. Al finalizar el periodo de evaluación se analizaron estos datos mediante el programa Excel. Se han excluido incidencias referentes a material médico que no fuese medicamentos o material fungible, pues consideramos que no son objeto de la evaluación de este proyecto.

Los resultados obtenidos son:

Total incidencias: 55 Resueltas: 49 (89%) No resueltas: 6(11%)

Nº incidencias/mes: 55/6=9,16 incidencias mes.

Por apartados:

Almacén:17/55(29%); Resueltas:15/16(93%); No resueltas1/16(7%)

Carro de paradas 9/55(16%);Resueltas:6/9(67%);No resue3/9(33%)

Maletín de urgencias: 23/55 (42%);Resueltas: 23/23(100%)

Esterilización: 6/55 (11%);Resueltas:3/5(6%);No resueltas: 2/5(4%)

Total episodios rotura stock: 45 Resueltos:34/45(75%) No resueltos: 11/45(25%)

Nº rotura stock/mes: 45/6=7,5.

Incidencias resueltas:

Se solicitaron dos maletines de urgencias, dentro del plan de necesidades, que nos fueron suministrados en el mes de agosto. Se montaron de manera uniforme en los dos puntos de atención.

Tras la visita de la subdirectora de enfermería para el control del proceso de esterilización, se le planteó la necesidad de una estufa de esterilización y termoselladora. En breve periodo nos suministró la estufa que faltaba, no así la termoselladora.

El servicio de farmacia nos envió las etiquetas con stock máximo y mínimo para el almacén de Azuara, que fueron colocadas.

Mediante consenso y basándonos en el procedimiento de maletín de urgencias y carro de paradas, elaboramos unos listados con el material imprescindible, de manera unificada en los dos puntos de atención.

Así mismo, se prepararon dos carpetas, una para cada punto de atención, donde tener guardados estos listados junto con los registros de caducidades, de manera accesible, para uso y conocimiento de todos los integrantes del equipo.

Se colocaron los principales protocolos de urgencias cerca del carro de paradas de Azuara. También se plastificaron estos protocolos y se colocaron en sendos maletines de urgencias.

También incidencias surgidas con caducidades o no reposición adecuada que han sido solucionadas por cada responsable en el momento.

Incidencias no resueltas:

No hemos conseguido la termoselladora.

Los carros de paradas son obsoletos y pequeños pero no hemos hecho la petición de unos nuevos en este periodo.

Sería una tarea pendiente de realizar.

Rotura de stock:

La mayoría de la rotura de stock se ha solucionado con el petitorio normal de medicamentos. En algunos casos ha habido un desabastecimiento de almacén central, que en alguna situación ha obligado a suprimir ese medicamento del petitorio.

En ocasiones, y principalmente durante el periodo estival, pequeños desabastecimientos en el almacén de Azuara se han solucionado utilizando medicación del C.S. Belchite.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones que podemos obtener tras la evaluación del proyecto son:

Durante el desarrollo del proyecto nos hemos ajustado al procedimiento y hemos realizado los registros mensuales, consiguiendo una mejor gestión y control de los recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia. Las revisiones periódicas de la caducidad de la medicación y su registro son estrictamente necesarias en el marco, tanto de la seguridad del paciente como del profesional, al igual que el control de los procesos de esterilización.

El control del stock máximo y mínimo de la medicación consigue una adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando el abuso de recursos o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.

La homologación de estos procedimientos de soporte permite evitar diferencias entre los diferentes equipos en el abordaje de procedimientos comunes.

Todo ello es una herramienta útil en el contexto de mejora de la calidad asistencial y seguridad del paciente.

Debemos continuar con el desarrollo de estos procedimientos en nuestro equipo, dejando todos los procesos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0323

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

correctamente registrados y accesibles para la aplicación y revisión por cada miembro del equipo.

7. OBSERVACIONES.

A la finalización de este proyecto se nos proporcionó la nueva revisión del procedimiento por lo que hay procesos que no hemos desarrollado, como el control de los medicamentos en los consultorios locales, algo muy útil en nuestro centro de salud ya que consta de 14 consultorios.

Asimismo, se dejará en las salas de urgencias el anexo sobre la caducidad de las formas farmacéuticas multidosis, nuevo en este último protocolo.

Toda la documentación está bajo la supervisión del responsable de calidad, a disposición de quién la precise.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/323 ===== ***

Nº de registro: 0323

Título

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

Autores:

RUBIO GUTIERREZ ISABEL, MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA, MARTINEZ VIÑUELAS LORENA, MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, PARDOS GARCIA ROXANA, MAZA RODRIGUEZ RUTH, BELSUE ZANDUNDO ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: PACIENTE CON PATOLOGÍA PROPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA O ATENCIÓN CONTINUADA

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS

Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.

Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.

Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.

Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO

Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)

Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0323

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: ELENA MUÑOZ DOMINGUEZ (ENFERMERA AC)
Urgencias: BEGOÑA MARTINEZ CASANOVA (ENFERMERA AP)
Esterilización: LORENA MARTINEZ VIÑUELAS (ENFERMERA AP)

INDICADORES

Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- N° de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

Actividades 2017

Distribución proyectos: ENERO Y FEBRERO

Formación: ENERO Y FEBRERO

Nombramiento responsables: ENERO

Puesta en marcha procedimiento : MARZO

Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: MAYO

Seguimiento actividad: controles trimestrales: JUNIO, SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE.

Indicadores y conclusiones finales: NOVIEMBRE Y DICIEMBRE

Propuestas de mejora: NOVIEMBRE Y DICIEMBRE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0453

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ELENA MUÑOZ DOMINGUEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ RIBERA MARIA JOSE
MAZA RODRIGUEZ RUTH
PARDOS GARCIA ROSA ANA
CAPABLO MAÑAS BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Enero se realiza una primera reunión con todos los integrantes del equipo de calidad para analizar la situación actual sobre los recursos disponibles en nuestro C.S Belchite para la atención urgente continuada que es en lo que se basa nuestro programa de calidad. Comprobamos la ausencia o existencia escasa de registros que sirvan de control de estos recursos, salvo en el caso del carro de paradas que si que se realiza un registro mensual, también encontramos material en desuso, caducidades y a veces falta de material necesario. Para solucionar estos primeros problemas decidimos unificar unos criterios de registro mediante el uso de unas plantillas comunes que permitan apuntar fechas, incidencias y soluciones tomadas en cada caso.

Proponemos unos indicadores que nos permitan cuantificar los resultados que obtengamos al finalizar nuestro programa de calidad que van a ser:

-Nº de incidencias que surgen.

.Nº de incidencias solucionadas.

-Cantidad de material roto o en desuso.

-Cumplimiento de las hojas de registro.

Comunicamos al equipo de Atención primaria nuestro programa de calidad para que queden informados, en que va a consistir y como lo vamos a realizar.

Establecemos un calendario de dos reuniones más (Abril y Junio)para evaluar incidencias surgidas y propuesta de líneas de mejora.

Distribuimos entre los componentes del equipo el material que cada uno va a gestionar y controlar a lo largo del proyecto:

Carro de paradas: Mª José Rodríguez Rivera

Maletín de urgencias: Elena Muñoz Domínguez

Vitrina urgencias: Ruth Maza Rodríguez

Electrocardiógrafo: Rosa Ana Pardos García

Oxígeno, aspirador y pulsioxímetro: Belén Capablo Mañas

Desde Marzo, cada componente ha estado realizando un registro mensual mediante el uso de una hoja creada por nosotros con un programa de Excell; hoja de incidencias; hoja rotura stock; hoja devolución y control de caducidades en el caso del carro de paradas, maletín de urgencias y vitrina, mientras que para el electrocardiógrafo y material relacionado con el oxígeno usamos hoja de incidencias; hoja registro de verificación y hoja de actividades de mantenimiento interno y externo (y hoja de stock almacén también para el oxígeno)

En posteriores reuniones (Abril y Junio) vamos poniendo en común los problemas e incidencias que nos surgen a cada uno al rellenar nuestras respectivas hojas de registro ya que trabajando en equipo buscamos la mejor solución para cada caso cuando la hay y si no intentamos mejorar el problema en la medida de lo posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mediante el uso como fuente de información de todos los registros recogidos de manera mensual detectamos las siguientes incidencias:

A.. Generales o comunes:

- Numerosas caducidades de fármacos y material de urgencias.

-Desabastecimiento de material de urgencias y fármacos por rotura de stock

-Falta de reposición en algunos casos del material de urgencias por parte del personal del centro tras su uso.

- Desorganización del material de urgencias en general y más frecuentemente tras su uso.

B. Específicas según el material:

- Carro de paradas y maletín de urgencias inadecuados con falta de espacio.

-Material obsoleto en carro de paradas y maletín de urgencias como es el caso de ambús y mascarillas para el mismo.

-No hay unificación de criterios en cuanto a qué medicación ni cantidad debe de haber en el carro y el maletín de urgencias.

-Falta de material básico de urgencias en el maletín del centro como puede ser mascarillas de reservorio, ambú pediátrico..

-Falta de protocolos RCP en carro y maletín de urgencias.

-Problemas de funcionamiento con el electrocardiógrafo. y pulsioxímetro.

-Aspirador roto, no funciona.

-Zona de almacenaje inadecuada para las bombonas de oxígeno.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0453

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

Tras analizar todas las incidencias y de acuerdo a nuestros indicadores establecidos y nombrados anteriormente llegamos a estos resultados:

Indicadores:

-Nº de incidencias totales que surgen: 57

-Nº de problemas o incidencias solucionadas:49, (85%) de las cuales:

Carro de paradas:10 incidencias, resueltas 6 (60%)

Maletín de urgencias: 24 incidencias, resueltas 23 (96%)

Vitrina:15incidencias, resueltas 15 (100%)

Electrocardiógrafo:4 incidencias, resueltas 3 (96%)

Oxígeno, aspirador y pulxi:4incidencias, resueltas2 (50%)

-Cantidad de material roto o en desuso: 2

-Cumplimiento de las hojas de registro:Si

Los resultados son bastante satisfactorios puesto que la mayor parte de las incidencias quedan resueltas:

Los fármacos y material caducado así como las roturas de stock se solventan mediante la solicitud en petitorio a través del coordinador de enfermería.

Se reorganiza el carro de paradas, vitrina y maletín de urgencias de manera que todo el material este más visible y facilite su localización de manera más rápida ante una urgencia.

Con el uso mensual de las hojas de registro conseguimos que todos los fármacos y material se encuentre debidamente repuestos en todo momento.

Se unifican criterios en cuanto a cantidades de fármacos y material que deben de tener tanto el carro como en el maletín de urgencias o la vitrina.

Se renueva parte del material obsoleto como es el caso de un ambú pediátrico nuevo.

En relación a otro programa de calidad paralelo que se está realizando en el centro que también incluye fármacos del maletín de urgencias se consigue un maletín nuevo que cubre bastante bien las necesidades del centro.

Se colocan protocolos de RCP plastificados tanto en maletín como en la pared que está justo al lado del carro.

Se solucionan fallos de funcionamiento del pulsioxímetro mediante el cambio de pilas.

Se solucionan fallos de funcionamiento del electrocardiógrafo a través de consultas con el personal de mantenimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valorando con el equipo de mejora de calidad sobre las actividades realizadas en relación a la consecución de los objetivos iniciales marcados que son mejorar la calidad de la atención urgente mediante el uso adecuado de los recursos disponibles así como el control del material de urgencias existente para poder llevar a cabo las situaciones reales urgentes que puedan surgir con la mayor eficiencia posible, llegamos a la conclusión de que nuestro programa de calidad ha sido útil puesto que nos ha permitido clasificar, ordenar y contabilizar el material de urgencias de nuestro centro de salud evitando tanto duplicidades de existencias como carencias surgidas. Esto nos sirve a todo el equipo como base para poder brindar una atención urgente de manera mas rápida y competente puesto que ahora una buena parte del material de urgencias está mucho más accesible y estructurado con respecto a como lo estaba antes de iniciar nuestro programa de calidad.

Sería interesante continuar con este trabajo ya que nos quedan todavía incidencias por solucionar como son conseguir ambús y mascarillas de adultos actualizados, un aparato de aspiración nuevo que queda pendiente de solicitar, o conseguir material novedoso de intubación como es el caso de las mascarillas laríngeas.

Consideramos también y quizá sea la razón de más peso para querer mantener este programa de calidad, el continuar realizando de manera mensual todos los registros para seguir controlando el material (orden, abastecimiento y uso) evitando así situaciones negativas anteriores que disminuyen la eficacia en la atención continuada urgente pero decidimos cerrar este proyecto por el momento porque queremos planificar otro nuevo donde se incluyan nuevos aspectos que aquí no han sido tratados ni tenidos en cuenta como pueden ser almacén, organización de las sala de urgencias o incluso control del coche de urgencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/453 ===== ***

Nº de registro: 0453

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0453

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

Título

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

Autores:

MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, CAPABLO MAÑAS BELEN, MAZA RODRIGUEZ RUTH, PARDOS GARCIA ROXANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Código Infarto
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uso con baja eficiencia de los recursos disponibles en el centro de salud en situaciones de urgencia por falta de organización o conocimiento de los mismos.
Proyecto de mejora que considero necesario para abordar y solucionar esta situación de manera eficaz mediante la adecuación de los procedimientos oportunos así como de la optimización de los recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora de la calidad de la atención urgente a los pacientes mediante el uso adecuado de los recursos disponibles.

Control de salas y de todo el material relacionado con la actividad asistencial urgente para adecuar con la mayor eficiencia posible el material necesario a cada situación real urgente que pueda surgir aumentando la competencia de los profesionales con máximos resultados.

MÉTODO

Información al personal del proyecto y distribución de responsabilidades para cada uno para poder llevar a cabo un control y puesta en marcha de todo el equipamiento de urgencias disponible en el centro incluyendo vitrina, carro, maletín de urgencias, electrocardiógrafo, oxígeno y aspirador.

Establecer unos indicadores que se obtendrán a partir de la cumplimentación periódica de unos registros adecuados para verificar el control de los recursos.

Reuniones con los componentes del proyecto para elaborar listas de incidencias que puedan aparecer así como abordaje de las mismas para solventarlas.

INDICADORES

Número de incidencias que surgen
% de problemas solucionados
Cantidad de material en deshuso.

DURACIÓN

Enero: Reunión para conocer el proyecto, distribución de responsabilidades y explicación de los registros a cumplimentar.

Febrero: Puesta en marcha del proceso

Abril: Reunión para evaluación de incidencias surgidas y propuesta de líneas de mejora y puesta en marcha de las modificaciones oportunas.

Marzo-Octubre: Evaluación del seguimiento.

Noviembre: Memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0453

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1237

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ADECUACION DE LOS MENUS DE COMEDOR Y TIPO DE ALIMENTOS DEL CAIP BELIA (BELCHITE) PARA EL CURSO 2105/2016)

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE KARLOS NAVERAN TOÑA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO VERA JOSE JUAN
BELLO MARTINEZ AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al inicio del curso se evaluó la distribución de los distintos grupos de alimentos, así como las calorías del menú escolar del CEIP Belia.
Se realizaron visitas a la cocina y al comedor para comprobar in situ las materias primas con las que se elabora la dieta, así como el ambiente en el que los escolares realizan su comida.
Se ha participado conjuntamente con la comunidad educativa en jornadas de "desayunos saludables" en el centro escolar.
Se ha realizado evaluación de la ingesta de los vegetales y fruta servidos a los niños mediante el análisis de bandejas en el comedor (método Comstock de estimación visual).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido que los menus contentan las calorías requeridas, así como una adecuada distribución de todos los grupos de alimentos.
Queda pendiente analizar los datos obtenidos tras la evaluación de las bandejas. Tras dicho análisis se establecerá si los escolares de dicho centro escolar ingieren las cantidades recomendadas de fruta y verdura durante su comida

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se valora de forma muy positiva la respuesta de los escolares a la introducción de hábitos saludables en su dieta. Se objetiva que la adquisición y seguimiento de dichos hábitos puede contribuir a seguir un estilo de vida saludable en el futuro

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1237 ===== ***

Nº de registro: 1237

Título
SEGUIMIENTO DE LA ADECUACION DE LOS MENUS DE COMEDOR Y TIPO DE ALIMENTOS DEL CEIP BELIA (BELCHITE) PARA EL CURSO 2016/2017

Autores:
NABERAN TOÑA KARLOS, CALVO VERA JOSE JUAN, BELLO MARTINEZ AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos ..: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Por solicitud se analizan los menús escolares de comedor y el tipo de alimentos durante el curso 2016/2017. Durante el curso anterior (2015-2016) se objetivó bajo número de calorías en algunos de los menús y deficiente ingesta de frutas y vegetales, por lo cual se creyó conveniente realizar seguimiento durante el curso actual

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1237

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ADECUACION DE LOS MENUS DE COMEDOR Y TIPO DE ALIMENTOS DEL CAIP BELIA (BELCHITE) PARA EL CURSO 2105/2016)

- 1- Adecuar el contenido y valor nutricional.
- 2- Fomentar la alimentación saludable promoviendo el consumo de fruta,verdura y pescado en la consulta de pediatría.
- 3- Asegurar la alimentación variada y saludable independientemente del resto de comidas en domicilio.
- 4-Adecuación de los menús para los niños con problemas de salud específicos: celiaquía, obesidad, intolerancia a lactosa, hipercolesterolemia, etc
- 5-Promocionar el uso de aceite de oliva, retirando si hubiera, aquellos productos con aceite de palma y coco. Retirar de los menús pescados susceptibles de estar contaminados de origen (ej: panga)

MÉTODO

- 1-Reuniones periódicas con profesorado y responsables de la cocina.
- 2-Visita a las cocinas para verificar elaboración de los productos

INDICADORES

1. Que los menús contengan de 1.700-200Kcal/día por niño
2. Que haya una pieza de fruta de temporada en cada comida
3. Adecuar los menús a los niños con necesidades especiales
4. Vigilar de aceites y productos saludables

DURACIÓN

- Marzo: reunión informativa con directora del centro escolar
Abril: visita a cocinas e información con los responsables de las mismas. Propuesta nuevos menús
Septiembre: evaluación y cronograma próximo curso

OBSERVACIONES

Este proyecto da continuidad al iniciado el curso anterior, y pretende así mismo, seguir durante el curso 2017-2018

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0335

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA MUÑOZ DOMINGUEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE
CAPABLO MAÑAS BELEN
MAZA RODRIGUEZ RUTH
RAMON ARBUES ENRIQUE
SOLSONA MARTINEZ PILAR
SANCHEZ GALAN PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A finales de Abril iniciamos unas reuniones todos los participantes del proyecto de calidad para hacer una valoración previa de la situación del estado en el que se encuentran los carros de paradas y maletines de urgencias tanto del C.S de Belchite como del C.S de Azuara encontrando como principales problemas que los carros de paradas con los que contamos son muy pequeños y no llevan cajones para poder distribuir el material de manera adecuada puesto que son carros de curas y que parte del material que tenemos está obsoleto, viejo y estropeado como es el caso de los ambús y mascarillas faciales además de material importante que falta como son mascarillas laríngeas y guedels de distinta numeración . Otros problemas serán caducidades o falta de reposición de lo gastado .

Para abordar estos problemas, aunque había unos registros previos, decidimos crear unos listados de Excell más completos con todo el material y medicaciones necesarias y unas hojas de incidencias que nos permitieran realizar un control con periodicidad mensual.

Fijamos un calendario de trabajo y distribución de tareas que incluía:

- Información a los profesionales del equipo del programa de calidad.
- Realización de una sesión formativa a todo el EAP sobre uso del material de soporte respiratorio urgente centrado en el uso de mascarilla laríngea.
- Cumplimiento y registro mensual tanto del listado Excell como de las hojas de incidencias.
- Establecimiento de unos indicadores:

Realización de un curso de formación sobre carro de paradas y svb.

Actualización del material del carro de paradas y maletín de urgencias.

Número de registros de revisión periódica realizados/ Número de registros de revisión periódica planificados.

Número de incidencias solucionadas/ Número de incidencias registradas.

-Realización de otra reunión en Octubre para valorar incidencias y proponer líneas de mejora para los problemas que surjan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cada participante del proyecto, usando como fuente de información y con una periodicidad mensual los listados de Excell creados de material y medicación para carro y maletín de urgencias recogemos las siguientes incidencias:

A. Generales:

Caducidades de material y medicación

Falta de reposición del material por parte del personal del centro tras el uso del maletín o el carro

Falta de reposición del material por no haber en stock o no realizar pedidos.

B. Específicas:

Carros de paradas tanto de Azuara como de Belchite pequeños e inadecuados ya que son carros de curas, no de paradas.

Material obsoleto en carros y maletines principalmente ambús tanto de adultos como pediátricos así como sus mascarillas faciales.

Falta de material básico de soporte ventilatorio actualizado como son las mascarillas laríngeas .

Falta de equipo de intubación en maletín de urgencias de Belchite.

En base a los indicadores establecidos y junto con el análisis exhaustivo de todas las incidencias surgidas podemos valorar los resultados alcanzados:

- Numero de registros de revisión periódica realizados/ Número de registros de revisión periódica planificados:24 registros realizados/ 24 registros planificados (100% cumplimiento)

- Número de incidencias solucionadas/ Número de incidencias registradas:108 solucionadas/127 no solucionadas (85% solucionadas)

- Asistencia a cursos de svb y carro de paradas: Si

- Actualización del material de los carros de paradas y maletines de urgencia: Si

Los resultados son muy satisfactorios puesto que hay un cumplimiento muy alto de los indicadores establecidos ya que se resuelven la mayoría de las incidencias surgidas.

Se renueva bastante material, consiguiendo actualizar todos los ambús, pediátricos y de adultos con sus

mascarillas faciales correspondientes tanto para los carros como para los maletines del C.S de Azuara y Belchite.

Se consiguen mascarillas laríngeas para intubación y guedels de diversos números. También se pone en práctica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0335

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

este nuevo material mediante una sesión formativa sobre el uso de la vía aérea y mascarilla laríngea impartida por Patricia Sanchez Galán.

Se asiste al curso impartido por el sector II : " Taller de circuito de activación del sistema de urgencias extrahospitalarias y gestión del carro de paradas"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Después de evaluar nuestro proyecto y las actividades realizadas por el equipo de mejora podemos concluir que nos hemos ajustado bastante a los objetivos marcados en un principio ya que se ha conseguido aumentar el conocimiento, actualización y control por parte de los profesionales del equipo del carro y maletín de urgencias lo que supone mejorar la atención sanitaria hacia los usuarios en caso de una situación de urgencia que es el fin principal de nuestro programa de calidad.

No hemos podido conseguir los carros de parada. Se solicitaron personalmente a la Subdirección de Enfermería; lamentablemente por falta de recursos económicos no ha sido posible su compra, pero es uno de los materiales priorizados para su adquisición en cuanto sea posible.

Al finalizar este proyecto nos hemos dado cuenta de la necesidad de implicar a todo el personal del equipo de Atención Primaria en el control del material del carro de paradas y maletín de urgencias por ello, hemos transmitido esta necesidad al coordinador médico. En este momento está pendiente el establecimiento de un sistema para participación de todo el equipo en estas tareas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/335 ===== ***

Nº de registro: 0335

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Autores:
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, CAPABLO MAÑAS BELEN, MAZA RODRIGUEZ RUTH, RAMON ARBUES ENRIQUE, SOLSONA MARTINEZ PILAR, SANCHEZ GALAN PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tanto el carro de paradas como el maletín de urgencias son dos puntos claves imprescindibles para los profesionales sanitarios en situaciones de urgencias que hay que saber manejar de manera rápida y efectiva para garantizar una atención urgente de calidad que reduzca la variabilidad clínica y permita la seguridad de los pacientes. En un proyecto previo/ análisis (del año pasado) se observó en nuestro centro de salud que ni el carro de paradas ni el maletín de urgencias eran los adecuados para ofrecer una rápida actuación en caso de necesidad puesto que eran muy pequeños y no permitían una colocación visible de fármacos y del material además de contar con mucho material obsoleto . Problema que quedó en parte resuelto con el maletín de urgencias pero no en el caso del carro de paradas, de ahí que consideremos importante iniciar este nuevo proyecto de calidad sobre los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Aumentar el conocimiento y control por parte de los profesionales sanitarios del uso del carro y maletín de urgencias para poder brindar una atención más rápida y segura en situaciones de urgencia
2. Actualización del carro de paradas y maletín de urgencias
3. Control del carro de paradas y del maletín de urgencias.
- 4.. Mejorar la calidad de la atención a los usuarios en situaciones de urgencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0335

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

MÉTODO

- 1- Información a los profesionales del equipo del proyecto
- 2- Formación en atención urgente y carro de paradas
- 3- Aplicación práctica de la formación sobre del material de urgencias y carro de parada
4. Actualización del material en el C.S Belchite y en PAC de Azuara
5. Creación y cumplimentación de registros para la revisión periódica del maletín de urgencias y carro de paradas en el C. S Belchite y Azuara
6. Creación y cumplimentación registro de incidencias

INDICADORES

- Asistencia a cursos de SVB, carro de paradas. Objetivo realización por al menos un componente del grupo de un curso de SVB y carro de paradas
- Actualización del material del carro de paradas y maletín de urgencias. Objetivo SI
- Número de registros de revisión periódica realizados/ Número de registros de revisión periódica planificados
Objetivo 100%
- Número de incidencias solucionadas/Número de incidencias registradas. Objetivo 80%

DURACIÓN

- Abril-Mayo : Reunión con el equipo para difusión y distribución de responsabilidades y puesta en marcha del proyecto.
- Mayo-Junio: Formación, realización de cursos SVB, carro paradas...
- Junio-septiembre: Actualización del carro y maletín
- Cumplimiento de registros
- Octubre: Reunión para valorar incidencias y proponer nuevas líneas de mejora para ello.
- Diciembre: Evaluación y memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0498

1. TÍTULO

CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ROSA ANA PARDOS GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLO MARTINEZ AMPARO
CAPABLO MAÑAS BELEN
GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR
MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA
MARTINEZ VIÑUALES LORENA
MAZA RODRIGUEZ RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La responsable del proyecto asistió al Curso de formación para la implementación de consultas específicas de deshabitación del tabaco en atención primaria, en mayo de 2018, organizado por el SALUD, y acreditado con 20h lectivas. Esta formación sirvió de base para la elaboración de una sesión que fue impartida en el CS Campo de Belchite a todo el personal médico y de enfermería del equipo.
Se presentó el proyecto de calidad al equipo haciendo especial hincapié en la importancia del adecuado registro del tabaquismo y nuestras intervenciones en la historia clínica.

Desde mayo hasta diciembre de 2018, los miembros del equipo de mejora, fueron preguntando a los pacientes que acudían a consulta por otros motivos, sobre sus hábitos tóxicos, entre ellos el consumo de tabaco. En caso de que reconocieran ser fumadores y ese dato no estuviera adecuadamente registrado, se creaba el episodio de dependencia al tabaco.

Los pacientes fumadores, volvían a ser interrogados por sus hábitos y por su interés en abandonar el hábito. En función de su motivación se realizaba una intervención breve o intensiva.

Como intervención breve, se ofrecía un material informativo en papel y la disposición del personal sanitario para ayudarles en el abandono del tabaco cuando se encontraran más preparados.

En la intervención intensiva, se iniciaba un seguimiento personalizado. En primer lugar, pactando una fecha para abandonar el tabaco y decidiendo el tratamiento farmacológico más apropiado en cada caso. Posteriormente, se contactaba con el paciente, bien en consulta o telefónicamente, a los 3 días, 15 días, 30 días y 60 días, tras el inicio del tratamiento.

Se han utilizado los materiales de trabajo que facilita la página web del Ministerio de Sanidad y la semFYC, así como un coxímetro para la determinación de CO2 espirado.

Se han realizado espirometrías a algunos de los fumadores de 40 años captados. Sin embargo, hemos encontrado dificultades a la hora de plantear esta prueba diagnóstica, pues muchos de los pacientes debían desplazarse de sus lugares de residencia para ello, al no disponer de dispositivos en los consultorios locales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Frecuencia de registro del tabaquismo en la historia clínica de AP:

Con el fin de medir la frecuencia de registro del tabaquismo en la historia clínica, se revisaron en OMI el total de pacientes mayores de 15 años que habían acudido a las consultas de AP del CS Campo de Belchite por cualquier motivo, desde 1 mayo de 2018 hasta 31 diciembre de 2018. Un total de 2572 pacientes.

Se revisó si habían sido preguntados sobre hábitos tóxicos, entre ellos el tabaco. 1378 pacientes, sí habían sido interrogados, lo que supone una media en la frecuencia de registro del equipo del 54%.

De los 7 cupos de atención primaria revisados, hay que destacar la gran variabilidad entre los resultados alcanzados en las consultas donde trabajó el personal implicado en el proyecto (90,7; 82,7%; 80,2%; 66,5%) frente a los del resto de profesionales del EAP, (56,5%; 27% y 24,3% de registro de hábitos tóxicos.)

El número de fumadores que se detectó fue de 329. Un 24% de la población mayor de 15 años preguntada, lo que coincide con los estudios publicados por la Encuesta Europea de Salud en España para Aragón.

Deseo de abandono del tabaco en AP:

El número de fumadores a los que se les ha realizado una intervención breve ha sido de 183 y 13 han aceptado una intervención intensiva. Es decir, a un 60% del total de fumadores detectados se les realiza algún tipo de intervención.

Sólo un 7% de los fumadores aceptan una intervención intensiva.

De los que se han sometido a tratamiento, 11 han permanecido sin fumar a los 60 días, lo que supone un 85%

Diagnóstico de EPOC en fumadores:

No hemos valorado los resultados relativos a la última fase del proyecto de calidad debido a que el número de espirometrías realizadas ha sido muy inferior al desable para poder hacer una evaluación fiable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0498

1. TÍTULO

CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Los resultados son mucho mejores en aquellos cupos en los que los profesionales están directamente implicados con el proyecto. El registro de la información es más completo y el paciente está mejor atendido. Hemos observado que hay pacientes a los que se les pregunta por su hábito pero no se les hace ningún tipo de intervención, ni siquiera breve. Y es una oportunidad que, como profesionales de la sanidad, no debemos dejar pasar. Cuando se le pregunta al fumador por el deseo de abandonar su hábito, nos encontramos con pacientes muy receptivos, que buscan ayuda. La espirometría es una prueba muy valiosa pero que está infrautilizada. En el medio rural, las dificultades de desplazamiento de nuestros pacientes a los centros de salud limitan en muchas ocasiones su uso. Y en otras, somos los propios sanitarios los que no recurrimos a ella.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/498 ===== ***

Nº de registro: 0498

Título
CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Autores:
PARDOS GARCIA ROSA ANA, BELLO MARTINEZ AMPARO, CAPABLO MAÑAS BELEN, GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR, MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA, MARTINEZ VIÑUELAS LORENA, MAZA RODRIGUEZ RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tabaco es la primera causa de muerte prevenible en los países desarrollados y la causa más importante de años de vida perdidos de forma prematura junto a años vividos con discapacidad en España. Según la encuesta europea de Salud en España de 2014, en Aragón, un 23,9% de la población mayor de 16 años fuma a diario y un 2,5% se declara fumador ocasional y un 19,4% son ex-fumadores. Aragón ocupa el cuarto lugar entre las Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de consumidores diarios. En la actualidad, la tasa registrada de dependencia al tabaco en el Centro de Salud Campo de Belchite es del 11,5% de la población total, cifra muy inferior a los datos de prevalencia de tabaquismo conocidos en nuestro medio. Por lo tanto, se hace necesario un correcto registro de esta población, así como un programa específico de deshabituación tabáquica intensiva con el fin de disminuir el número de fumadores y prevenir futuras enfermedades.

RESULTADOS ESPERADOS
Identificación y correcto registro de los fumadores de nuestra zona de salud.
Intervención breve o avanzada (según el grado de motivación de los fumadores) con el fin de disminuir el número de pacientes con dependencia al tabaco.
Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC mediante la realización de espirometrías en pacientes fumadores mayores de 40 años.

MÉTODO
La captación de los pacientes con dependencia tabáquica se realizará tanto por el personal médico como de enfermería en las consultas habituales de atención primaria y atención continuada. Tras el consiguiente registro e inclusión en el protocolo 319 de cartera de servicios (CIAP P17) se valorará el grado de motivación con el test de Richmond y se procederá a la intervención breve o intensiva según el caso. Previamente se habrá realizado una formación de los profesionales que van a participar en el proyecto y la difusión activa del proyecto entre todos los miembros del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0498

1. TÍTULO

CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Los pacientes interesados en llevar a cabo una intervención intensiva, dejarán sus datos y serán contactados telefónicamente para pactar la fecha de las diferentes sesiones de seguimiento en cada caso (tres días, dos semanas y un mes tras la fecha pactada del cese del consumo de tabaco). Posteriormente se realizará un seguimiento telefónico.

A los fumadores mayores de 40 años captados, se les sugerirá la realización de una espirometría para el despistaje de EPOC.

INDICADORES

Frecuencia de registro del hábito tabáquico en la historia clínica en AP:

Población >15 años a las que se les ha preguntado por consumo de tabaco/población >15 años atendida en consulta >15 años (60%)

Número de fumadores >15 años/ personas >15 años a las que se les ha preguntado sobre consumo tabaco (20%)

Intervención breve/fumadores incluidos en el programa(100%)

Deseo de abandono del hábito tabáquico en AP:

Intervención intensiva/ fumadores incluidas en el programa(30%)

Pacientes que dejan de fumar/ fumadores incluidas en el programa (30%)

Diagnóstico de EPOC en fumadores:

Diagnósticos de EPOC en espirometrías de mayores de 40 años/total de espirometrías realizadas en pacientes incluidos en el programa (10%)

DURACIÓN

En el mes de mayo tendrá lugar la formación de los profesionales y la presentación del proyecto al equipo. Durante los meses de mayo a diciembre se realizará el proceso de captación e intervención. Se realizarán reuniones de revisión y puesta en común en junio, septiembre y noviembre. En el mes de diciembre se analizarán los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0530

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE RODRIGUEZ RIVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVO VERA JOSE JUAN
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA
RAMON ARBUÉS ENRIQUE
SANCHEZ GALAN PATRICIA
SOLSONA MARTINEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Febrero de 2018 pasamos una encuesta anónima a todos los profesionales con objeto de saber su opinión y que temas les parecerían mas adecuados de cara a realizar sesiones y /o talleres formativos. Las sesiones-talleres se han repartido a lo largo de todo el año 2018 y han tratado los temas médicos urgentes mas demandados por el equipo.

Sesiones-talleres impartidas:

- "Manejo de urgencias respiratorias pediátricas" impartida por José Juan Calvo el día 10 de Septiembre de 2018.
- "Manejo urgente de la vía aérea" impartida por Patricia Sánchez el 14 de Septiembre de 2018.
- "Manejo funcional del esguince de tobillo no complicado" impartida por Enrique Ramon el día 8 de Octubre de 2018.
- "Síndrome coronario agudo. Código infarto en Aragon" impartida por Mª José Rodriguez el 3 de septiembre de 2018.

- "Urgencias pediátricas. Casos clínicos" impartida por Jose Juan Calvo el día 29 de Octubre de 2018.
- "RCP básica y desfibrilador" impartida por Mª José Rodriguez y Patricia Sanchez el día 12 de Noviembre de 2018.
- "Atención inicial al trauma grave" impartida por Patricia Sanchez el 17 de Diciembre de 2018.
Las sesiones han sido en muchos casos de carácter practico, nos hemos ayudado de diferentes materiales (maniquies, simuladores, mascarillas de intubacion, vendajes tipo tape...).

Todas las sesiones han sido englobadas en un programa formativo llamado "Actualización en competencias de utilidad en Atención Primaria" acreditado por la Comisión De Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragon. Previo a este programa las salas tenían unos tabloneros con material obsoleto, desorganizado, en algún caso el tablón estaba oculto por un biombo que impedía ver o consultar un dato. En Octubre se ha revisado y actualizado la información y protocolos disponible en las consultas de urgencias del PAC de Azuara, a cargo de Enrique Ramon, Pilar Solsona y Patricia Sanchez, y la de Belchite, a cargo de Mª Jose Rodriguez y Elena Muñoz.

Se han puesto carteles de las patologías mas demandadas por los profesionales actualizados, visibles, claros. En concreto hemos colocado anafilaxia, codigo infarto, edema agudo de pulmon, hipoglucemia, crisis hipertensiva crisis asmática y intoxicaciones agudas.

Hemos elaborado un archivo-carpeta con los protocolos o directrices mas actualizadas del resto de temas medicos mas frecuentes, con objeto de que sirva al personal que esta de guardia y pueda ser llevado para una asistencia urgente en domicilio. Se ha dejado un archivo en cada sala de urgencias y se ha informado a todos los profesionales de su existencia en la sesion realizada el dia 12 de Noviembre.

En Enero de 2019 se les ha pasado otra encuesta final a todos con objeto de conocer su satisfacción con el programa y los puntos a mejorar.

Ambas encuestas han sido creadas a través de un formulario google por Enrique Ramón, quien también las ha difundido vía email a todos los trabajadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La encuesta inicial fue respondida por el 60% de los trabajadores.

El 50% respondió que había atendido entre 1-3 urgencias vitales/profesional, siendo las causas mas frecuentes las cardiovasculares (60%) seguidas en la misma proporción por urgencias respiratorias y accidentes de trafico (30%). El 80% de los encuestados reconocía que si hubiera tenido mejor formación o mas actualizada podría haber mejorado su asistencia en esos casos.

Nos hicieron una demanda de los temas que mas les preocupaban que fueron: vendajes funcionales, fármacos, Shock, EPOC reagudizado, urgencias pediátricas, politrauma y accidentes de trafico, reanimación cardiopulmonar, infarto.....

El 54,5% demandaba mejor material para la asistencia urgente sobretodo se demanda un electrocardiógrafo portátil. El 90% quería formación y apoyo en la consulta con material de consulta.

La asistencia a los talleres fue mayoritaria, con una media de 17 participantes en cada sesión (80%) (de un total de 21 trabajadores).

La encuesta final fue respondida por el 50% de los trabajadores.

Las urgencias vitales atendidas este año han sido entre 1-3 y mas de 3 /profesional en algún caso. El 90% siguen predominando de origen cardiovascular.

El 100% de los encuestados manifiesta que la formación recibida con las sesiones le ha ayudado en su trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0530

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP

este año, estando el 63,6% satisfechos con este programa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Después de reunirnos el equipo de mejora de este programa llegamos a la conclusión de que el programa ha sido positivo, hemos conseguido los objetivos planteados al inicio y los trabajadores han participado activamente en lo que hemos propuesto. Las salas de urgencias están mas organizadas y los protocolos mas visibles. Como dato negativo destacar que durante el año 2018 ha habido bajas de compañeros que no han sido sustituidas, cambios de personal por traslados y jubilación, motivo que hace que al hacer la encuesta final sean otros los trabajadores y no hayan respondido la encuesta porque el programa estaba iniciado. Ha quedado pendiente una taller de electros que ha sido demandado en la encuesta final pero creemos que se puede realizar sin problema como una sesión formativa de equipo y que este programa se puede cerrar. También se ha demandado un Electrocardiógrafo portátil, de lo cual hemos informado a nuestro coordinador para ver que se puede hacer. Sería interesante repetir parte de estos talleres cada 3-5 años puesto que la medicina cambia, avanza y hay que reciclarse para una mejor asistencia a los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/530 ===== ***

Nº de registro: 0530

Título
MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP

Autores:
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, RAMON ARBUES ENRIQUE, SANCHEZ GALAN PATRICIA, SOLSONA MARTINEZ PILAR, CALVO VERA JOSE JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: urgencias en general
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las situaciones de Urgencia pueden producirse en cualquier lugar y a cualquier hora. Por ello, los Centros de Salud del Sistema Aragonés de Salud, tanto en su horario de atención al público como en horario de atención continuada, deben estar preparados para actuar de forma coordinada y eficaz ante estos casos. En el caso del C.S Campo de Belchite, el número de casos verdaderamente urgente es menor que en otros centros de salud, pero no por eso menos importante, por lo que se hace necesario actualizar los protocolos existentes en la sala de urgencias y informar de esos cambios al resto del equipo. Actualmente la sala de urgencias presenta un gran tablón con información muy antigua, hojas desordenadas... difíciles de usar en caso de buscar información.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es mejorar la atención al paciente en situación de urgencia en la zona del C,S Campo de Belchite.
Los objetivos secundarios son:

- Reforzar y actualizar conocimientos sobre diferentes tipos de urgencias protocolizando esas actuaciones y consensuando las acciones
- establecer un sistema de sesiones clínicas de formación y/o refuerzo de los contenidos
- mejorar la accesibilidad a información escrita que por su carácter más complejo (dosis, teléfonos, escalas..) requiere ser consultada

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0530

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP

Pasaremos una encuesta a los miembros del EAP con varias preguntas sencillas sobre la atención a urgencias que han realizado en el último año y pasaremos esa misma encuesta cuando termine el proyecto (estableciendo un periodo aproximado de un año) para evaluar los cambios.

Revisaremos los tableros de las salas de urgencias de PAC de Azuara y de Belchite y cambiaremos los protocolos actuales por lo que se dicte en las últimas guías de diferentes patologías. Dejaremos ordenado todo, de forma clara, visible y separando la atención pediátrica de la adulta. Haremos constar un pequeño listín telefónico con los números más frecuentes que podemos necesitar en una urgencia en nuestra zona.

En la mesa ordenaremos el archivo y dejaremos por escrito recomendaciones para patologías menos frecuentes que sean claras a la hora de consultarlas.

Según la patología mas prevalente y después de revisar las ultimas guías propondremos al equipo unas sesiones clínicas de formación, teóricas y si se puede practicas (con casos clínicos, maniqués...). El número de sesiones está por determinar en función de los contenidos, el tiempo disponible y el horario que permita acudir al mayor número de personas interesadas.

INDICADORES

Mediremos los resultados en:

- nº absoluto de urgencias reales atendidas el ultimo año
- nº absoluto de urgencias reales atendidas en el año en curso (2018)
- alcanzar al 90% de profesionales del EAP en cuanto a formación
- mejorar en al menos un 30% la asistencia a pacientes según la percepción subjetiva de los profesionales tanto a nivel personal como de localización de información para consultar

DURACIÓN

Mayo- Junio 2018 - poner en marcha encuesta (Quique, María José y Elena)
Julio-Agosto-Septiembre 2018-revisar últimas guías, organizar los tableros de la sala de urgencias. (Patricia, Pilar y Quique en Azuara, Maria Jose y Elena en Belchite. José Juan se encarga de Pediatría en ambos casos)
Octubre- Noviembre 2018-sesiones clínicas (José Juan, Patricia, María José, Quique)
Diciembre 2018 - pasar de nuevo la encuesta y análisis de los resultados. (Quique, María José y Elena)

OBSERVACIONES

Si durante el desarrollo observamos alguna oportunidad de mejora en la misma línea que este proyecto la llevaremos a cabo.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0357

1. TÍTULO

VEN Y MUEVETE, POR TU SALUD

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE AMPARO BELLO MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO VERA JOSEJUAN
PARDOS GARCIA ROSA ANA
SUÑER ABADIA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Según calendario descrito en el proyecto, se inició la actividad mediante la comunicación a la población a través de :

- Cartelería
- Pregones
- De modo directo a pacientes en la consulta
- Individuos pertenecientes asociaciones en las que pudiese divulgarse
- conectando con mujeres "clave", aquellas con importante capacidad de comunicación de la información al resto de la población.
- Algún contacto informal con un grupo que ya realizaba la actividad aunque descartaron su participación por incompatibilidad de horarios.
- Así mismo se comentó a los compañeros del Centro de Salud la actividad.
- Como anécdota comentar que durante los paseos, algunas de las participantes instaban a unirse a nosotros a las personas que nos íbamos cruzando.

A partir del mes de junio iniciamos las marchas como fueron descritas; excepto en Moyuela, que decidió unificarlas en un paseo semanal, puesto que coincidía con las extracciones de sangre, lo que impedía la asistencia de la enfermera. La periodicidad fue semanal, excepto si coincidía con festividad o imposibilidad de una parte importante del grupo.

Como es habitual en el mundo rural aragonés, en los meses de verano la población desplazada de las ciudades es numerosa. Aceptamos con gusto la participación de estas mujeres durante su estancia en nuestros pueblos; muchas de ellas hijas o familiares directos de nuestros pacientes; lo que ha desembocado en una comunicación mucho más fluida, tras un conocimiento personal de ambos.

En el 1 primer día de asistencia de cada persona se le realizó la valoración inicial, con la recogida de datos subsiguiente.

Las marchas han sido de una duración de 45 minutos aproximadamente. En ningún momento se intentó dirigir los temas de conversación por parte de los profesionales, lo que produjo una inmersión más profunda y natural en la realidad de la comunidad; así como la identificación de las redes sociofamiliares que pueden ayudarnos para ofrecer una asistencia más eficiente a nuestros pacientes.

Asimismo, algunos días la actividad concluía con un café, o un chocolate con churros; en los que aún era más fácil una interacción con todos los participantes en las marchas.

Concluimos en diciembre; realizando la consiguiente evaluación final, completando con ello el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados que se muestran a continuación han sido obtenidos a partir de los cuestionarios de evaluación inicial y final que han rellenado los asistentes; así como del control de asistencia a las andadas.

- Porcentaje de asistencia respecto a TIS (excepto las pediátricas):

Asistentes en cada localidad participante:

? Codo-15

? Belchite-13

? Moyuela-28

El porcentaje respecto a cada TIS sería respectivamente el 10.5%, el 1% y el 20.1%.

Si hablamos del conjunto del Centro de Salud, el porcentaje sería del 3.5%. Este dato no era el objetivo programado, ya que la actividad no pudo ser ofertada en todas las localidades del Centro

El objetivo que nos marcamos fue llegar al 5%, lo cual se ha cumplido claramente, excepto en Belchite. Hay que decir también que usamos los valores de las TIS a fecha de enero del 2020; momento en el cual es muy escaso, incluso prácticamente nulo que haya desplazados en nuestro Centro, lo que produciría una leve variación en los resultados.

- Peso: variación existente entre la primera y la última sesión:

Nuestro objetivo marcado fue obtener al menos una pérdida del 3% del peso total inicial;

objetivo que no se ha cumplido; obteniendo únicamente una pérdida del 0.913%

- Valoración de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) con la escala

análogica EuroQol-5D

Nos propusimos una mejoría entre la valoración inicial y la final de 5 puntos absolutos de media.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0357

1. TÍTULO

VEN Y MUEVETE, POR TU SALUD

En este apartado se han superado ampliamente nuestras expectativas; obteniendo una mejoría media de 15 puntos sobre 100.

- Cuestionario de Satisfacción el objetivo propuesto fue que la valoración de la actividad por parte de los asistentes como buena o muy buena fuese mayor o igual a 50 % de la personas. Nos congratula comunicar que TODAS las participantes que respondieron nos dieron esa valoración; exactamente un 34.6% la consideraron como buena y un 65.3% como muy buena

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La impresión de los profesionales participantes en esta actividad ha sido gratamente positiva. Tomándolo como "excusa" y siendo a la vez un objetivo, mediante la actividad física se obtiene el doble beneficio:

- para la población, una socialización diferente, que pueda ser herramienta contra el aislamiento social y la soledad no deseada
- para los profesionales, un conocimiento de nuestros pacientes lejos de la actividad clínica; desde otro punto de vista menos medicalizado. La relación que se establece es menos asimétrica; lo que nos da un conocimiento de su realidad mucho más completa; que, a su vez estamos convencidos que revierte en una mayor calidad de nuestro trabajo del día a día.

Por otro lado percibimos una fuerte ambivalencia en estas actividades dirigidas por profesionales: de un modo positivo hemos constatado es el gran interés con el que nuevamente nos demandan esta u otra actividad aquellas mujeres que ya acudieron este año; pero a la vez vemos la dificultad de replicación espontánea de la actividad, cuando es la población la que toma el papel activo en su organización, y debe encargarse de movilizar a gente distinta de la que ya está integrada en las redes formales o informales habituales.

Tampoco hemos obtenido las pérdidas de peso que nos propusimos. Pensamos como causa tanto la dificultad que ya de por sí supone como de que hicimos más hincapié en la faceta comunitaria con el establecimiento/mantenimiento de relaciones sociales.

Para concluir este apartado no queríamos obviar la asistencia de desplazadas en los meses de verano que, si bien ha tenido el efecto negativo de la pérdida de valoraciones finales de la actividad, nos parece que ha sido una participación gratamente positiva, pues nos ha mostrado más ampliamente las redes y relaciones sociales en las que están inmersas nuestras pacientes

7. OBSERVACIONES.

Aunque no estaba incluido en nuestros indicadores no podemos olvidar el reflejar en este documento que el 100% de las personas que participaron fueron mujeres y de una edad mayor de 40 años (fundamentalmente de 60)

Este dato nos parece un reflejo de la participación en buena parte de las actividades sociales que se realizan en nuestros pueblos; quizás si exceptuamos las deportivas

*** ===== Resumen del proyecto 2019/357 ===== ***

Nº de registro: 0357

Título
VEN Y MUEVETE, POR TU SALUD

Autores:
BELLO MARTINEZ AMPARO, CALVO VERA JOSE JUAN, PARDOS GARCIA ROSA ANA, SUÑER ABADIA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: poblacion general
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: estrate

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es por todos conocido la importante contribución que tienen los inadecuados estilos de vida en el proceso de enfermar, siendo la mejora de éstos a lo que menos recursos se dedica, a pesar de que presentan un menor coste -beneficio ; y no sólo monetariamente hablando

En nuestro entorno tenemos un ejemplo en la alta prevalencia de patología directamente relacionada con el sedentarismo. Además ésta se ve agudizada por un fenómeno social de creciente relevancia, la soledad, también como agente patógeno; y más aún en una población tan envejecida como la de nuestra comarca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0357

1. TÍTULO

VEN Y MUEVETE, POR TU SALUD

RESULTADOS ESPERADOS

Estimular el desarrollo de ejercicio físico aerobio entre nuestra población, como forma de mejorar FRCV entre otras patologías ampliamente prevalentes en ella.
Facilitar la socialización de los mismos, reforzando el sentimiento de comunidad y posibilitando la salida de situaciones de aislamiento social, mejorando así la calidad de vida relacionada con su salud general.
Transformar a nuestros pacientes en agentes activos implicados en el cuidado de su salud, animándolos a continuar con este tipo de actividad sin la tutela del personal sanitario.
Reforzar los vínculos sanitario-paciente fuera del ámbito asistencial habitual

MÉTODO

Realización de sesión informativa al resto de profesionales del CS sobre el proyecto.
Comunicación al público en general mediante bandos, carteles...de la actividad. Contacto con las asociaciones ya existentes para mayor difusión y posible colaboración mutua para el desarrollo de las andadas.
Elaboración de hoja de registro individual para monitorizar la asistencia y constantes, además de realización de un cuestionario de valoración de la calidad de vida relacionada con la salud. Esto se repetirá el primer y el último día de la actividad.
Creación de grupos, en cada uno de los pueblos participantes, para la realización de marchas de aproximadamente 45 minutos, por los alrededores de la localidad, con una periodicidad semanal.

INDICADORES

1. Porcentaje de asistentes(al menos a una sesión) respecto a las TIS asignadas a cada población en la que se oferta la actividad(excluidas las pediátricas). Objetivo mínimo 5%.
2. Peso(la variación existente entre la primera y última sesión). Objetivo: pérdida mayor del 3% del peso total del los asistentes
3. Calidad de vida relacionada con la salud(valorado por la escala analógica del EuroQol-5D) objetivo: mejoría de al menos 5 puntos de la puntuación de su estado de salud.
4. Cuestionario de satisfacción con la actividad realizada(al final de la última sesión) Objetivo: Al menos un 50%de los participantes que respondan a él consideren la actividad como buena/muy buena.

DURACIÓN

Marzo-Abril Elaboración del proyecto y aceptación del mismo.
Comunicación de la actividad tanto en el centro de salud como a la población.

1. A partir de Mayo: realización de las marchas con el siguiente cronograma:

Moyuela: martes/jueves de 11 a 11,45
Codo: miércoles de 9,30 a 1,015
Belchite:Jueves de 9 a 9,45

Diciembre: evaluación de la actividad

OBSERVACIONES

el cronograma puede estar sujeto a modificaciones por cuestiones meteorologicas de personal o de necesidades del centro de salud

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0363

1. TÍTULO

FORMACION EN RCP BASICA Y USO DEL DESA DE LOS ALUMNOS DEL I.E.S. BENJAMIN JARNES (BELCHITE)

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA SANCHEZ GALAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAMON ARBUES ENRIQUE
SOLSONA MARTINEZ PILAR
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA
MAZA RODRIGUEZ RUTH
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE
MORENO GARCIA DAVID JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el mes de Mayo de 2019 se creó el grupo de trabajo del que formaron parte 7 miembros del EAP del CS Campo de Belchite. A lo largo de diversas reuniones de trabajo se fueron generando roles de participación y numerosos materiales didácticos (vídeos, presentación PPT, encuestas de evaluación, etc). En el mes de Junio se iniciaron los primeros contactos con la Dirección del IES Benjamín Jarnés de Belchite, explicándose la iniciativa, objetivos de la misma y el posible cronograma de implementación de la intervención educativa. Siendo ya en el mes de Septiembre cuando se cerraron las fechas, horarios y distribución de alumnos para la realización de los diferentes talleres proyectados. Una vez conocidas estas fechas se reservaron los maniqués de práctica de RCP, tanto de adultos como de lactantes.

En el mes de Octubre de 2019 se impartieron en la Biblioteca del centro educativo 3 talleres de 120 minutos de duración cada uno dirigidos a 3 grupos de alumnos de 28 (1º ESO), 26 (2º ESO) y 38 (3º Y 4º ESO) participantes cada uno. En cada uno de estos talleres se aseguró una ratio de al menos 1 educador por cada 6 educandos. Cada taller constó de:

- 1º. Prueba de evaluación de conocimientos inicial.
- 2º. Cuerpo de la intervención, basado en la proyección de varios vídeos, la explicación con apoyo audiovisual PPT de diferentes contenidos extraídos de las últimas Guías de la European Resuscitation Council, la demostración con entrenamiento ante situaciones de parada cardiorrespiratoria (PCR), uso del desfibrilador (DESA) y obstrucción de la vía aérea (OVACE).
- 3º. Situación simulada de PCR con actuación a cargo de los educandos, y posterior debriefing.
- 4º. Prueba de evaluación de conocimientos final (igual que la inicial) y encuesta de satisfacción con la experiencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 92 alumnos participaron en la experiencia (58,7% varones y 41,3% mujeres).

Los participantes evidenciaron una mejora significativa de los conocimientos en el test final respecto al inicial ($p < 0,05$) con un tamaño del efecto moderado de $r = 0,33$ (máximo 1). Además, hasta un 84,7% ($n = 78$) de los alumnos mostró una mejoría de 2 o más puntos en el test final respecto al inicial.

El estudio de la rúbrica de evaluación de la calidad del desempeño de los participantes en una situación de emergencia simulada reveló que hasta un 90,2% ($n = 83$) de los educandos actuaba, en lo esencial, de forma adecuada.

El 96,7% de los participantes consideraron útil el taller, el 87,0% se sentían capacitados para realizar una RCP básica en una situación de emergencia tras haber realizado el taller, y el 91,3% estaría dispuesto a volver a realizarlo. Cabe reseñar que los participantes que consideraron útil la actividad fueron los que más conocimientos mostraron en el test final ($p < 0,05$). Sin embargo, no hubo diferencias significativas de los conocimientos en relación a la percepción de capacidad o el deseo de repetir la experiencia.

La satisfacción de los participantes fue evaluada a través de varios ítems de una escala Likert confeccionada "ad hoc" (mínima satisfacción 1, máxima 5). La puntuación media de la satisfacción general con la experiencia fue de 4,19 (DE 0,88), con la sala utilizada de 4,00 (DE 0,95), con los materiales didácticos de 4,27 (DE 0,94) y con los docentes de 4,57 (DE 0,69).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La metodología educativa propuesta a alumnos de enseñanza secundaria ha sido bien aceptada y útil para la adquisición de los conocimientos y destrezas necesarios para afrontar una situación de emergencia. De esta forma, una amplia mayoría de los participantes son capaces de reconocer una situación de PCR, activar la cadena de supervivencia, realizar una correcta RCP y usar el DESA, colocar en posición lateral de seguridad (PLS) y manejar un episodio de OVACE. No obstante, para mantener o en su caso mejorar los resultados obtenidos, se considera necesario implementar talleres periódicos de refuerzo de la actividad.

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto ha establecido un cauce de comunicación continuo y bidireccional entre los ámbitos sanitario y educativo de la comarca de Campo de Belchite que, en un futuro, va a permitir la puesta en marcha de nuevas iniciativas promotoras de la Salud en la Comunidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0363

1. TÍTULO

FORMACION EN RCP BASICA Y USO DEL DESA DE LOS ALUMNOS DEL I.E.S. BENJAMIN JARNES (BELCHITE)

*** ===== Resumen del proyecto 2019/363 ===== ***

Nº de registro: 0363

Título
FORMACION EN RCP BASICA Y USO DEL DESA DE LOS ALUMNOS DEL I.E.S. BENJAMIN JARNES (BELCHITE)

Autores:
SANCHEZ GALAN PATRICIA, RAMON ARBUES ENRIQUE, SOLSONA MARTINEZ PILAR, MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, MAZA RODRIGUEZ RUTH, RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, MORENO GARCIA DAVID JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención y puesta en marcha precoz de la cadena de supervivencia mejora de manera sustancial el pronóstico de las personas que sufren una parada cardíaca extra-hospitalaria. Asociaciones como la American Heart Association o la European Resuscitation Council (ERC), recomiendan que la formación en resucitación cardiopulmonar (RCP) se imparta en los centros educativos a niños y adolescentes a partir de los 11 años. En base a estas recomendaciones, este proyecto se dirige a todos los alumnos y trabajadores del I.E.S. de Belchite. Este centro cuenta con 99 alumnos distribuidos en 7 aulas (1º a 4º de la ESO).

RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar a los alumnos de secundaria y trabajadores del I.E.S. Benjamín Jarnés en:
-El reconocimiento de una situación de parada cardíaca (PC).
-La activación de la cadena de supervivencia.
-La realización de una correcta RCP y uso precoz del desfibrilador semi-automático (DESA).
-La adecuada colocación en posición lateral de seguridad (PLS).

MÉTODO
-Contacto con la dirección del centro educativo, explicación de la iniciativa y concreción de objetivos y cronograma comunes.
-Creación de grupo de trabajo en el EAP Campo de Belchite, distribución de roles para la actividad educativa y preparación de materiales didácticos.
-Se realizará una sesión teórico-práctica de 120 minutos de duración dirigida a los alumnos y a profesores, donde les enseñaremos a reconocer una PCR y cómo actuar ante ella, según los criterios y recomendaciones recogidos en las guías actualizadas de la ERC. Se ofertarán tantos talleres como sean necesarios para conseguir una cobertura del 100% de los alumnos asegurando una ratio maniquí/alumno máxima de 1/6.

INDICADORES
En la evaluación se valorará la adquisición de conocimientos y habilidades, así como el grado de satisfacción de los participantes (educadores y educandos).
-El aumento de conocimientos se demostrará a través de la cumplimentación antes y después de la sesión educativa de un cuestionario confeccionado "ad hoc" compuesto por preguntas con múltiples opciones de respuesta siendo una única correcta.
Indicador: % de alumnos con mejoría de al menos dos puntos en la puntuación del cuestionario antes y después de la sesión. Estándar: =90%.
-El campo de las habilidades se evaluará a través de la observación del desempeño en una situación simulada con maniqués. A través de una rúbrica se valorará la secuencia de aproximación al escenario, la calidad de la RCP (frecuencia y profundidad de compresiones) la utilización del DESA y la colocación en PLS.
Indicador: % de alumnos con observación del desempeño en una situación simulada con maniqués con valoración positiva. Estándar: =90%.
-Satisfacción de los participantes: La satisfacción de los educadores y educandos se evaluará a través de un cuestionario tipo Likert (1-5) al finalizar la experiencia. Estándar: Puntuación media =4.

A los dos meses de la puesta en marcha del proyecto se analizará el número de sesiones realizadas y de participantes formados. También se realizará una evaluación inicial de los indicadores descritos en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0363

1. TÍTULO

FORMACION EN RCP BASICA Y USO DEL DESA DE LOS ALUMNOS DEL I.E.S. BENJAMIN JARNES (BELCHITE)

apartado anterior. La evaluación final de estos indicadores se llevará a cabo al finalizar el año escolar.

DURACIÓN

MARZO-ABRIL 2019.

-Contacto con la dirección del centro educativo.

-Creación de grupo de trabajo, distribución de roles para la actividad y preparación de materiales.

ABRIL a JUNIO DE 2019.

-Realización de sesiones educativas y análisis de los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

A la finalización de este proyecto se espera haber establecido un canal de comunicación fluido y continuo entre el centro educativo y los profesionales del equipo de salud que permita, en el futuro, la puesta en marcha de nuevas iniciativas dirigidas a empoderar a la población adolescente y dar respuesta a sus necesidades.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0364

1. TÍTULO

FOMENTO DEL USO RESPONSABLE DEL ANTIBIOTICO EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ENRIQUE RAMON ARBUES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ GALAN PATRICIA
PARDOS GARCIA ROSA ANA
SOLSONA MARTINEZ PILAR
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE
MAZA RODRIGUEZ RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el mes de abril de 2019 se llevaron a cabo 2 sesiones formativas con objeto de actualizar los conocimientos relativos a la prescripción y manejo de los antibióticos, a los componentes del EAP de Campo de Belchite. Para evaluar la adquisición de conocimientos se solicitó a los profesionales que cumplimentaran una encuesta de conocimientos confeccionada "ad hoc" (rango 0 mínimo, a 10 máximo) al inicio de la 1ª sesión y al finalizar la 2ª. Además, tras esta última sesión se conformó un equipo de trabajo (7 integrantes) que a lo largo de los meses de mayo y junio se encargó de generar materiales didácticos (dípticos, carteles, etc) dirigidos a fomentar el uso responsable del antibiótico en la población.

Durante los meses de junio a diciembre, estos materiales fueron utilizados para realizar educación sanitaria individual a la población atendida en consulta por diferentes procesos infecciosos (víricos o bacterianos). El aumento de conocimientos de los pacientes en relación al uso de antibióticos fue evaluado sobre una muestra de 22 pacientes a los que se les realizó un análisis pre-post en un cuestionario de conocimientos confeccionado "ad hoc" por los integrantes del equipo de trabajo.

En el mes de enero de 2020 se realizó una evaluación de la satisfacción de los profesionales del EAP con la experiencia (formación recibida y posterior desarrollo de educación sanitaria individual).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 15 de los 22 profesionales del EAP acudió a ambas sesiones formativas, observándose un aumento significativo de sus conocimientos tras la impartición de la 2ª de las sesiones ($p < 0,05$). Además, hasta un 73,3% de ellos ($n=11$) elevó su puntuación en el 2º cuestionario en 2 o más puntos.

Según nuestros registros se llevaron a cabo un total de 421 intervenciones educativas individuales. En 22 de ellos se evaluó la adquisición de conocimientos obteniéndose una mejoría estadísticamente significativa de los mismos tras el proceso educativo ($p < 0,05$), siendo esta mejoría de 2 o más puntos en 17 de ellos (77,3%).

La satisfacción de los miembros del EAP con la experiencia fue evaluada a través de dos ítems tipo Likert (mínima satisfacción 1, máxima 5). La puntuación media de la satisfacción general con la experiencia fue de 4,4 (DE 0,63) y con los materiales didácticos de 4,3 (DE 0,62).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La metodología de trabajo propuesta ha mostrado una buena aceptación y resultado útil en la adquisición de conocimientos de profesionales y pacientes en relación al uso responsable del antibiótico. Se considera necesario integrar esta metodología de consejo y asesoramiento breve apoyada en materiales educativos actualizados en el día a día de las consultas de la ZBS de Campo de Belchite.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/364 ===== ***

Nº de registro: 0364

Título
FOMENTO DEL USO RESPONSABLE DEL ANTIBIOTICO EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Autores:
RAMON ARBUES ENRIQUE, SANCHEZ GALAN PATRICIA, PARDOS GARCIA ROSA ANA, SOLSONA MARTINEZ PILAR, MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, MAZA RODRIGUEZ RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0364

1. TÍTULO

FOMENTO DEL USO RESPONSABLE DEL ANTIBIOTICO EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La aparición de bacterias resistentes a los antibióticos constituye una de las amenazas más serias para la salud pública. Así, la prescripción y toma razonada de antibióticos se considera esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con su uso y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Los profesionales sanitarios componemos el punto de contacto donde los pacientes acuden ante sospechas de procesos infecciosos para pedir consejo y, en muchas ocasiones, solicitando de forma indiscriminada la prescripción de antibióticos con el convencimiento de necesitarlos.

RESULTADOS ESPERADOS

-Actualizar los conocimientos de los profesionales del EAP en relación al uso y prescripción de antibioterapia en los procesos más habituales gestionados en Atención Primaria.
-Elaborar materiales didácticos dirigidos a los usuarios adecuados, precisos y denotativos de la importancia de un correcto uso de los antibióticos.
-Aumentar los conocimientos de los pacientes en relación al uso responsable de los antibióticos.

MÉTODO

-Realización de formación específica sobre nuevas pautas y evidencias en antibioterapia dirigida a los profesionales del EAP.
-Creación de grupo de trabajo para la elaboración de materiales didácticos dirigidos a los pacientes.
-Educación para la salud apoyada en los materiales didácticos previamente elaborados en situaciones de sospecha de proceso infeccioso (vírico o bacteriano) y con independencia de la pauta medicamentosa escogida. Cada uno de estos casos será anotado en una hoja de registro.

INDICADORES

-Aumento de conocimientos sobre antibioterapia de los miembros del EAP evaluado a través de cuestionario "ad hoc" (mínimo 0-máximo 10) cumplimentado antes y después de la formación.
Indicador: % integrantes del EAP con mejoría de al menos 2 puntos en la puntuación del cuestionario antes y después de la formación. Estándar: =90%.
-Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de antibióticos. Estándar: asistencia =80%.
-Satisfacción de los miembros del EAP con la iniciativa (formación + intervención educativa) evaluada a través de escala tipo Likert de 1 a 5. Estándar: media =4.
-Aumento de conocimientos sobre el uso responsable del antibiótico de los usuarios participantes de la iniciativa educativa. Se evaluará a través de cuestionario "ad hoc" (mínimo 0-máximo 10) cumplimentado antes y después de la educación para la salud recibida.
Indicador: % usuarios con mejoría de al menos 2 puntos en la puntuación del cuestionario antes y después de la formación. Estándar: =90%.

DURACIÓN

Abril 2019:
-Formación en antibioterapia de los sanitarios de la zona básica de salud.
Mayo 2019:
-Creación de grupo de trabajo y elaboración de materiales didácticos.
Junio-Noviembre 2019:
-Educación sanitaria en antibioterapia apoyada en los materiales educativos elaborados.
-Realización y registro de las actividades del punto 6
Noviembre-Diciembre 2019:
-Evaluación de las actividades realizadas y la consecución de objetivos a través de los indicadores propuestos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0364

1. TÍTULO

FOMENTO DEL USO RESPONSABLE DEL ANTIBIOTICO EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1468

1. TÍTULO

TALLER DE LAVADO DE MANOS ENCENTROS ESCOLARES DE LA COMARCA CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE JUAN CALVO VERA
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad BELCHITE
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUBEL CAMPOS CARLOS JAVIER
GRACIA TRICAS MARIA DEL MAR
MANERO ANSON YOLANDA
MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA
SUÑER ABADIA SILVIA
GAMBARO BELLO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado vistas posteriores al taller de lavado de manos en los centros escolares.
Se han realizado entrevistas con equipo docente, personal de comedor, padres/madres de alumnos y alumnos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aunque no es posible realizar una medición cuantitativa de la mejora en la higiene de manos por parte de los escolares, las respuestas tanto por parte de padres/madres y personal de los centros (profesores y personal de comedor) han sido todas positivas.
Resaltan que los niños han sido muy receptivos al mensaje que se quiso transmitir, y que no solo en el centro escolar, sino también en el domicilio se lavan las manos "más veces y mejor porque se lo enseñaron en el colegio"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo en dicha actividad ha sido muy positiva, no solo por lo divertido de la misma, sino porque se ha constatado que tras el paso del tiempo los niños siguen recordando lo que se les explicó en el taller.

Se trata de un taller fácilmente reproducible, y que debería repetirse con cierta periodicidad en los centros escolares.
Unido a éste están en marcha otros proyectos para concienciar a los alumnos de la importancia de los hábitos saludables

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1468 ===== ***

Nº de registro: 1468

Título
TALLER DE LAVADO DE MANOS EN CENTROS ESCOLARES DE LA COMARCA CAMPO DE BELCHITE

Autores:
CALVO VERA JOSE JUAN, CUBEL CAMPOS CARLOS JAVIER, GRACIA TRICAS MARIA MAR, MANERO ANSON YOLANDA, MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA, SUÑER ABADIA SILVIA, GAMBARO BELLO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (VIA FECAL-ORAL)
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: CONCIENCIAS IMPORTANCIA HABITOS HIGIENICOS SALUDABLES EN LA INFANCIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En éste, como en cualquier otra zona básica de salud, se ha objetivado elevada transmisión de enfermedades infecciosas que se contagian mediante vía fecal-oral en escolares.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1468

1. TÍTULO

TALLER DE LAVADO DE MANOS ENCENTROS ESCOLARES DE LA COMARCA CAMPO DE BELCHITE

Dado que en este grupo de enfermedades infectocontagiosas es más sencillo romper la cadena de transmisibilidad, se ha considerado oportuno incidir en la implementación de hábitos higiénicos saludables desde los centros escolares.

RESULTADOS ESPERADOS

Explicar a los escolares de infantil y primaria de la comarca Campo de Belchite la importancia de realizar un correcto lavado de manos.
Concienciar a los docentes de que es necesario que los niños adquieran hábitos higiénicos saludables en el centro escolar, dado que los hábitos adquiridos en el colegio se internalizan y se siguen realizando en el domicilio.

MÉTODO

Se realizarán Talleres de lavado de manos en el CEIP de Belchite a los niños de infantil, 1º y 2º de primaria, así como a todos los Centros Rurales Agrupados de la Comarca (Letux, Moyuela, Azuara, Almonacid de la Cuba y Lécera). Cada taller consta de las siguientes partes:
-Charla con los escolares sobre la importancia del lavado de manos: preguntas de los niños al docente y viceversa.
- Exposición teórica por parte del docente de una correcta técnica de lavado de manos.
- Repetición de la técnica por parte de los escolares
- Proyección de pequeño video explicativo.
-Práctica de lavado de manos pasando posteriormente cada escolar por la "lámpara mágica" (luz ultravioleta), la cual les dirá si han realizado de forma correcta el lavado.
-Para finalizar se realiza una nueva charla de la que se extraen conclusiones para los niños y los profesores

INDICADORES

Actividad comunitaria no cuantificable con indicadores.
Se realizará evaluación al cabo de unos meses para comprobar si los escolares siguen realizando de forma adecuada el lavado de manos

DURACIÓN

Actividad a realizar durante los últimos meses del curso escolar 2016-2017 y los primeros del 2017-2018.
Sesiones: dos para cada uno de los centros rurales y cuatro para el CEIP de Belchite

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0944

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CS CASABLANCA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN SALVADOR DEL VAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASABLANCA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MODREGO MUÑOZ CARMEN
JUANA RAMON ROSARIO
LOPEZ GASCA CARMEN MARIA
LEYVA CASTRO CECILIA
SANCHEZ VICENTE MARIA ANGELES
GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018, y como parte del proyecto de mejora a la atención al paciente EPOC, los miembros del equipo, nos hemos sensibilizado respecto a esta patología infradiagnosticada, y en su registro, con frecuencia no realizado correctamente.

Así mismo respecto a la necesidad de detectar y prevenir el hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo, tanto a través del consejo breve como intervención intensiva.

También hemos trabajado en la mejora de la indicación, técnica de realización, interpretación y correcto registro de la espirometría, tanto de forma práctica como teórica. Al no haber podido realizarse con anterioridad, el 22 de febrero de 2019 hemos realizado un taller teórico-práctico en el centro sobre espirometrías, dirigido por el Dr Lample, en el que participó la practica totalidad del equipo, (existe registro de firmas) con resultado muy satisfactorio para todos.

En estos momentos, uno de los nuevos miembros de nuestro equipo (Dra Aisa), está pendiente de realizar formación específica sobre deshabitación tabaquica.

No se han realizado charlas grupales a pacientes porque los frecuentes cambios en el equipo y la irregular cobertura de las ausencias lo ha impedido, sin embargo se ha seguido realizando educación sanitaria en la consulta individual diaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El porcentaje de pacientes fumadores en quienes se ha registrado la intervención sobre tabaquismo ha sido del 51,74%, superior al 50% establecido como objetivo.

La detección del consumo de tabaco registrada ha sido 32,53%, por debajo del objetivo fijado del 50%, aunque superior a la del año anterior (28,96%).

Respecto al número de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del centro de salud no tenemos datos, pero no se derivan pacientes para su realización puesto que se hacen en el centro, por su enfermera asignada y tras la solicitud como procedimiento diagnóstico por parte de su médico de cabecera. Con lo cual, al no derivarse ningún paciente con el objeto concreto de realizar espirometría, consideramos que se ha conseguido el objetivo.

En relación al objetivo de realizar dos charlas al año a los pacientes EPOC sobre manejo de inhaladores, no se podido realizar este año, quedando pendiente para su realización en el primer cuatrimestre de 2019; no obstante la instrucción y mejora en la técnica y uso de inhaladores a los pacientes se ha realizado de forma individual en la consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que las circunstancias particulares de nuestro centro, pequeño y con un gran recambio porcentual en los miembros del equipo durante el pasado año, ha dificultado el desarrollo del proyecto y su continuidad en el tiempo, provocando la consecución parcial de los objetivos planteados. En este sentido quizás el estándar fijado del 50% de detección de consumo de tabaco fue demasiado alto teniendo en cuenta que el año anterior sólo se había llegado a un 28,96% en nuestro equipo.

Sin embargo pensamos que si se ha conseguido sensibilizar a todos los actuales miembros del equipo respecto a la importancia de mejorar respecto al principal factor de riesgo de EPOC: tabaco, tanto en su detección como intervención sobre el mismo; en mejorar el registro de síntomas respiratorios y adecuado diagnóstico y registro de EPOC, continuar estimulando en la realización de espirometrías, así como de su correcta técnica e interpretación y mejorar los conocimientos de los pacientes en su autocuidado y manejo de inhaladores; con lo cual pese a finalizar el actual proyecto creo podrán continuar mejorando los indicadores con la lógica repercusión en nuestra población que es el objetivo finalmente buscado.

Por todo ello consideramos que es necesario continuar este proyecto durante el 2019 y así lograr los objetivos planteados en su totalidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/944 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0944

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CS CASABLANCA

Nº de registro: 0944

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CS CASABLANCA

Autores:
SALVADOR DEL VAL MARIA CARMEN, MODREGO MUÑOZ CARMEN, JUANA RAMON ROSARIO, LOPEZ GASCA CARMEN MARIA, MATEO BERNAL MARIA TERESA, LEYVA CASTRO CECILIA, SANCHEZ VICENTE MARIA ANGELES, GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASABLANCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Epoc
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La EPOC es una patología infradiagnosticada y no bien registrada.
Es importante la detección, la prevención y la intervención sobre tabaquismo y un correcto diagnóstico y registro en la historia clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejora sobre la detección e intervención sobre tabaquismo.
-Aumento de diagnóstico y registro de EPOC.
-Estimular realización de espirometrías.
-Fomentar la formación al paciente de EPOC a través de educación individualizada y charlas sobre manejo de inhaladores.

MÉTODO
-Reuniones específicas para los profesionales del centro.
-Actividades de formación sobre la realización de espirometrías.
-Actividades de formación sobre deshabitación tabaquica.
-Realización de charlas a pacientes de EPOC.

INDICADORES
- Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo 50/55%.
-Detección de consumo de tabaco. 50%
- Espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del centro de salud 0%
-Realización charlas a pacientes de Epoc sobre uso de inhaladores : Dos al año

DURACIÓN
-Difusión del proyecto y sobre el manejo y realización de espirometrías el 30-5-18
-Actividades sobre desabitación 20-6-18
-Charlas a pacientes de Epoc pendientes de fecha

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0961

1. TÍTULO

INCORPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE MARIA GARGALLO LALMOLDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASABLANCA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALINDE HERRERO MARTIN
FERNANDEZ ORTIZ ASUNCION
DIEZ ZAERA OLGA
BOZAL LAHOZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:

1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Jose M^a Gargallo Lamolda como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.

2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA "De la teoría a la acción: un paso adelante" celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas las políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.

3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.

En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.

Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.

Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, que ha consistido en un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.

En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de "Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP".

Esta información se difundió al equipo fecha 21 de junio de 2018

La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:

Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.

Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada "Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón" José M^a Gargallo impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 14 de noviembre a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:

Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0961

1. TÍTULO

INCORPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA

asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.

Esa persona es José M^a Gargallo Lamolda, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II

Resultado 2018: SI

El día 14 de noviembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 100 % del equipo.

Resultado 2018: 100%

Se han realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.

Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón

Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.

De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre. El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.

En Casablanca el indicador seleccionado fue:

- Consumo de cefalosporinas de 3^a generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3^a generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100

Valor 2017: 2,9 %

Objetivo 2018: =2,3%

Resultado 2018: 1,5%

Este resultado muestra un descenso 0,8 puntos por debajo del objetivo marcado, lo que es resultado del trabajo de todo el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos de amplio espectro, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, con lo cual consideramos finalizado este proyecto.

La disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos permitirá plantear un nuevo proyecto en el año 2019.

7. OBSERVACIONES.

Limitaciones:

Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas. Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/961 ===== ***

Nº de registro: 0961

Título
INCORPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA

Autores:
GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA, LALINDE HERREO MARTIN, FERNANDEZ ORTIZ ASUNCION, DIEZ ZAERA OLGA, CELLA LANAU JORGE, BOZAL LAHOZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASABLANCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

TRAS EL ANALISIS DE LA SITUACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD CASABLANCA, INTENTAR MEJORAR LA PRESCRIPCIDE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0961

1. TÍTULO

INCORPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA

CEFALOSPORINAS EDE 3ª GENERACION CON RESPECTO A LA PRESCRIPCION TOTAL DE AB. PUES EN LOS 3 ULTIMOS AÑOS SE HAN REGISTRADO VALORES SUPERIORES A LA MEDIA DEL SECTOR.

RESULTADOS ESPERADOS

los antibióticos son recursos limitados y hemos de preservar su utilización, sensibilizar a los profesionales del equipo de AP.

ACTUALIZAR EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SOBRE RESISTENCIAS MICROBIANAS .

MÉTODO

1 DESIGNAMOS UNA PERSONA RESPONSABLE, que asistió a la jornada autonómica sobre estrategia realizaremos 2 sesiones al año formativas sobre ab terapia e infecciones

INDICADORES

consumo de cef. 3ª generacion, respecto al total de ab usados

DURACIÓN

a

OBSERVACIONES

a

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1275

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP CASABLANCA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE MARIA GARGALLO LALMOLDA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS CASABLANCA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DIEZ ZAERA OLGA
LALINDE HERRERO MARTIN
LAMPLE LACASA LUIS
GASCA BINABURO FERNANDO
AISA ROYO INMACULADA
PASCUAL PEREZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

Abordaje de infecciones respiratorias: fecha 20/04/2019

Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha 18/06/2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.

En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.

En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

- La selección de casos clínicos ha sido posible gracias al envío por correo electrónico en Junio de 2019, y desde el Servicio de Farmacia de AP, de los listados por CIAS de pacientes tratados en el último año con quinolonas así como del diagnóstico asociado a éstos, de tal modo que cada profesional revisó dicho listado y seleccionó alguno de los pacientes incluidos en el mismo para reevaluar la necesidad de utilizar dicho antibiótico de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 10,3, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 11,22).

En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de quinolonas.

% DDDs quinolonas/total DDDs antibióticos: En diciembre 2018 el valor era 18,10% siendo en diciembre 2019 de 13,10%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1275

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP CASABLANCA

clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas. Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias. Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones. Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1275 ===== ***

Nº de registro: 1275

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP CASABLANCA

Autores:
GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA, DIEZ ZAERA OLGA, LALINDE HERRERO MARTIN, LAMPLE LACASA LUIS, GASCA BINABURO FERNANDO, AISA ROYO INMACULADA, PASCUAL PEREZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASABLANCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor. Aunque los factores identificados como causantes del problema son diversos, el uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales. En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11. La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB y su adecuación: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Sin embargo existen algunas actuaciones o recomendaciones válidas para la práctica clínica diaria que han probado su eficacia en la reducción del consumo de antibióticos, como la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc. A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea. Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP CASABLANCA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente quinolonas (Levofloxacin, moxifloxacin, ciprofloxacino) a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 15,9 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Sector Zaragoza II: 10,3 %).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1275

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP CASABLANCA

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de quinolonas según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA. Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con quinolonas para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

- Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
 - Consumo de fluorquinolonas respecto al total (%): $\text{DDD fluorquinolonas (J01MA)} / \text{DDD antibióticos (J01)} \times 100$
Valor 2018: 15,9 %
Objetivo 2019: =12%
 - Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
 - o % de uso de quinolonas en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: %
Objetivo 2019: Disminuir
 - o % de uso de quinolonas en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

- Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
- Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
- Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de quinolonas durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0666

1. TÍTULO

CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE GEMA ARA MARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMEZ PELIGROS ANTONIO
MARIÑOSA VELA CRISTINA
ADAN BEGUE CRISTINA
NOGUERO FERNANDEZ CARMEN
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
SANCHEZ TORRES YOLANDA
RABADAN DE LA PUENTE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de obtener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales

Para conseguir la certificación ISO en el EAP se realizaron las siguientes actividades de acuerdo con la norma de calidad Entre ellas destacamos :

- Analizar los indicadores del acuerdo de gestión incluidos en los objetivos, identificando los problemas por los que no se han conseguido buenos resultados Se realizará un seguimiento de los indicadores del acuerdo de Gestión incluidos en los objetivos .Entre ellos podemos destacar como objetivos con buenos resultados : La cobertura de pacientes fumadores con intervención sobre tabaquismo

- ,Los pacientes diabéticos a los que se les realizó HBA1c en los últimos seis meses.etc
- Los indicadores que no tengan buenos resultados se intentará insistir en la mejora mediante sesiones clínicas con el equipo analizando porque no se han llegado a cumplirEntre ellos por ej los referentes a cobertura de EPOC.Dichas sesiones Clínicas quedarán reflejadas en las Actas de dichas reuniones Ej Acta 7/03/2017

- Analizar las incidencias y no conformidades así como la reclamaciones y la encuesta de satisfacción del usuario, intentando alcanzar respuestas y soluciones para mejorar el funcionamiento del Centro de Salud. Estos dos apartados bajo la supervisión del coordinador de calidad Gema Ara y del coordinador del centro de salud Antonio Gómez Peligros En cuanto al análisis de las Reclamaciones podemos decir que se tiene constancia d que se produjeron 17 entre las que se destacan la prepotencia en el trato de algunos profesionales. El número de Sugerencias realizadas también han sido 17 entre las que destacan el aumento del número de personal . Incidencias podemos hablar de 81 siendo de todo tipo . El numero de No conformidades asciende a 8 destacando 2 del año 2016 y las seis restantes 2017, dentro de estas ultimas hay que destacar las 4 que derivan de las no conformidades señaladas en el informe la Auditoria interna realizad el 15/09/2017 . De dichas no conformidades, 4 están cerradas y el resto en proceso de resolución

También se realizó una Encuesta de satisfacción del Usuario,elaborada por el C de Salud que supuso un punto fuerte dentro de la Auditoria interna, se evalúan los tres estamentos, el tamaño muestral fue él adecuado a la población con un nivel de confianza de 95% los resultados se transmitieron mediante reunión al equipo Los resultados fueron buenos para los tres estamentos

- Análisis de la formación continuada en cuanto a lo que se refiere a las sesiones clínicas, el número de las mismas, programación según las necesidades, asistencia y su evaluación a cargo del responsable de docencia Yolanda Sanchez Se cumplió el objetivo de realizar 4 sesiones clínicas por mes,y la evaluación por parte de los profesionales fue satisfactoria

- Entre los objetivos propuestos se encuentra también: aumentar la satisfacción de los pacientes llevando a término sus propuestas de mejora, siendo Indicador la Constitución del Consejo de Salud, llevándose a cabo la primera reunión del mismo en nuestro centro de salud el 28/09/2016.

- Otro objetivo que se ha desarrollado es la realización de proyectos asistenciales con un impacto positivo en la salud y/o la calidad de vida de las personas, para ello se realizó el día del Ictus 27 Octubre 2017,una actividad Comunitaria en La Plaza San Francisco con la instalación de una carpa de Información para la población. También hay que comentar acerca del Taller de Sexualidad y anticoncepción para adolescentes realizado en el IES Corona de Aragón impartido por Marta Isac Adoración Burro y Flor Gonzalo muy bien valorado por los alumno 4,8/5

En otro orden de cosas y como aspectos fundamentales dentro del Sistema de Calidad se realizaron las siguientes actividades .

Aplicación de los procedimientos operativos disponibles en el sistema de calidad del SALUD en relación

- Mantenimiento de instalaciones y equipamiento,a cargo de los responsables Carmen Noguero y Mar Ayala realizando un registro de Listado de equipos de medida PR-07-01 SA (P)E REV B. Y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0666

1. TÍTULO

CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

- Planilla Actividades Mantenimiento y Verificación PO-07-2-Z2(P)E REV A
Aplicación de los procedimientos operativos disponibles en el sistema de Calidad del Salud en relación a;
Gestión de almacén y procedimientos de esterilización a cargo de Marta Rabadan Se habilitó un lugar para residuos y se remodeló el almacén Se ha implantado el registro del control de la Rotura de Stock PO-02-17-Z2 (P)E REVB
- Gestión de Cuarto de urgencias y botiquines Cristina Adán y Cristina Mariñosa aplicando también los procedimientos operativos disponibles en el sistema de calidad .
- Registro de Verificación Material y equipamiento Urgencias PO-07-6-Z2(P)E REV A
-Registro de Control de Caducidades de Fármacos y Material de Urgencias P=-07-9-Z2(P)E REV. A
Gestión de administración y mostrador María José Galindo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados han sido los deseados: Se ha conseguido la Certificación ISO para el Centro de salud Fernando el Católico.
Se realizó la Revisión por la Dirección en Abril 2017
La Auditoria Interna el 15 de septiembre de 2017
Auditoria Externa el 3de octubre de 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos muy satisfechos del trabajo realizado por todo el equipo, un trabajo que al principio nos pareció muy complicado de llevar a cabo, gracias a la colaboración de todos se he conseguido .Después de no pocas dificultades y momentos de falta de motivación se ha logrado el objetivo Y estamos seguros que va a repercutir muy positivamente en el funcionamiento del Centro de salud
Nuestro deseo es poder seguir trabajando cada año para poder mantener la Acreditación
Creemos que el principal aprendizaje obtenido es que la necesidad de motivar al equipo para conseguir objetivos comunes es algo imprescindible
La implantación del sistema de calidad ha supuesto una mejora importante en la organización del Cuarto de Urgencias y del Almacén, que debemos reseñar también

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/666 ===== ***

Nº de registro: 0666

Título
CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001. EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Autores:
ARA MARTIN GEMA, GOMEZ PELIGROS ANTONIO, MARIÑOSA VELA CRISTINA, ADAN BEGUE CRISTINA, NOGUERO FERNANDEZ CARMEN, GUTIERREZ BLASCO JAVIER, GALINDO LEDESMA MARIA JOSE, SANZ BERITENS ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de obtener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP del C de Salud Fernando el Católico del sector Zaragoza II desea conseguir la certificación según norma ISO 9001 desde el año 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0666

1. TÍTULO

CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Nuestro plantenamiento es: Obtener la Certificación ISO 9001

RESULTADOS ESPERADOS

Obtener la certificación ISO 9001 para el EAP

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad para la mejora continua.

Para conseguir la certificación ISO en el EAP se van a realizar actividades de acuerdo con la norma de calidad Entre ellas podemos destacar

- Analizar los indicadores del acuerdo de gestión incluidos en los objetivos, identificando los problemas por los que no se han conseguido buenos resultados
- Analizar las incidencias y no conformidades así como la reclamaciones y la encuesta de satisfacción del usuario, intentando alcanzar respuestas y soluciones para mejorar el funcionamiento del Centro de Salud. Estos dos apartados bajo la supervisión del coordinador de calidad Gema Ara y del coordinador del centro de salud Antonio Gómez Peligros
- Análisis de la formación continuada en cuanto a lo que se refiere a las sesiones clínicas, el número de las mismas, programación según las necesidades, asistencia y su evaluación a cargo del responsable de docencia María Teresa Anaya
- Mantenimiento de instalaciones y equipamiento, gestión de residuos a cargo de los responsables Carmen Nogueru y Javier Gutierrez
- Gestión de almacén y procedimientos de esterilización a cargo de Araceli Sánchez
- Gestión de Cuarto de urgencias y botiquines Cristina Adán y Cristina Mariñosa
- Gestión de administración y mostrador María José Galindo

INDICADORES

Se realizará un seguimiento de los indicadores del acuerdo de Gestión incluidos en los objetivos que se obtienen a partir de los cortes de la dirección Entre ellos podemos destacar La cobertura de pacientes fumadores con intervención sobre tabaquismo, Los pacientes diabéticos a los que se les realizó HbA1c en los últimos seis meses. etc Los indicadores que no tengan buenos resultados se intentará insistir en la mejora mediante sesiones clínicas con el equipo analizando porque no se han llegado a cumplir

Entre los objetivos propuestos se encuentra también: aumentar la satisfacción de los pacientes llevando a término sus propuestas de mejora, siendo Indicador la Constitución del Consejo de Salud, llevándose a cabo la primera reunión del mismo en nuestro centro de salud el 28/09/2016.

Otro objetivo a desarrollar es la realización de proyectos asistenciales con un impacto positivo en la salud y/o la calidad de vida de las personas, para ello se ha propuesto la realización de Un Cortometraje sobre el Ictus, del cual se ha realizado ya la grabación musical y se ha contactado con la Escuela Municipal de Teatro para comenzar la grabación

La evaluación se llevarán a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: abril 2017

Revisión por la Dirección: mayo 2017

Auditoria Externa: junio 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Junio-Diciembre 2017.

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio Marzo-diciembre 2016

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Cada cuatrimestre según cortes

-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1270

1. TÍTULO

TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA EUGENIA ISAC ARRONDO
· Profesión MATRONA
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURRO DAL ADORACION
GONZALO LOZANO MARIA FLORENCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar hay que explicar que este proyecto se viene realizando desde hace cuatro cursos escolares, a raíz de la demanda de un Instituto de Educación Secundaria de la zona, por lo que el cronograma de actividades de esta memoria ya es el resultado de las modificaciones que se percibieron como necesarias en años anteriores. No ha habido discrepancias con lo programado.

Se ha coordinado entre los profesionales del Centro de Salud que aparecen en esta memoria y un profesor del IES (departamento de Biología) que sirve de enlace tanto con los tutores de los respectivos grupos como con el equipo directivo de dicho centro educativo.

El proceso comenzó en Marzo con reuniones del equipo de trabajo del Centro con el fin de modificar la encuesta previa sobre centros de interés y conocimientos que se pasaría a los alumnos. Se hizo en base a que en la evaluación del año anterior se valoró que alguna de las preguntas de dicha encuesta resultaban un tanto vagas o confusas. Una vez modificada se hizo llegar al profesor enlace de la actividad.

Paralelamente, en el IES se utilizan tutorías para abordar temas sobre sexualidad. Pasan las encuestas a los alumnos. Los resultados de dichas encuestas son devueltos al equipo de trabajo del Centro de Salud en Abril. Se fijan las fechas de las sesiones de acuerdo a la conveniencia de todas las partes en la tercera semana de Mayo. Con los datos de las encuestas aportadas se retoca y actualiza la presentación que se utilizará al principio de la actividad, aportando el feed-back personalizado a cada grupo. Se informa del contenido de dicha presentación al profesor que sirve de enlace.

El taller se estructura en sesiones de dos horas, que se repiten en dos días consecutivos para abarcar a la totalidad del alumnado de 3º de la ESO de dicho Instituto. Se realiza en horario lectivo y en las instalaciones del propio Centro de Salud.

Los alumnos llegan al centro acompañados de personal docente (generalmente el tutor del grupo correspondiente) pero no está presente en la actividad, con el fin de facilitar la comunicación y no coartar al alumnado. Son recibidos a la entrada del centro por uno de los componentes del equipo que realiza la actividad, que les da la bienvenida y les indica la sala donde deben dirigirse. En dicha sala otro miembro del equipo los recibe, saluda e indica cómo acomodarse. El tercer miembro del grupo de trabajo acomoda al profesorado, ya que esperará hasta que termine el taller.

A pesar de que se prefiere trabajar con la unidad escolar (clase) como grupo natural, este año uno de los grupos estaba compuesto por alumnado de dos clases diferentes. El reparto tuvo que tener en cuenta el aforo máximo (25 personas) de la sala.

Recursos empleados:

En cada taller se utiliza material audiovisual: Se proyecta el conocido corto sobre sexualidad y afectividad "En el aire", elaborado por adolescentes de su misma edad y que marca el tono y lenguaje de lo que será el taller. A continuación una presentación realizada ad-hoc con la retroalimentación sobre conocimientos previos sobre anticoncepción, sexualidad, forma de uso de anticonceptivos y expectativas en torno al taller, así como imágenes que sirven de apoyo a los contenidos más teóricos.

Se intercalan demostraciones y prácticas. Disponemos de material didáctico (tanto comercial como de elaboración propia): maquetas anatómicas (masculina y femenina), preservativos masculinos y femeninos, disponibles en diferentes materiales, así como DIUs, anillos vaginales, píldoras, implantes y parches.

La documentación necesaria: encuesta pre y post actividad y la hoja informativa que se entregará al alumnado al final del taller. Toda la documentación es de elaboración propia. En el caso de las encuestas, consensuada con el equipo docente ya en años anteriores.

En la sala sólo es preciso ordenador, cañón de proyección y conexión a internet.

Como recursos humanos:

- Matrona, Trabajadora Social y una Enfermera por parte del Equipo de Atención Primaria.
- Profesores del IES: los tutores de cada grupo y el que ejerce de enlace.

Contenidos:

Conceptos generales sobre sexualidad
Masturbación, mitos y leyendas
Anticoncepción en el contexto de la sexualidad
Sexo seguro. Anticonceptivo seguro vs eficaz
Preservativos
Anticoncepción hormonal oral
La "píldora del día después". La "marcha atrás"
Legislación aplicable
Secreto profesional. Consentimiento implícito
Papel de los diferentes profesionales del centro de salud
Acceso a información adicional y recursos
Metodología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1270

1. TÍTULO

TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

Sesión teórico- práctica seguida de debate. Duración total de dos horas. Tras el taller se realizan las encuesta de evaluación de la actividad y de conocimientos (de nuevo se aprovechan las horas de tutoría del Instituto). El profesorado las analiza primero y posteriormente nos hace llegar el material integro al centro de salud en Junio. En el momento de la entrega se realiza ya una primera valoración conjunta de la actividad con el profesor de enlace, que transmite las impresiones de los docentes. Dos días después se realiza otra reunión evaluativa ya solamente con los miembros del equipo de trabajo que pertenecen al Centro de Salud para analizar las respuestas del alumnado y proponer posibles cambios en las actividades de próximos cursos. Se elabora DAFO de la actividad. Se comunican los resultados al EAP en reunión ordinaria de equipo (Septiembre). No se incide exhaustivamente en la metodología y contenidos de la actividad, dado que ya se ha presentado en otras ocasiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En total han participado 44 alumnos procedentes de tres clases. Sus edades varían entre los 14 y los 18 años. Se han recogido la totalidad de las encuestas previas, pero han faltado 4 de las posteriores. En general llama la atención lo altamente positivo de los comentarios, con muchas aportaciones en las preguntas más abiertas. Sugieren adelantar un año esta actividad (tema a considerar para futuras ediciones) Se han cumplido los objetivos que nos marcamos en todos los indicadores, tanto en alumnado satisfecho con la actividad (93%, frente al 80% esperado), como en el aumento en el nivel de conocimientos (mismo resultado). En cuanto al indicador que se eligió para evaluar la participación (% de alumnos que plantean preguntas en el debate) también se superó el objetivo marcado (36% frente al 30% fijado) Se ha tenido en cuenta también los comentarios de los docentes sobre la repercusión que aprecian en su alumnado, su impresión personal e incluso comentarios de los alumnos "fuera de encuestas".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como primera conclusión: merece la pena. Valorada como muy positiva por alumnos, profesorado y el personal implicado en el grupo de trabajo. Satisfactorio a nivel profesional y motivador. Dicho esto: A la vista de los resultados (muy altos) quizá podrían seleccionarse otros indicadores en la evaluación que nos aporten información que nos ayuden a mejorar. Queda pendiente el debate con la comunidad educativa sobre la posibilidad de adelantar o no la actividad a una edad más temprana, tal y como sugieren muchos de los participantes.

7. OBSERVACIONES.

Tras los talleres de este año se nos comunicó que el profesor que servía de enlace dejaba el centro y que también cambiaba el equipo directivo. Estos hechos pusieron en evidencia una de las debilidades del proyecto ya apuntadas en el DAFO: lo vulnerable que podría ser si no se integra la actividad en el proyecto habitual del IES. Se vió muy necesario el contactar con el nuevo equipo docente y se pensó que unas buenas fechas para ello podrían ser en torno a noviembre. Al final se ha hecho en febrero de 2018, con excelentes resultados: implicación y gran motivación para continuar con esta actividad. Ya está fijada la fecha para la nueva reunión conjunta que marca el comienzo de un nuevo ciclo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1270 ===== ***

Nº de registro: 1270

Título
TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

Autores:
ISAC ARREDONDO MARTA, BURRO DAL ADORACION, GONZALO LOZANO FLORENCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: actividades preventivas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La salud sexual es deficitaria entre los adolescentes

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1270

1. TÍTULO

TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

0. General: Fomentar la responsabilidad y el autocuidado en las prácticas sexuales de los adolescentes que participan en la actividad

0 específicos:

1. Aportar conocimientos sobre anticoncepción y prevención de embarazos no deseados
 2. Reconocer los recursos sociosanitarios relativos al tema disponibles en la zona, así como el procedimiento de acceso
 3. Resolver las dudas planteadas por los participantes.
- § Aclarar falso mitos sobre la sexualidad

MÉTODO

Talleres sobre sexualidad en el instituto de nuestra zona de salud

INDICADORES

1. Porcentaje de alumnos satisfecho con actividad (Standard 80%)
2. Porcentaje de alumnos que han aumentado el nivel de conocimientos (Standard 80%)
3. Porcentaje de alumnos que participan en el debate (Standard 30%)

DURACIÓN

Duración: abril-septiembre
Encuesta: Abril
Adecuación actividad Abril
Actividades Mayo
Valoración resultados: junio
Exposición a EAP septiembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1609

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO GOMEZ PELIGROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIÑOSA VELA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Reunión con la Asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar.
2. Diseño y preparación del material a utilizar.
3. Solicitud al Ayuntamiento de Zaragoza de autorización para instalar la carpa en la plaza de S. Francisco.
4. Contactar con medios de comunicación (prensa, radio, tv) para la difusión de la actividad.
5. Invitación a las autoridades sanitarias a participar en este evento.
6. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y del consejo de salud de zona, participando en la actividad el día del ictus
7. Colaboración del neurólogo del HCU Lozano Blesa Dr Tejero, realizando aproximadamente 50 Ecodoppler carótideos a las personas que así lo solicitaban
8. Se dieron consejos sobre alimentación, deshabituación tabáquica y modo de vida saludable.
9. Toma de TA, cooximetrías, medición de talla y peso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Realización de las actividades programadas
2. Información y difusión a través de los medios de comunicación de dichas actividades.
3. Transmisión de información a la población de los factores de riesgo y signos de alarma, para poner en marcha el código Ictus. Aproximadamente 400 personas participaron de forma activa en el evento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se siente satisfecho del trabajo realizado con la comunidad, ya que sirve de motivación la respuesta positiva de la población ante estas actividades, implicándose activamente con los profesionales y aprendiendo unos de otros.
Esta práctica se realiza por cuarto año consecutivo incorporando en cada edición nuevas ideas y sugerencias que mejoran los resultados y debería tener una continuidad ya que fomenta la participación de la población.

7. OBSERVACIONES.

Desafortunadamente la continuidad de esta actividad está comprometida por la falta de espacio para su ubicación.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1609 ===== ***

Nº de registro: 1609

Título
PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

Autores:
ARA MARTIN GEMA, GOMEZ PELIGROS ANTONIO, SALGADO DERQUI MARISA, SANCHEZ MARTIN YOLANDA, NOGUERO FERNANDEZ CARMEN, AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, VILELLA LLOP LUCIA, RODRIGUEZ NOGUE MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1609

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

PROBLEMA

Las guías de practica clínica, las de las sociedades europeas y las del ministerio de sanidad, encuentran como situación deficitaria el desconocimiento de los síntomas del ictus y recomiendan como actividades prioritarias la información a la población

RESULTADOS ESPERADOS

Informar a la población de los síntomas de alarma del ictus y de la importancia del control de los FRCV

MÉTODO

1. Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP.
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco.
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (

INDICADORES

1. Realización de actividades programadas
2. Información por partte de los medios de comunicación de las actividades realizas
3. Transmisión de información de los factores de riesgo y signos de alarma del ictus a la población, al menos 500 personas de manera personal

DURACIÓN

1. Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP. (julio 2017)
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar ((julio 2017)
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar (julio-agosto 2017)
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco. (julio 2017)
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad (Octubre 2017)
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad (octubre 2017)
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (octubre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1609

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO GOMEZ PELIGROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA MARTIN GEMA
SALGADO DERTI MARISA
SANCHEZ TORRES YOLANDA
NOGUERO FERNANDEZ CARMEN
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
RODRIGUEZ NOGUE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las guías de practica clínica, las de las sociedades europeas y las del ministerio de sanidad, encuentran como situación deficitaria el desconocimiento de los síntomas del ictus y recomiendan como actividades prioritarias la información a la población de los síntomas de alarma del ictus y de la importancia del control de los FRCV

Las actividades que se han realizado para llevar a cabo este proyecto han sido las siguientes:

Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP. (julio 2017)
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar ((julio 2017)
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar (julio-agosto 2017)
4. Solicitar autorización al Ayuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco. (julio 2017)
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad (Octubre 2017)
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad (octubre 2017)
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (octubre 2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizaron las Actividades Programadas según el calendario previsto .En la carpa se informó a la gente que se acercaba acerca de los FRCV que tienen que ver con el Ictus, los signos de alarma que hay que tener en cuenta para poner en marcha el código ictus, Se realizaron Doppler carotídeos (acudieron neurólogos de tensiones, Peso y Talla Coximetrías, Se dieron consejos de Alimentación y estilos de vida
Se informó por parte de los medios de comunicación de las actividades realizadas
Se consiguió que acudiera el consejero de sanidad del gobierno De Aragón

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se siente satisfecho del trabajo realizado con la comunidad, ya que sirve de motivación el ver la respuesta que la población da ante estas actividades, implicándose activamente con los profesionales y aprendiendo unos de otros .
Esta actividad es la tercera vez que se realiza en el Centro y nos parece que es algo que debe de continuar y mejorar con nuevas ideas y sugerencias tanto del equipo como de la población

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1609 ===== ***

Nº de registro: 1609

Título
PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

Autores:
ARA MARTIN GEMA, GOMEZ PELIGROS ANTONIO, SALGADO DERQUI MARISA, SANCHEZ MARTIN YOLANDA, NOGUERO FERNANDEZ CARMEN, AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, VILELLA LLOP LUCIA, RODRIGUEZ NOGUE MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1609

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las guías de practica clínica, las de las sociedades europeas y las del ministerio de sanidad, encuentran como situación deficitaria el desconocimiento de los síntomas del ictus y recomiendan como actividades prioritarias la información a la población

RESULTADOS ESPERADOS

Informar a la población de los sintomas de alarma del ictus y de la importancia del control de los FRCV

MÉTODO

1. Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP.
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco.
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (

INDICADORES

1. Realización de actividades programadas
2. Información por partte de los medios de comunicación de las actividades realizas
3. Transmisión de información de los factores de riesgo y signos de alarma del ictus a la población, al menos 500 personas de manera personal

DURACIÓN

1. Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP. (julio 2017)
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar ((julio 2017)
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar (julio-agosto 2017)
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco. (julio 2017)
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad (Octubre 2017)
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad (octubre 2017)
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (octubre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0810

1. TÍTULO

VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE JAVIER GUTIERREZ BLASCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
FRAJ VALLE MARIA DEL MAR
LLORENTE GARCIA MARIA YOLANDA
GIL GREGORIO ESMERALDA
MARIÑOSA VELA CRISTINA
ARA MARTIN GEMA MARIA
SANCHEZ TORRES YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Abril del 2018 se presentó en reunión de equipo la propuesta de iniciar un proyecto de mejora cuya finalidad será ofrecer a los pacientes con déficit de vitamina B12 la alternativa de un tratamiento vía oral.

La presentación se apoyó en una sesión clínica en la que se exponía una revisión actualizada del tema, para dejar constancia de las ventajas que ofrece el tratamiento vía oral, los criterios excluyentes y las pautas de dicho tratamiento.

Se formó un grupo de trabajo para el desarrollo del proyecto y finalmente un mes después se presentó al equipo la metodología del trabajo y las instrucciones a seguir durante su duración.

Decidimos revisar en los 4 meses anteriores que pacientes habían recibido tratamiento intramuscular (optovite) por déficit de vitamina B12; se obtuvo un listado definitivo de 184 pacientes. De estos, 125 cumplían criterios para ofrecer tratamiento vía oral de una forma segura. Finalmente centramos en estos 125 pacientes el objetivo del proyecto.

El objetivo del proyecto no era en ningún momento comprobar si existían diferencias entre una u otra forma de administración, consideramos que existía suficiente bibliografía y evidencia como para cuestionar la intervención y se optó por ofrecer a los pacientes seleccionados un producto conocido y contrastado (optovite oral) con una pauta y posología avalada por numerosos estudios.

Para valorar las impresiones de los facultativos, se realizó una encuesta anónima con 5 ítems. De los 11 médicos del centro se obtuvieron 9 respuestas y los siguientes resultados:

1-Ante un déficit de B12¿ planteas al paciente la posibilidad de tratamiento oral?

Sí : 6 No 0 A veces 3

2-En el caso de aceptarlo ¿qué tratamiento sueles usar?

Optovite 8 Fórmula magistral 0 otros 1 (foli-doce)

3- En tu experiencia el tratamiento oral es....

Mejor 0 Igual 7 Peor 2

4- ¿Consideras necesario disminuir el número de tratamientos inyectados?

Si 8 No 1

5- Cuando inicias un tratamiento por déficit de B12 ¿qué opción sueles elegir?

Intramuscular 2 Oral 7

En general el resultado de la encuesta resultó satisfactorio e invitaba a pensar que la intervención podría ser positiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En enero del 2019, revisamos los 125 pacientes seleccionados, con la decepción de que sólo 5 de ellos habían pasado a tratamiento vía oral.

El resultado fue tan desalentador que nos planteamos la viabilidad del proyecto y la pertinencia o no de presentar los resultados para su evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos analizado las causas del fracaso y creemos que el grupo de trabajo debe asumir gran parte de la culpa. Quizá no hemos sido capaces de transmitir con suficiente vehemencia la importancia del tema o abordamos el proyecto con demasiada confianza.

Quizá el tratamiento oral del déficit de B12 no sea un tema relevante comparado con otros asuntos de la práctica diaria. Al comentar los resultados con algunos facultativos nos comunicaron que la población seleccionada tenía dificultades para asumir cambios, la mayoría eran pacientes mayores con tratamientos de larga duración y reticentes a pasar a medicación oral.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0810

1. TÍTULO

VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12

Pero su sensación era que tras el inicio del proyecto cada vez se prescribía más optovites orales.

Quizá si hubiéramos diseñado el estudio controlando toda la población que recibe tratamiento vía oral, no centrándonos en el intentar pasar de intramuscular a oral, hubiéramos obtenido mejores resultados y pretendemos que nos sirva como aprendizaje para plantear en otras ocasiones el proyecto de mejora desde esta perspectiva.

Nuestra intención es, tras comunicar los resultados al equipo, valorar si es pertinente repetir este mismo proyecto enfocado de este modo o si es un tema que carece de interés y dejar paso a nuevos proyectos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/810 ===== ***

Nº de registro: 0810

Título
VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12

Autores:
GUTIERREZ BLASCO JAVIER, AYALA ESTEVE MARIA DEL MAR, FRAJ VALLE MARIA DEL MAR, LLORENTE GARCIA MARIA YOLANDA, GIL GREGORIO ESMERALDA, MARIÑOSA VELA CRISTINA, ARA MARTIN GEMA MARIA, SANCHEZ TORRES YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El déficit de vitamina B 12 es diagnosticado, tratado y seguido con frecuencia en las consultas de atención primaria, observando mayor incidencia a más edad.
El tratamiento clásico de este déficit es la vitamina B12 intramuscular (Optovite®).
Sin embargo el tratamiento por vía oral es una alternativa válida y de eficacia demostrada, adecuada para la mayoría de los casos; supone un considerable ahorro económico, al reducirse el número de desplazamientos y visitas, actuaciones médicas, trabajo de enfermería y material, además de aumentar la comodidad para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar los conocimientos sobre el déficit de B12 en los profesionales que lo manejan y concienciar en la alternativa oral como tratamiento posible.
Conocer el porcentaje de pacientes tratados con preparados intramusculares
Aumentar el número de pacientes con déficit de vitamina B12 a los que se les ofrece la alternativa del tratamiento por vía oral.
Reducir el número de pacientes con déficit de B12 tratados con inyectables.
Conseguir niveles óptimos de B12 en los pacientes que reciben tratamiento vía oral.
Mejorar la satisfacción de los pacientes que reciben tratamiento por déficit de B12.
Reducir los gastos derivados del tratamiento intramuscular.

MÉTODO
Encuesta anónima entre los médicos del centro para evaluar las preferencias y los motivos por los que se decide un tipo de tratamiento ante un déficit de B12
Revisión bibliográfica actualizada del manejo del déficit de B12
Presentación en sesión clínica/formación de los resultados obtenidos en la revisión.
Presentar al equipo la propuesta del Proyecto de Mejora de la Calidad para su aprobación: "Vitamina B12 oral como alternativa al tratamiento intramuscular en déficit de B12."
Conocer el número de pacientes diagnosticados y tratados por déficit de B12 en nuestro centro de salud.
Conocer el número de inyectables administrados en nuestro centro de salud en los tres meses anteriores al inicio del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0810

1. TÍTULO

VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12

Establecer criterios para el uso de vitamina B12 oral y conocer los preparados disponibles.
Informar a los pacientes que puedan beneficiarse del tratamiento vía oral de que existe esta alternativa.
Valorar el grado de satisfacción de los pacientes con este tratamiento oral
Conocer los costes del tratamiento, material fungible y trabajo de enfermería en los inyectables.
Comprobar la adherencia al tratamiento por vía oral.
Incluir en las reuniones del equipo sesiones informativas de la evolución proyecto.

INDICADORES

Nº Pacientes a los que se ha administrado inyectables de optovite administrados los meses de enero, febrero, marzo del 2018.
Nº Pacientes a los que se ha administrado inyectables de optovite los meses de septiembre, octubre y noviembre del 2018.
Nº de pacientes a los que se les ha cambiado la via de administracion (de im a oral)
Satisfaccion de los pacientes con cambio a la via oral.
Nº de pacientes con Vitamina B12 oral que mantienen niveles optimos de vitamina b12
Nº de pacientes con Vitamina b12 im que mantienen niveles optimos de vitamina b12.

DURACIÓN

Fecha de inicio: abril 2018 Fecha finalización: diciembre de 2018

Cronograma:

Abril:

- Reunión del EAP para presentar propuesta del Proyecto
- Reunión del EAP para crear equipo de trabajo y repartir tareas
- Reunión del EAP: Sesión de formación sobre el tema

Mayo

- Reuniones del EAP/equipo de mejora: metodología de trabajo
- Reuniones del EAP/equipo de mejora: creación protocolo actuación
- Reuniones del EAP: Exposición protocolo y Puesta en marcha del protocolo

Junio:

- Recogida de datos de la situación previa al Proyecto
- Reunión del EAP: información de los datos
- Reunión del EAP: Sesión de formación sobre el tema (recuerdo).

Julio- Octubre:

- Continuación de la aplicación del protocolo

Noviembre- Diciembre:

- Recogida de datos de la situación actual a fecha 1/12/18

Diciembre: Reuniones del EAP/equipo de mejora: evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0768

1. TÍTULO

CAPACITACION CONOCIMIENTOS SOBRE EL ICTUS EN LA POBLACION DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR AYALA ESTEVEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MENENDEZ HEVIA SERGIO
GIL GREGORIO ESMERALDA
FRAJ VALLE MARIA DEL MAR
SANCHEZ TORRES PILAR YOLANDA
ARA MARTIN GEMA
REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA
USON LUCEA SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar en 2019 formado por 6 profesionales del ámbito de la atención primaria y 2 de especializada.

Los recursos necesarios fueron, sala de reuniones, ordenadores y personal de enfermería

El grupo se propuso fijar una pauta de actuaciones con prioridad a la promoción de la salud y al empoderamiento de los pacientes sobre su salud.

Se decidió desarrollar un tríptico informativo y como técnica evaluadora una encuesta pre-test y post-test, añadiendo una pregunta de calidad en el post-test.

En la primera reunión multidisciplinar se elaboró un organigrama de sesiones en las cuales se reunía el equipo con regularidad, consensuando las decisiones relativas a la organización y distribución de tareas.

En una reunión de equipo del C.Salud de fecha 03/04/2019 expusimos el trabajo que íbamos a realizar, y todos manifestaron su apoyo.

- dos miembros del equipo se encargarían de la revisión bibliografía.

- dos miembros en dos semanas se reunirían con el personal de enfermería (personal encargado de entregar tríptico y encuestas) para consensuar el sistema de distribución y resolver dudas que pudieran surgir.

- los otros componentes del equipo irían dando forma al tríptico, y encuestas pre-lectura y post-lectura.

El tríptico está compuesto por:

1. ¿Qué es un ictus?
2. Síntomas
3. Factores modificables
4. Factores contribuyentes
5. Hábitos saludables
6. Pasatiempo : pequeño crucigrama en la parte final del tríptico con 8 hábitos saludables para reforzar lo leído y que sea más ameno.

Una vez elaborado el tríptico se ha repartido de manera aleatoria por todo el centro de salud a la población que venía por diferentes motivos a consulta, tanto consultas de adultos, de pediatría y consulta de matrona. Evaluamos conocimientos con la encuesta pre y post lectura. En la encuesta post se valorará por parte de la persona encuestada si el tríptico ha sido de utilidad o no.

Analizamos todas las preguntas para conocer el nivel de asimilación de la información difundida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realiza un estudio cualitativo con 103 personas de las cuales cumplieron todas la encuesta pre -lectura y post -lectura.

103 personas de las cuales, 40 personas fueron varones y 63 mujeres, quedando en porcentajes de la siguiente manera: 39% varones y 61% mujeres.

• Con respecto a los tipos de ictus que se conocían por parte de los encuestados, siendo la respuesta correcta 2 tipos (isquémico y hemorrágico). En la encuesta post hay una mejoría muy importante tras el uso del tríptico, pasando de 43 respuestas en la encuesta pre a 90 en la encuesta posterior lo que supone un aumento de 47 personas, un 52,22% más.

• En relación a los síntomas que hay que reconocer en caso de estar sufriendo un ICTUS, siendo los correctos pérdida de fuerza/sensibilidad, dolor de cabeza intenso y dificultad para hablar, los porcentajes de mejora respecto a la encuesta pre y post quedan de la siguiente manera:

- o Pérdida de fuerza/sensibilidad: se pasa de 91 respuestas a 103, un 14,16% más.
- o Dolor de cabeza intenso: se pasa de 57 respuestas a 89, un 35,96% más
- o Dificultad para hablar: se pasa de 82 respuestas a 103, un 20,39% más.

• En relación a que número de emergencias llamar en caso de reconocer un ictus conseguimos que el 4 % de los que habrían llamado erróneamente ya sepan dónde han de llamar en caso de emergencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0768

1. TÍTULO

CAPACITACION CONOCIMIENTOS SOBRE EL ICTUS EN LA POBLACION DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

- Respecto a los factores de riesgo, se consideran correctos la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes, la hiperlipemia y el alcohol. Los porcentajes de mejora respecto a la encuesta pre y post quedan de la siguiente manera:
 - o La hipertensión arterial: hay una mejoría respecto a la encuesta pre con un aumento respectivo del 25,52%.
 - o El tabaquismo: hay una disminución en números de respuestas en la encuesta post respecto a la pre, un 10,23%.
 - o La diabetes: hay una mejoría respecto a la encuesta pre con un aumento respectivo del 35,9%.
 - o La hiperlipemia: hay una mejoría respecto a la encuesta pre con un aumento respectivo del 61,73%.
 - o El alcohol: hay una disminución en números de respuestas en la encuesta post respecto a la pre, un 12,35%.

• En relación a los factores saludables, siendo correctos la dieta equilibrada y el ejercicio regular, no hay cambio respecto a la encuesta pre y post, ya que la gran mayoría ha respondido a estos dos factores saludables.

- De las personas encuestadas un 96,11% ha contestado que le ha resultado útil el tríptico
- . Indicadores: pasar a 100 pacientes las encuestas. Indicadores: que nos rellenen las encuestas el 80 % de los pacientes. Indicadores: que al 80% de los encuestados les haya parecido útil.

Indicador: el 100% de las personas que les dimos el cuestionario lo cumplimentó.

Indicador : que nos lo contesten el 80%, lo cumplimentaron todos.

Indicador: que al 80% les haya parecido útil. Ha sido un 96,11 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro centro de salud está muy sensibilizado con el Ictus, llevamos años colaborando con la Asociación AIDA " Asociación Ictus en Aragón ".

La creación de este tríptico ha sido para seguir aumentando la sensibilidad de la población, además de su empoderamiento.

Actualmente, ya se ha incorporado el tríptico como documento informativo para los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/768 ===== ***

Nº de registro: 0768

Título
CAPACITACION CONOCIMIENTOS SOBRE EL ICTUS EN LA POBLACION DEL CENTRO SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Autores:
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, MENENDEZ HEVIA SERGIO, GIL GREGORIO ESMERALDA, SANCHEZ TORRES PILAR YOLANDA, FRAJ VALLE MARIA DEL MAR, ARA MARTIN GEMA, REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sin patología específica, población que acuda al centro de atención primaria por cualquier motivo
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Que el 80 % de los usuarios que se le ha encuestado crea que ha sido de utilidad el tríptico.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Sector II tiene una población 396.237 personas, Fernando el Católico atiende 16.880 personas. El Ictus es una de las causas más importantes de incapacidad permanente en el adulto, 2º causa de muerte en España, 1ª causa de muerte en las mujeres. Dada la prevalencia y morbilidad de la enfermedad, queremos saber qué nivel de conocimientos tiene nuestra población y ampliarlos. Con ello queremos que identifiquen los principales factores de riesgo, hábitos saludables, identificación de los síntomas y en caso sufrir un ictus donde llamar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0768

1. TÍTULO

CAPACITACION CONOCIMIENTOS SOBRE EL ICTUS EN LA POBLACION DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo: es que nuestra población diana identifique los principales factores de riesgo, hábitos saludables, identificación de los síntomas y en caso sufrir un ictus donde llamar

MÉTODO

- 1.- Reunión de equipo para unificar ideas, enfocado a la elaboración de un tríptico de educación sanitaria y encuestas a realizar.
- 2.-Revisión bibliográfica.
- 3.-Reunión de equipo para creación del tríptico y creación de las encuestas pre-lectura y post-lectura del tríptico.
- 4.- Pasar el triptico y las encuestas en un período de tiempo determinado.
- 5.- Introducir y evaluar resultados .

INDICADORES

Indicadores: pasar a 100 pacientes las encuestas.
Indicadores: que nos rellenen las encuestas el 80 % de los pacientes.
Indicadores: que al 80% de los encuestados les haya parecido útil.

DURACIÓN

Fecha inicio proyecto: principios Abril
Primera reunión equipo para unificar criterios y revisión bibliografica: Mayo
Creación de tríptico y encuestas: Junio
Pasar tríptico y encuestas a los usuarios desde Julio-Octubre
Introducir y evaluar resultados Noviembre - Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1408

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA ANAYA CASBAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL
VALGAÑON PALACIOS DAMIAN
GIL GREGORIO ESMERALDA
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.

El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrandose los esfuerzos en la reducción de su prescripción de cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP-Fernando el Católico, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrandose el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

- Abordaje de infecciones respiratorias: 21-5-2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: 1-10-2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales. En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1408

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 2 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.

Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

En cuanto a resultados:

o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 10, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 12,72).

o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación. En diciembre 2018 el valor era 6,40 siendo en diciembre 2019 de 5,60 (% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos).

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

• El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron 71,32 % y 11,76 %, respectivamente.

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 63,49 % y 6,35 %, respectivamente.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.

Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1408

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.

Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.

Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.

Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

La responsable del proyecto ha cambiado respecto a cuando se remitió en marzo del 2019 siendo la que aparece en los datos de esta memoria (M^a Teresa Anaya Casbas)

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1408 ===== ***

Nº de registro: 1408

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO

Autores:
SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL, VALGAÑON PALACIOS DAMIAN, GIL GREGORIO ESMERALDA, AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, ANAYA CASBAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Enfermedades del sistema Urinario
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
el EAP FERNANDO EL CATÓLICO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación

RESULTADOS ESPERADOS
Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación

MÉTODO
-Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones.
-Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación

INDICADORES
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 5,5 %
Objetivo 2019: =2,0%.
- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1408

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FERNANDO EL CATOLICO

% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 71,32 %
Objetivo 2019: Disminuir

- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 11,76 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo.
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1413

1. TÍTULO

PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANTONIA FERRE GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROY PEREZ MARIA JOSE
VALGAÑON PALACIOS DAMIAN
CALVO GARCIA JAVIER
MARTIN DELSO MARIA SOL
GIL GREGORIO ESMERALDA
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
PRADES PITARCH SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se efectuó una reunión de equipo para informar y formar a los miembros del equipo sobre criterios de inclusión de Paciente Crónico Complejo, su manejo y registro.
Con el envío a cada profesional de los listados de los pacientes adscritos a su cupo cada sanitario se encargó de gestionarlos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que los indicadores propuestos en el programa no se nos ha podido facilitar adjuntamos los resultados disponibles que son :

Cobertura 6,59%
Plan de intervención 55,56%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es un proyecto interesante operativo y muy resolutivo del que nuestros pacientes crónico complejos obtienen grandes beneficios .
En este año hemos intentado una mayor implicación de todos los profesionales y esperamos mantenernos en esta línea y mejorarla en el futuro
Por último nos gustaría hacer constar, el plus de dificultad que supone para los profesionales de tarde el no tener cobertura ni accesibilidad al servicio durante nuestras horas de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1413 ===== ***

Nº de registro: 1413

Título
PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Autores:
FERRE GONZALEZ ANTONIA, ROY PEREZ MARIA JOSE, MONREAL BODIU VITORINA, COBOS ANDRES MARIA DEL ROSARIO, CALVO GARCIA JOSE JAVIER, MARTIN DELSO MARISOL, GIL GREGORIO ESMERALDA, AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Programa paciente crónico complejo
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Programa paciente crónico complejo ha sido fruto de un intenso trabajo de colaboración y consenso, de casi 2 años de duración, entre diversos profesionales de distintos colectivos del ámbito de la Atención Primaria y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1413

1. TÍTULO

PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO

de la Atención Especializada, con el objetivo de un intento de garantizar la accesibilidad y continuidad asistencial, interviniendo en el proceso de la enfermedad, y dando un soporte tanto al paciente como al cuidador, para anticiparse a las situaciones de urgencia y claudicación, mejorando la calidad de vida y seguridad de los pacientes, así como disminuir las asistencias urgentes y/o ingresos hospitalarios. En Febrero de 2018, tras su presentación se inició su implementación en los equipos de atención primaria del Sector II, a partir del mes de marzo, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA). Paralelamente se han creado a nivel de Atención Especializada, 3 unidades específicas de asistencia al paciente crónico complejo, en el HUMS como referente para 15 EAP (junio 2018), HGD como referente para 3 EAP (octubre 2018) y HSJD referencia para otros 3 EAP (enero 2019). Los datos de inclusión en el Programa son los siguientes. El total de pacientes de mayor complejidad no supera el 50%, y los niveles de plan de intervención confeccionados, sobre un 20 % de los introducidos en el aplicativo

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99
Incrementar elaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC.
Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC
Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en cada EAP.

MÉTODO

Formación de los Referentes del Programa del PCC a nivel de Sector II.
Formación en los EAP del Sector II con todos los profesionales del Equipo. Establecimiento de circuitos asistenciales definidos para el PCC en cada Unidad Clínica.
Visitas de los Profesionales de las UCC a los EAP.
Evaluar y valorar la posibilidad de trasladar la experiencia favorecida por la Gerencia del Sector, iniciada en abril de 2018 en los C.S Almozara y San Pablo, de contar con un recurso de enfermería específico para coordinar el Programa de PCC, a otros Centros de la organización.

INDICADORES

% PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana. 30-35%(Diciembre 2018 16%, 426 pacientes/2898).
% Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa.65-70% (Diciembre 2018 48%, 363/757).
% PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos.35-45%.(Diciembre 2018, 30%).
% PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos. 20-25%.(Diciembre 2018, 14%).
% PCC con enfermería identificada. 80-90%.
% PCC con familiares-cuidadores identificados. 80-90%.

DURACIÓN

Formación y visitas a los Centros. Entre enero-mayo2019.
Establecimiento de circuitos asistenciales consensuados en los EAP para el PCC. Mayo-junio 2019.
Remisión mensual de evolución de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0686

1. TÍTULO

EL NIÑO COMO FUMADOR PASIVO: MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LOS PADRES FUMADORES

Fecha de entrada: 11/07/2016

2. RESPONSABLE GONZALO HERRAIZ GASTESI
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FUENTES DE EBRO
· Localidad FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TELLO MARTIN ANGELA
LALANA JOSA MARIA PILAR
OLIVAN OTAL PILAR
MONEO HERNANDEZ MARIA ISABEL
LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA
CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO
GARIN MORENO ANA LUZ
CENARRO GUERRERO MARIA TERESA
CARO REBOLLO JOSEFINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Mayo 2015: Cada profesional recopiló material y se hizo una puesta en común a través de correo electrónico con el resto de componentes del equipo de mejora.
- Junio 2015: Reunión del grupo. Distribución de tareas y valoración de material disponible para su consenso.
- Junio 2015: Se elaboró una encuesta para conocer aptitudes y actitudes de los pediatras de AP de Aragón con respecto al niño como fumador pasivo conformada por un total de 26 preguntas. El grueso de las preguntas hace referencia al abordaje del tabaquismo activo y pasivo en consulta así como al perfil del Pediatra de Atención Primaria y su posible adicción al tabaco.
- Junio-noviembre 2015: la encuesta se envió a todos los Pediatras de Atención Primaria suscritos a la lista de correo electrónico de ARaPAP (Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria). El formulario de respuesta múltiple fue remitido y cumplimentado on-line mediante la aplicación Drive de Google. El envío se realizó hasta en tres ocasiones (de junio a noviembre de 2015). Los resultados fueron recogidos y codificados en una hoja de cálculo Excell (Office) para su posterior análisis descriptivo.
- Enero-junio 2016: Análisis descriptivo de los resultados de la encuesta. Redacción de un artículo científico comentando los resultados. Aceptado en la Revista Medicina Clínica y actualmente en prensa: Herráiz Gastesi G, et al. Abordaje del tabaquismo activo y pasivo desde la consulta de Pediatría. Med Clin (Barc). 2016.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.05.013>
- Febrero-Abril 2016: Preparación del taller formativo para pediatras. Distribución de temas entre el profesorado: Isabel Nerin (Médico Neumóloga), Adriana Marqueta (Psicóloga), Pilar Samper (Médico Pediatra), Ángela Tello (Médico Pediatra) y Gonzalo Herráiz (Médico Pediatra). Recopilación de información de utilidad para pediatras y material divulgativo/herramientas para el manejo del consejo antitabaco para padres.

Objetivo principal del taller: mejorar las habilidades del pediatra en la prevención del consumo activo de tabaco en los más jóvenes y en la prevención de la exposición pasiva a través de la intervención en los padres fumadores.

Objetivos específicos del taller:

- Concienciar a los profesionales que trabajan con niños y adolescentes de que el inicio en el hábito tabáquico se produce en edades tempranas. Recordar las consecuencias de la exposición pasiva al humo de tabaco de los padres.
 - Poner de relevancia su papel clave en la prevención desde la consulta.
 - Mejorar sus habilidades en esta tarea de tal manera que se sientan más cómodos y que su intervención sea más efectiva.
 - Hacer a los profesionales conocedores de los recursos existentes para la prevención y la deshabituación del tabaquismo así como la forma de acceso a ellos.
- Mayo-junio 2016: Celebración del taller formativo presencial dirigido a pediatras de AP: "ENFOQUE MOTIVACIONAL EN EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO ACTIVO Y PASIVO DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA"(código Z2-0222/2016). Tuvo lugar los días 31 de mayo, 2 y 7 de junio en Atención Primaria (Condes de Aragón). Duración total de 6 horas y reconocido por la Comisión de Formación Continuada según nº expte. 02-0004- 04/0124-A con 0,8 créditos.
El curso constó de una primera parte teórica donde se explicaron los principios generales de las técnicas motivacionales y se dieron a conocer la técnica y los principios básicos. Se aportó información acerca de su utilidad en el ámbito clínico y sobre la evidencia disponible de su eficacia en problemas de práctica clínica habitual, especialmente en el tratamiento del tabaquismo. La parte práctica constó de ejercicios de role-playing en los que se utilizó el enfoque motivacional en el tratamiento del tabaquismo y se incorporaron las diferentes estrategias motivacionales explicadas en la parte teórica. Se centró en desarrollar las habilidades pertinentes utilizadas en el enfoque motivacional para fomentar el cambio de conducta en el paciente fumador. A lo largo del curso se intercaló parte teórica con aplicación práctica a través de ejercicios prácticos con el objetivo de dinamizar el grupo y facilitar la interacción entre los alumnos, y entre alumnos y docentes.

Se entregó vía mail la información recopilada de utilidad para pediatras y material divulgativo para padres sobre el problema del niño como fumador activo y pasivo. Al final del curso los alumnos cumplieron una encuesta de satisfacción así como un test sobre los conocimientos adquiridos después del desarrollo del taller.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0686

1. TÍTULO

EL NIÑO COMO FUMADOR PASIVO: MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LOS PADRES FUMADORES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A) ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PEDIATRAS

Medida de indicadores de los definidos en el proyecto que faciliten su evaluación: El número pediatras que han contestado a la encuesta on-line/ total pediatras lista de correo= 56/250

- Resultados de la encuesta (estudio descriptivo):

El 78,6% de los encuestados fueron mujeres. La edad media de la muestra fue de 47,1 años, oscilando desde los 28 hasta los 63 años de edad. El 57,1% eran exfumadores, habiéndolo dejado hace más de 10 años el 56.2 %. Eran fumadores en la actualidad el 5,4%. Consideran que el consejo antitabaco dirigido a los niños y sus cuidadores es útil el 87,5% de los encuestados. El 69,6% se consideran capacitados para abordar este tema y lo hacen de manera habitual el 53,6%. Interrogan habitualmente por el ambiente de tabaco en el entorno del niño y recomiendan que no se fume en su presencia, sin hacer distinción, el 75%. Consideran que solo es preciso hacerlo en los grupos de riesgo (prematuros, asmáticos...) el 5,4%. Como rutina, se preocupan por el tabaquismo (activo/ pasivo) durante la gestación el 48,2%. Informan de manera habitual sobre los riesgos que corren los niños con respecto a las patologías más frecuentes el 51,8%. A los cuidadores que fuman, les ofrecen ayuda o motivan para dejarlo el 42,9% solo de manera ocasional. Consideran que el consejo antitabaco en el paciente pediátrico debe hacerse antes de los 14 años el 26.8% ; y exclusivamente en la revisión de los 14 años, justo antes del paso al médico de adultos, el 44,6%. El 48.2% considera que se ha de individualizar el consejo según edad, sexo, entorno social, ambiente de tabaquismo familiar y patología de base. A la hora de enfocar el consejo, el 69.6% advierte sobre las consecuencias a corto y largo plazo y el 19.6% se limita a preguntar y desaconsejar. En cuanto a la remisión de pacientes a Unidades de Tabaquismo, el 35.7% desconoce su existencia, y solo los derivan si la familia o el paciente lo solicitan, el 41.1%. Finalmente, hasta un 89,3% reconoce que sería conveniente recibir formación para desempeñar mejor esta labor. Debido al limitado tamaño muestral, el análisis de los datos no permitió conocer si influyen en el manejo del consejo antitabaco variables tales como sexo, edad o años de trabajo entre los diferentes pediatras de atención primaria. Tampoco pudo analizarse si influye en el consejo anti tabáquico a padres el propio hábito tabáquico del pediatra.

B) TALLER FORMATIVO PARA PEDIATRAS

Medida de indicadores de los definidos en el proyecto que faciliten su evaluación: N° pediatras que acuden al taller formativo/total pediatras lista de correo= 11/250.

Los asistentes y los ponentes se mostraron muy satisfechos con el desarrollo del taller.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El escaso número de respuestas obtenidas en la encuesta y la limitada participación en el taller reflejan que el abordaje del tabaquismo no resulta muy atractivo para el pediatra. Aunque un buen porcentaje muestra preocupación por el tema en su consulta diaria, no es suficiente. La falta de tiempo, de habilidad y de organización pueden ser los obstáculos que encuentre el pediatra a la hora de realizar actividades preventivas relacionadas con el tabaco. Es crucial concienciar a los pediatras de Atención Primaria de la importancia de su papel en el manejo del tabaquismo y proponemos medidas de mejora como el impulso de más talleres de formación para que, sintiéndose mejor preparados, aumente la práctica de estas actividades preventivas y ascienda la tasa de éxito.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/686 ===== ***

Nº de Registro: 0686

Título

EL NIÑO COMO FUMADOR PASIVO: MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LOS PADRES FUMADORES

Autores:

HERRAIZ GASTESI GONZALO, TELLO MARTIN ANGELA, LALANA JOSA MARIA PILAR, OLIVAN OTAL MARIA PILAR, MONEO HERNANDEZ MARIA ISABEL, LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA, CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO, GARIN MORENO ANA LUZ, CARO REBOLLO JOSEFINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

PROBLEMA

Los pediatras nos encontramos en una posición privilegiada para intervenir en las primeras etapas del consumo y de la exposición al humo de tabaco que puede afectar al niño desde el comienzo de la concepción. Nos encontramos en una posición única de prevenir e intervenir en el consumo del tabaco al contar con la ventaja de establecer una relación prolongada con las familias.

Por este motivo se hace cada día más importante la inclusión de la relación con el tabaco en la historia clínica y fomentar, desde la consulta pediátrica, al hogar como un espacio libre de humo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0686

1. TÍTULO

EL NIÑO COMO FUMADOR PASIVO: MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LOS PADRES FUMADORES

Podemos decir que son muchos los niños que fuman con cierta regularidad al respirar el humo de los cigarrillos de sus padres. Varios estudios evidenciaron concentraciones perceptibles de cotinina en saliva y orina de lactantes expuestos en el hogar al humo de tabaco. De todos los sistemas afectados, las vías respiratorias son las más perjudicadas.

Es menester insistir en la relación del humo de tabaco ambiental (en la casa, en el automóvil) y la salud del niño. Es necesario concienciar a los padres sobre las consecuencias que tiene el tabaquismo paterno o materno en la salud de sus hijos, los peligros resultantes de la exposición al humo de tabaco ambiental y el aumento de la probabilidad de que se inicie el tabaquismo entre los hijos de fumadores.

Y todo esto puede llevarse a cabo desde las consultas de pediatría.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer si los pediatras abordan de forma adecuada los consejos antitabaco con el fin de evitar que el niño se convierta en fumador pasivo.
- Conocer si influyen en el manejo del consejo antitabaco variables tales como sexo, edad o años de trabajo entre los diferentes pediatras de atención primaria.
- Conocer si influye en el consejo anti tabáquico a padres el propio hábito tabáquico del pediatra.
- Mejorar los conocimientos previos entre pediatras para el consejo antitabaco y aportar herramientas útiles para su utilización en las consultas.

MÉTODO

- Elaboración de encuesta para conocer aptitudes y actitudes de los pediatras de AP de Aragón con respecto al niño como fumador pasivo.
- Envío de encuesta para cumplimentar on-line a todos los pediatras de AP que pertenecen a la lista de correo de la Asociación de pediatras de Aragón de AP.
- Recopilación de información de utilidad para pediatras y material divulgativo para padres sobre el problema del niño como fumador pasivo.
- Taller divulgativo y presencial dirigido a todos los pediatras de AP de Aragón para abordar el problema del niño como fumador pasivo.

INDICADORES

Nº pediatras que contestan a la encuesta on-line/ total pediatras lista de correo

Nº pediatras que acuden al taller formativo/total pediatras lista de correo

DURACIÓN

Mayo 2015: Cada profesional recopila material y puesta en común a través de correo electrónico con el resto de componentes del equipo de mejora.

Junio 2015: Reunión del grupo. Distribución de tareas y valoración de material disponible para su consenso.

Septiembre 2015: Envío encuesta on line a través lista de correo pediatras de AP de Aragon. 2º envío a los 15 días.

Octubre 2015: Valoración de resultados encuesta on line.

Enero 2016: Preparación del taller. Distribución de temas. Herramientas útiles en consulta y manejo del consejo antitabaco para padres.

Marzo 2016. Taller formativo presencial dirigido a pediatras de AP.

OBSERVACIONES

El Equipo está formado por profesionales de distintos Sectores de SALUD

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0332

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DEL ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION EN EL CS DE FUENTES DE EBRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARGARITA MARTINEZ MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FUENTES DE EBRO
· Localidad FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAHULEA LILIANA
LOU ARNAL TERESA
SUMELZO LISO ANA CRISTINA
LOPEZ AYLON ROSA
DOMINGUEZ ESCARTIN ANA
SABATER PARALLUELO CONCEPCION
CARVAJAL HERRANZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DURANTE EL AÑO 2017 POR CIRCUNSTANCIAS AJENAS AL EQUIPO, SE GENERA UNA DESMOTIVACIÓN Y PÉRDIDA DE INTERES QUE NO PERMITE LLEVAR A CABO EL COMPROMISO CON EL PROYECTO.
EN FEBRERO 2018 CON MEJOR INICIATIVA Y PREDISPOSICIÓN SOLICITAMOS A TRAVES DE ANA ESCARTIN A DIRECCIÓN DE PRIMARIA EL PROCEDIMIENTO ISSO 9001 DE FARMACIA Y DE ESTERILIZACIÓN.
ACTUALIZACIÓN DE LA A FORMACION, OFRECIDA MEDIANTE CURSOS DEL SECTOR, EN ESTERILIZACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA MISMA RAQUEL CARVAJAL.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE CREA UNA HOJA DE LISTADO DE INCIDENCIAS, DE LA SE RESPONSABILIZARÁ RAQUEL CARVAJAL, EN LA SE ANOTARÁ LA INCIDENCIA, LA FECHA, LA PERSONA DECLARANTE, Y LA SOLUCIÓN EFECTUADA SI HA SIDO POSIBLE.
DE ESTA HOJA PODREMOS VALORAR EL Nº DE INCIDENCIAS POR MES Y EL PORCENTAJE DE LAS MISMAS NO SOLUCIONADAS.
CON ELLO CONTROLAREMOS MEJOR EL STOCK DEL ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS.
SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN SEGUN NORMA ISSO 9001

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DURANTE ESTE AÑO INTENTAR QUE TODO EL EQUIPO AUN CON FALTA DE TIEMPO Y CON LA PRESION AISTENCIAL, COLABORE EN EL CONTROL DE LAS INCIDENCIAS QUE NOS REPORTARÁ LA INFORMACION NECESARIA PARA CONTROLAR MEJOR EL STOCK DEL CENTRO Y EVITAR LAS ROTURAS DEL MISMO .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/332 ===== ***

Nº de registro: 0332

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL CS FUENTES DE EBRO

Autores:
MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA, MAHULEA MAHULEA LILIANA, LOU ARNAL TERESA, SUMELZO LISO ANA CRISTINA, LOPEZ AYLON ROSA, DOMINGUEZ ESCARTIN ANA, SABATER PARALLUELO CONCEPCION, CARVAJAL HERRANZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: mejora en el procedimeinto de gestion recusus de almacen y material de urgencias
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0332

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DEL ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION EN EL CS DE FUENTES DE EBRO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS

Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO

Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Raquel Carvajal Herrán aux. clínica, Urgencias: Ana Cristina Sumelzo Liso Médico
Esterilización: Raquel Carvajal Herrán aux. clínica

INDICADORES

Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- N° de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

Distribución de proyectos; Enero-17
Nombramiento de responsables; Enero-17
Puesta en marcha procedimiento; Febrero-17
Formación; Primer semestre -17
Seguimiento de actividad, controles trimestrales; Abril, Junio, Septiembre, Diciembre-17
Indicadores y conclusiones finales: Diciembre-17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0630

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES CON MEDICACIONE INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE LILIANA MAHULEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FUENTES DE EBRO
· Localidad FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO
VENTURA SCIAME JOSE ANTONIO
SUMELZO LISO ANA CRISTINA
LOPEZ AYLON ROSA
LOU ARNAL TERESA
MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1. Se han realizado los maletines de Urgencias - Respiratorio, Cardiológico y Traumatología.
5.2. Se ha realizado el cuaderno de registro de los maletines (utilización de material y solución de incidencias).
5.3. Se han realizado tres reuniones presenciales del equipo de Calidad para acordar el contenido de los maletines y concretar las situaciones que implican la utilización de los mismos.
5.4. Se han presentado a los equipos de guardia los maletines, con utilización optima por parte de la mayoría de los compañeros.
5.5. Se ha hablado con un arquitecto sobre la posibilidad de aumentar la sala de Urgencias, quedando más espacio para desarrollar el trabajo. El mobiliario queda pendiente de los cambios arquitectónicos que se van a hacer. De momento, hemos solicitado una camilla nueva, más fácil de manejar, y hemos vuelto a solicitar un desfibrilador para el maletín de Circulatorio.
5.6. En el tema de Formación continuada, se han realizado sesiones clínicas dirigidas a Urgencias, dentro de la planificación disponible, con los siguientes temas:
"Atención a dos IAM en AP. Código infarto",
"EPOC. Clasificación y dispositivos de inhalación",
"Código ictus",
"Urgencias en Cardiología. Reanimación cardio-pulmonar",
"Uso de fármacos vía subcutánea en cuidados paliativos".
También se ha realizado por parte de todos los miembros del Equipo el Curso de SVB del Portal del empleado (código Z2-0800/2017), con el objetivo de promover la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes propios del soporte vital básico instrumentalizado en el adulto y uso correcto de desfibriladores automáticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6.1. El primer resultado alcanzado es la realización de los maletines. Han llegado al Centro de Salud dos de los tres solicitados, pero hemos solucionado el problema improvisando con otro maletín que conseguimos.
6.2. El segundo resultado es la realización del cuaderno de registro. A partir del mes de marzo de año 2018 se comenzará a registrar.
6.3. Se han dado las sesiones clínicas programadas. Este año seguiremos con las actualizaciones en temas de Urgencias.
6.4. Se ha visto una disminución de la demora en la atención a urgencia y mayor confort a la hora de trabajar manifestado por los compañeros que realizan guardias. Queda pendiente definir métodos objetivos para medir el grado de satisfacción de los trabajadores y de los usuarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante éste año tenemos la intención de seguir trabajando en la línea iniciada, programar más reuniones de Equipo o aprovechar las existentes para comunicar los cambios e implementarlos.
Daremos especial énfasis en la modificación del cuarto de Urgencias (ampliar superficie, cambiar el mobiliario). Seguiremos con las sesiones clínicas, dentro del Organigrama de Sesiones del centro.
Consideramos que éste proyecto nos ha motivado para reunirnos, ponernos de acuerdo, empezar a mejorar la organización de la atención a la Urgencia en nuestro Centro de Salud, aumentando de ésta manera la satisfacción general de los compañeros y estimulando las ganas de seguir mejorando.

El proyecto se puede extrapolar a todos los Centros de Salud con Atención Continuada, ya que mejora los tiempos de respuesta a las urgencias que pueden surgir tanto dentro como fuera del Centro y, como consecuencia, la comodidad y seguridad de los compañeros a la hora de trabajar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/630 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0630

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES CON MEDICACION E INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS

Nº de registro: 0630

Título
OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE; LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES CON MEDICACION E INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS

Autores:
MAHULEA MAHULEA LILIANA, DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO, VENTURA SCIAME JOSE ANTONIO, SUMELZO LISO ANA CRISTINA, LOPEZ AYLON ROSA, LOU ARNAL TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: atencion a la urgencia
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El procedimiento de atención a la urgencia del centro requiere contar con una actualización continua de los profesionales en las técnicas diagnóstico- terapéuticas, así como con una infraestructura de espacio y distribución de la sala que se adapte a las necesidades del acto médico-paciente, gestión y control del material e instrumental del botiquín y carro de paradas. La atención a la urgencia fuera del centro, requiere además, de la organización y distribución del material y medicación en maletines, registro y control de caducidades, reposición de medicación e instrumental. Todo ello permitirá optimizar los recursos, garantizar mayor seguridad al profesional y mejor atención al paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundará en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de las necesidades reales de la unidad, evitando falta de recursos necesarios.
La gestión y control del material y medicación para la atención a la urgencia tanto dentro como fuera del centro generará en una mayor satisfacción del profesional y del paciente.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Poner en conocimiento del personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 sobre Gestión de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletines de urgencias. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros para su control: control de caducidades y de reposición. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Carro paradas, botiquín: Rosa López Aylón (Médico EAP)
Maletines de Urgencias: Rosa López Aylón (Médico EAP)

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
-% de incidencias no solucionadas o demoradas
-% de miembros del equipo con formación
-Nº de derivaciones hospitalarias/nº total de pacientes atendidos

DURACIÓN
Nombramiento del responsable ; Enero-17
Puesta en marcha del procedimiento Febrero-17
Formación; trimestral
Seguimiento de la actividad ; controles mensuales
Evaluación indicadores y conclusiones: Dic-17

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0630

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETINES CON MEDICACIONE INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0814

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE CARLOS BOLEA GORBEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FUENTES DE EBRO
· Localidad FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUMELZO LISSO ANA CRISTINA
MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:

1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Carlos Bolea Gorbea como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.

2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA "De la teoría a la acción: un paso adelante" celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas las políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.

3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.

En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.

Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.

Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.

En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de "Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP".

Esta información se difundió al equipo

La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:

Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.

Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada "Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón"

Carlos Bolea Gorbea impartió la segunda sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 05/02/2019 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP y una primera el 18 de diciembre 2018 con material de la primera sesión y manejo de patología respiratoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:

Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0814

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

antibióticos.

Esa persona es Carlos Bolea Gorbea, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II

Resultado 2018: SI

El día 5 de febrero de 2019 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 80% del equipo.

Resultado 2018: 80%

Se han realizado dos sesiones relacionadas con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.

Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón

Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.

De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre.

El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.

En Fuentes de Ebro el indicador seleccionado fue:

- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100

Valor 2017: 24,4%

Objetivo 2018: <22%

Resultado 2018: 19,2%

Este resultado muestra un descenso 2,8 puntos por debajo del objetivo marcado, lo que es resultado del trabajo de todo el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, con lo cual consideramos finalizado este proyecto.

La disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos permitirá plantear un nuevo proyecto en el año 2019.

7. OBSERVACIONES.

Limitaciones:

Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas. Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/814 ===== ***

Nº de registro: 0814

Título
INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
BOLEA GORBEA CARLOS, MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA, SUMELZO LISO ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0814

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.

A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).

Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.

Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP FUENTES DE EBRO se considera una oportunidad de mejora revisar la prescripción de macrólidos respecto al total, ya que en los últimos tres años se ha observado un aumento del uso relativo de este subgrupo terapéutico.

RESULTADOS ESPERADOS

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.

Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.

Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO

1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.

2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.

3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA

4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico

5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES

Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)

Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico

Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100

Valor 2017: 24,4%

Objetivo 2018: <22%

DURACIÓN

-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP

-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica

-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA

-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico

-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1230

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JESUS ZUMETA FUSTERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FUENTES DE EBRO
· Localidad FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADELL PORTOLES PILAR
SANZ SEBASTIAN MARIA DEL CARMEN
TURLAN MARTINEZ ANA
BLASCO CELMA ALBA
DIAZ GUERRERO CARMEN
SANCHEZ GRASA MARIA PILAR
PUYO CUELLA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ASISTENCIA A CHARLAS DE FORMACION EN ZARAGOZA
SESIONES CLINICAS DE CONCIENCIACIÓN DE LOS PROFESIONALES
SE HAN EMPLEADO LOS POWER POINTS DE LAS SESIONES FORMATIVAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL RESULTADO ALCANZADO EN GLOBAL HA ESTADO POR ENCIMA DE LA MEDIA EN ARAGON AUNQUE CON AVANCES POCO SIGNIFICATIVOS SOBRE LOS ESTÁNDARES MARCADOS
SE HA UTILIZADO DOS DE LOS INDICADORES: % DE PACIENTES DE LA POBLACIÓN DIANA (GMA >= 97) QUE SE HAN INCLUIDO EN PROGRAMA Y CON RESULTADO DE 18,06% Y PLAN DE INTERVENCIÓN CON RESULTADO DE 56,10%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
VEMOS QUE ES NECESARIO MANTENER EL PROYECTO PARA PODER LLEGAR Y DESPUÉS MANTENERSE EN ESTÁNDARES QUE ESTÉN PRÓXIMOS AL 100% CON EL OBJETIVO DE MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE ESTOS PACIENTES Y SU SEGURIDAD

7. OBSERVACIONES.
CREEMOS QUE ES NECESARIO CONSEGUIR UN GRADO MÁS ALTO DE MOTIVACIÓN PROFESIONAL

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1230 ===== ***

Nº de registro: 1230

Título
ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
ZUMETA FUSTERO JESUS, ADELL PORTOLES PILAR, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, TURLAN MARTINEZ ANA CRISTINA, BLASCO CELMA ALBA, DIAZ GUERRERO CARMEN, SANCHEZ GRASA MARIA PILAR, PUYO CUELLA JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que suponga criterio de inclusión.
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una de las Estrategias de mayor calado en la actual legislatura ha sido la del Abordaje de la Cronicidad, sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo. El mencionado Programa ha sido fruto de un intenso trabajo de colaboración y consenso, de casi 2 años de duración, entre diversos profesionales de distintos colectivos del ámbito de la Atención Primaria y de la Atención Especializada, con el objetivo de un intento de garantizar la accesibilidad y continuidad asistencial, interviniendo en el proceso de la enfermedad, y dando un soporte tanto al paciente como al cuidador, para anticiparse a las situaciones de urgencia y claudicación, mejorando la calidad de vida y seguridad de los pacientes, así como disminuir las asistencias urgentes y/o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1230

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

ingresos hospitalarios. En Febrero de 2018, se hizo la presentación institucional del Programa, comenzándose su implementación en los equipos de atención primaria del Sector II, a partir del mes de marzo, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA).

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99 Incrementar elaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC.
Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC
Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en cada EAP.

MÉTODO

Formación de los Referentes del Programa del PCC a nivel de Sector II.
Formación en los EAP del Sector II con todos los profesionales del Equipo. Establecimiento de circuitos asistenciales definidos para el PCC en cada Unidad Clínica.
Visitas de los Profesionales del las UCC a los EAP. Evaluar y valorar la posibilidad de trasladar la experiencia favorecida por la Gerencia del Sector, iniciada en abril de 2018 en los C.S Almozara y San Pablo, de contar con un recurso de enfermería específico para coordinar el Programa de PCC, a otros Centros de la organización.
Se plantea como primera opción, por sus características, el C.S. Sagasta, con los equipos de Ruiseñores y Miraflores.
Feed-back asistencial semanal de actividad realizada en cada Unidad PCC.

INDICADORES

% PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana. 30-35% (Diciembre 2018 16%, 426 pacientes/2898).
% Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa. 65-70% (Diciembre 2018 48%, 363/757).
% PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos.35-45%. (Diciembre 2018, 30%).
% PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos. 20-25%. (Diciembre 2018, 14%).
% PCC con enfermería identificada. 80-90%.
% PCC con familiares-cuidadores identificados. 80-90%. DURACIÓN Y

DURACIÓN

CALENDARIO PREVISTOS

Formación y visitas a los Centros. Entre enero-mayo 2019.
Establecimiento de circuitos asistenciales consensuados en los EAP para el PCC. Mayo-junio 2019.
Remisión mensual de evolución de indicadores

OBSERVACIONES

Las reuniones las convocará el Responsable del Proyecto y en su defecto el 2º Componente o 3º, consecutivamente. Deberá asistir al menos el 50% de los componentes a cada reunión.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1232

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA SUMELZO LISO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FUENTES DE EBRO
· Localidad FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ ESCARTIN ANA
CASTELLANO IRALDE SUSANA
SABATER PARALLUELO CONCEPCION
PEÑA GASCON MARIA JOSE
BENIABDELLAH UMayMA
ADELL PORTOLES PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer trimestre se realizó una reunión con fecha 12 febrero 2019, con la asistencia de 6 miembros del equipo de mejora, donde se planificó la estrategia a seguir en cuanto a la actuación de los profesionales integrados en el grupo y su posterior difusión al resto del EAP. Incidiendo en la solicitud de microalbuminuria y su posterior registro, revisión periódica por cada uno de los profesionales del Cuadro de Mandos de Diabetes fomentando al autoevaluación, y la exploración del pie diabético con monofilamento y diapason en nuestro caso. La siguiente reunión fue el 11 junio 2019, donde se revisó el Cuadro de Mandos y se volvió a insistir en la valoración del pie diabético y de riesgo. La última reunión fue el 17 diciembre 2019, con la asistencia de 5 componentes y en la que se volvió a revisar el Cuadro de Mandos y se recogieron los datos finales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1 : % pacientes diabéticos en los que consta al menos una determinación de microalbuminuria en el último año. Estandar, incremento de un 10% en el sector respecto a datos diciembre 2018, superior al 50 %. Sector II, diciembre 2018 41 %, diciembre 2019 53 %. C.S. Fuentes de Ebro, diciembre 2018 46 %, diciembre 2019 52%.
INDICADOR 2 : % pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de exploración de pie diabético en el último año. Estandar, incremento de un 10% en el sector respecto a datos diciembre 2018, superior al 48%. Sector II, diciembre 2018 16 %, diciembre 2019 25 %. C.S. Fuentes de Ebro, diciembre 2018 12 %, diciembre 2019 20 %.
INDICADOR 3 : % pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de riesgo de pie diabético en el último año. Estandar, incremento de un 10 % en el sector con respecto a datos diciembre 2018, superior al 25 %. Sector II diciembre 2018 16%, diciembre 2019 25 %, C.S. Fuentes de Ebro diciembre 2018 12 %, diciembre 2019 20 %.
Todos los datos obtenidos se han recogido del Cuadro de Mandos de Diabetes, con monitorización en febrero, junio y diciembre 2019, coincidiendo con las reuniones del equipo de mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con los datos registrados podemos llegar a las siguientes conclusiones :

INDICADOR 1, Sector II 53%, C.S. Fuentes de Ebro 52 %. Estandar superior al 50 %. en ambos se ha conseguido.

INDICADOR 2, Sector II 25 %, C.S. Fuentes de Ebro 20 %. Estandar superior 48%. No se ha conseguido en ninguno de los dos.

INDICADOR 3, Sector II 25 %, C.S. Fuentes de Ebro 20 %. Estandar superior 25 %. El sector ha alcanzado no así el C.S.

Dado que exceptuando el registro de microalbuminuria, y aún así es mejorable, no hemos alcanzado los objetivos propuestos, se plantea la continuidad del proyecto, incidiendo en la necesidad de concienciar al EAP de la solicitud correcta y registro de microalbuminuria, aumentando así la cobertura actual. Lo mismo respecto a la exploración y evaluación de riesgo de pie diabético, pudiendo detectar lesiones de forma más precoz, evitando mayores consecuencias, así como adiestrar y educar al paciente diabético en su propio cuidado y vigilar la aparición de lesiones .

Se propone aumentar el número de sesiones formativas, respecto a la exploración y el registro correcto, fomentando la revisión periódica por parte de los profesionales del Cuadro de Mandos de Diabetes como método de autoevaluación y de esta forma poder incidir en los puntos que precisen más atención por nuestra parte.

7. OBSERVACIONES.

En el momento actual la profesional Concepción Sabater Paralluelo se ha trasladado a otro Centro de Salud y dejará de formar parte de este grupo de mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1232 ===== ***

Nº de registro: 1232

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1232

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Título

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:

SUMELZO LISO ANA CRISTINA, DOMINGUEZ ESCARTIN ANA, BOLEA GORBEA CARLOS, CASTELLANO SUSANA, SABATER PARALLUELO CONCEPCION, PEÑA GASCON MARIA JOSE, BENIABDELLAH UMayMA, ADELL PORTOLES PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde la creación y desarrollo del cuadro de mando de diabetes, que permite el seguimiento de los principales indicadores ligados a esta estrategia, en el Sector Zaragoza 2 venimos observando problemas de registro mantenidos en el tiempo, centrados fundamentalmente en dos de ellos, como a continuación se expone:

- La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de diabetes, tiene una cobertura sensiblemente inferior (alrededor del 20% menos) al resto de parámetros recogidos en dicho perfil, (por ejemplo, GFR, LDL o HBA1C en el año 2018), alcanzando una cobertura del 39,37%, (por debajo de la media del SALUD), lo que puede tener evidentes repercusiones en mortalidad cardiovascular.

Históricamente este indicador ha tenido como valor máximo en este Sector el 43%, que data de 2014.

- La exploración y evaluación del riesgo del pie diabético, apenas llega al 10% (9,65 en diciembre de 2018, cuando hace 2 años llegó hasta un 26,63%), y la valoración del pie diabético, está en un 38,74%, lo que puede tener consecuencias en un aumento de complicaciones de los pacientes afectados, con incremento de la tasa de amputaciones, y comprometiendo la iniciativa de la puesta en marcha de las consultas de la Unidad de Pie diabético, si no se consigue la implicación de los profesionales de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar la cobertura de SOLICITUD Y REGISTRO de microalbuminuria.
Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético.

MÉTODO

Se ha realizado un análisis modal de fallos y errores para cada uno de los indicadores a partir del cual se plantean las siguientes actividades:

- Creación de un GRUPO de proceso del Sector II, con líderes reconocidos, con la finalidad de análisis y realización de formación específica en los centros de salud del Sector II.
- Valoración de la necesidad de rediseño del volante de perfil de diabetes para que consten explícitamente los contenidos a mejorar en su impresión.
- Valoración del rediseño del circuito de extracciones para asegurar la verificación de la presentación de la muestra de orina solicitada.
- Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación.
- Formación en Pie diabético: Por qué debe explorarse y cómo se explora.
- Asegurar la infraestructura básica para la exploración del pie diabético: disponibilidad de monofilamentos, plan plurianual de renovación de doppler.

INDICADORES

% de pacientes diabéticos en los que consta al menos determinación de microalbuminuria en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre 2018, Superior al 50%.

% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de exploración de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre de 2018. Superior al 48%.

% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de riesgo de pie diabético en el último año.

Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre de 2018. 25%.

Monitorización de los indicadores en el Sector y centros con periodicidad cuatrimestral (Enero, Mayo, Septiembre 2019), y reunión del equipo de proceso para su valoración.

DURACIÓN

- Enero/Febrero 2019. Constitución del grupo de proceso
- Enero 2019. AMFE (ya realizado)
- Febrero-Mayo: Valoración rediseño de volante, circuitos y formación a los centros implicados. Fomentar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1232

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

acceso y autoevaluación por parte de los EAP a los indicadores de la Estrategia, a través del Cuadro de Mandos de Diabetes.

- La renovación de doppler/monofilamento, en dependencia del plan de necesidades

OBSERVACIONES

Las reuniones las convocará el responsable del Proyecto y en su defecto el 2º componente o 3º, consecutivamente. Deberá asistir al menos el 50% de los componentes a cada reunión.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1301

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP FUENTES EBRO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS BOLEA GORBEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FUENTES DE EBRO
· Localidad FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUMELZO LISO ANA CRISTINA
NAVARRA VICENTE BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha 5 FEBRERO 2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha mejorado en general la prescripción de DHD de antibioticos de amplio espectro en Fuentes de Ebro con respecto a las DHD que se prescribían en el año 2018(39.7%). Las quinolonas se han reducido en un 11.30%. La prescripción de cefalosporinas de tercera generación, objeto del presente programa se ha mantenido practicamente constante pese a la formación especifica que se ha impartido. Analizando los datos por episodios donde se han prescrito este grupo de antibioticos y comprobando el pequeño porcentaje que representa dicho grupo de antibióticos con respecto al total de antibioticos prescritos, se ha constatado que han sido prescritos en unas circunstancias particulares y poco modificables (prescripción inducida) y por personal ajeno al actual equipo de atención primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Solo si se prioriza la prescripción racional de antibióticos se pueden lograr los resultados que estamos alcanzado un año tras otro. Son pequeños resultados pero significativos que se veían imposibles hace años debido a la tendencia creciente de los profesionales a la prescripción y a la demanda de antibióticos de la población. Se está incidiendo con sesiones clínicas documentadas y seguimientos de diversos indicadores de cantidad y calidad de DHD que nos hacen ser mas optimistas de lo que eramos.

Nos ayudan diversas campañas a nivel nacional y comunitario y el apoyo del programa constante del proyecto PROA, aunque reconocemos que todavía tenemos un gran camino por recorrer

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1301 ===== ***

Nº de registro: 1301

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP FUENTES DE EBRO

Autores:
BOLEA GORBEA CARLOS, SUMELZO LISO ANA CRISTINA, NAVARRA VICENTE BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1301

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP FUENTES EBRO

Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. En España las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

El uso excesivo e inapropiado de ATB es la causa principal. España es uno de los países con un mayor consumo (DHD receta oficial 16,17) y con altas tasas de resistencias. Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11.

La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) aparecen categorizados de supervisados y que debería limitarse y controlarse su uso

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP FUENTES DE EBRO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,4 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.

Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.

2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.

3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica

4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico

Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100

Valor 2018: 3,4 %

Objetivo 2019: =2,0%

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias

Valor 2018: 58,22 %

Objetivo 2019: Disminuir

% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias

Valor 2018: 26,71 %

Objetivo 2019: Disminuir

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1301

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP FUENTES EBRO

DURACIÓN

Marzo-septiembre: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.

-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo

-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1045

1. TÍTULO

FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PARA MAESTROS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ NAVARRA VICENTE
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS FUENTES DE EBRO
· Localidad FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAFUENTE HIDALGO MIGUEL
ARNAL RUBIO EVA
SUMELZO LISO ANA CRISTINA
CASTELLANO IRALDE SUSANA
BARBA GUZMAN MARIA
ARMANGUE SANZ SILVIA
TURLAN MARTINEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer trimestre de 2019 se contactó con todos los colegios de la zona de salud de Fuentes de Ebro, queriendo tomar parte en el proyecto todos los colegios públicos.

Se propuso la realización de la formación en dos sesiones de una hora y media; la primera más teórica, con apoyo de imágenes y vídeos y mostrando material de uso habitual en primeros auxilios en la escuela y la segunda eminentemente práctica, mediante uso de muñecos y material de desfibrilador.

Durante el segundo trimestre de 2019 se realizaron las sesiones en el colegio de Quinto (29 de mayo y 12 de junio) y El Burgo de Ebro (17 de mayo y 31 de mayo). La sesión en el colegio de Gelsa, a petición del centro, se realizó en una sola sesión el día 9 de mayo.

Durante el último trimestre de 2019 se realizaron las sesiones en el colegio público de Fuentes de Ebro (13 de noviembre y 4 de diciembre) y en el de Pina de Ebro (17 de septiembre y 9 de octubre).

Al finalizar las sesiones se entregó encuesta de satisfacción para su cumplimentación y se proporcionó el material audiovisual para la escuela.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se habían diseñado dos indicadores

Indicador 1: realización de al menos una intervención con cada centro escolar que participe en el proyecto.
Estandar: se fijará un estandar mínimo como intervención de al menos una sesión de 2,5 horas o 2 sesiones de 1,25.
Se ha cumplido el objetivo, con la realización en 4 de los 5 centros de 2 sesiones de 1,5 horas y un centro una sesión de 2 horas y media a petición del profesorado
Fuente de datos: registro de actividades formativas.

Indicador 2: satisfacción: al menos el 65% de los asistentes consideran adecuada la actividad.

Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

El análisis de la encuesta da los siguientes resultados. ¿Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenías respecto al curso? (evaluar del 1 al 10) Media: 8,8

¿En qué grado son útiles y aplicables los contenidos aprendidos? (evaluar del 1-10) Media: 9,6
La metodología empleada por los docentes, ¿ha sido adecuada para el correcto desarrollo de las sesiones? (evaluar del 1-10) Media: 9,1

Cuál es tu valoración global del curso (evaluar del 1-10) Media: 9

Propuestas de mejora:

Dedicar más tiempo a las actividades prácticas

Tener más muñecos para practicar

Hacer extensible la formación a alumnos

Observaciones:

Debería ser obligatorio para todo el profesorado.

Muy interesante, formación de este tipo todos los años

Se ha cumplido el objetivo inicial marcado, superando incluso las expectativas iniciales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha cumplido con el objetivo de realizar formación y capacitación en el personal docente para manejo de situaciones de primeros auxilios cotidianas en la escuela, encontrando además un alto grado de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1045

1. TÍTULO

FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PARA MAESTROS

aceptación.

El trabajo con profesionales de otras disciplinas reporta beneficios para la población, ya que mejora la comunicación con los centros escolares y facilita la interrelación de cara al manejo de nuestros pacientes. Los docentes de centros rurales tienen una inquietud constante por la formación y que ésta se pueda realizar en su centro desde el EAP rural facilita la misma.

El proyecto ha cumplido con su objetivo inicial de formar al profesorado en primeros auxilios, obteniendo además un alto grado de aceptación.

Como inquietud por parte de los docentes, recogemos la necesidad de realizar este tipo de reciclaje con más frecuencia y el interés en los diferentes colegios de extender esta formación a alumnos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1045 ===== ***

Nº de registro: 1045

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA MAESTROS

Autores:
NAVARRA VICENTE BEATRIZ, LAFUENTE MIGUEL, ARNAL EVA, SUMELZO LISO ANA CRISTINA, CASTELLANO SUSANA, BARBA MARIA, ARMANGUE SILVIA, TURLAN MARTINEZ ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Primeros auxilios
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Colaboración comunitaria con centros escolares

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nuestra población pediátrica pasa mucho tiempo en los centros escolares, donde es frecuente que puedan sufrir algún accidente fortuito o iniciar problemas agudos que puedan requerir intervención por parte del personal docente. Así mismo, acuden niños con patologías crónicas que pueden requerir una precaución especial por reagudización de su patología de base o administración de algún fármaco durante el horario lectivo

RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar al personal docente para la actuación inicial en situaciones de urgencia, hasta la movilización y llegada de los servicios sanitarios correspondientes.

MÉTODO
El centro de salud de Fuentes de Ebro engloba a 6 colegios repartidos en diferentes municipios de la zona.

Previa a la presentación de éste proyecto, se ha contactado con todos los centros escolares para valorar el interés del profesorado, siendo muy bien recibido y mostrando todos ellos interés por el proyecto.

En cada centro educativo que desee tomar parte en el proyecto se realizará una formación de aproximadamente dos horas y media, realizadas en una o dos sesiones en función de la disponibilidad del profesorado. La formación se realizará por parte del personal sanitario implicado en éste proyecto.

Las sesiones tendrán un formato teórico-práctico, con explicación de las diferentes emergencias, vídeos de demostración de las actuaciones, técnicas y materiales a utilizar y simulacro de reanimación con muñeco al finalizar el taller.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1045

1. TÍTULO

FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PARA MAESTROS

Se cumplimentará una hoja de asistencia y se diseñará una encuesta de satisfacción a cumplimentar por los alumnos al final de las sesiones que englobará ítems relacionados con expectativas, objetivos cumplidos y metodología empleada.

INDICADORES

Indicador 1: realización de al menos una intervención con cada centro escolar que participe en el proyecto

Estándar: se fijará un estándar mínimo como intervención de al menos una sesión de 2,5 horas o 2 sesiones de 1,25 horas

Fuente de datos: registro de actividades formativas.

Indicador 2: satisfacción: al menos el 65% de los asistentes consideran adecuada la actividad.

Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

DURACIÓN

En el primer cuatrimestre de 2019, contacto y confirmación de calendario para desarrollar el proyecto con los centros educativos interesados.

Realización de sesiones docentes durante el segundo y tercer cuatrimestre de 2019, pudiendo realizar alguna sesión excepcional si el profesorado así lo requiere durante el primer cuatrimestre de 2020.

Primer trimestre de 2020 evaluación del proyecto (actividades realizadas y encuestas de satisfacción)

En caso de que así sea requerido, el proyecto será extensible a próximos años

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0071

1. TÍTULO

USO ADECUADO DE INHALADORES EN EL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE GLORIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERRER CASAUS ALBERTO
CILLERUELO ENCISO SILVIA
COLMENERO ARTIGA BEATRIZ
VELASCO ALVAREZ DARCLE
ESTEBAN VIDAL CONCEPCION
MARTINEZ IBAÑEZ ANA
GARCIA BLAS ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se decide poner en marcha una Consulta monográfica mejorar la técnica de uso de los inhaladores a todo paciente que los use (EPOC, asma u otra patología respiratoria que los requiera)

Formación del grupo de profesionales (5 DUEs, 1 administrativa, 2 médicos) que se hará cargo de esta consulta.
Obtención (desde el servicio de Farmacia de Atención Primaria) de un listado de pacientes que usen inhaladores.
Obtención de un listado de pacientes con diagnóstico de EPOC en OMI.
Diseño y creación de agendas específicas, tanto de enfermería como de medicina, con contenido específico y común para cada una.
Diseño de las fichas de recogida de datos, de trípticos informativos para los pacientes, del cartel de captación de pacientes ...
Equipamiento de la consulta con el material necesario
Solicitud de una hoja de cálculo tipo Excel (de fácil uso), así como un paquete estadístico para poder registrar e interpretar los datos.
Reunión con el EAP para informar de la puesta en marcha de la misma y la forma de derivación a ésta:
imprescindible que el paciente tenga abierto el episodio de EPOC en OMI (índice FEV1/FVC postbroncodilatación: < 70% en la espirometría)
Reuniones recordativas del funcionamiento de esta consulta y problemas detectados conforme avanza funcionamiento de esta consulta.

Cronograma:

Formación del grupo de profesionales: junio 2017
Obtención de un listado de pacientes (sólo con su AR) que usen inhaladores: julio 2017
Confección de un listado nominal según dicho código AR: agosto-septiembre 2017. DUEs
Obtención de un listado de pacientes con diagnóstico de EPOC en OMI. agosto 2017. Administrativa.
Cruce de dicho listado con el de diagnóstico EPOC. Septiembre 2017. DUEs
Diseño y creación de agendas específicas. Octubre 2017. Grupo de trabajo.
Diseño de las fichas de recogida de datos, de trípticos informativos para los pacientes, del cartel de captación de pacientes ... Septiembre-octubre 2017. Dra Navarro
Consulta Monográfica. Octubre 2017- actualidad. Todo el grupo de trabajo.
Valoración continuada de los problemas que se van detectando y solución de los mismos.

OBJETIVOS

Objetivos:

- 1) Aumentar la cobertura de EPOC en nuestro Centro de Salud.
- 2) Mejorar la técnica de uso de inhaladores en los pacientes.
- 3) Conseguir que la hoja de registro de todos los pasos de la técnica de uso de los inhaladores se integre en la historia clínica.
- 4) Hacer educación para la salud en estos pacientes (aconsejar la vacuna antigripal, la antineumocócica, el abandono del tabaco ...)
- 5) Conocer el estadio GOLD y el tratamiento de los pacientes EPOC estudiados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde la puesta en marcha de la consulta el 18 de octubre, se han valorado (al menos en una primera consulta) 32 pacientes: 50% hombres y 50% mujeres. Con una edad media de 72,68 años.
Con diagnóstico EPOC hay un 62,5% de pacientes y 15 % de asma bronquial.
En la primera visita efectúan correctamente la técnica únicamente el 34% de los pacientes y usan más de un dispositivo el 48% de los mismos.
Son fumadores el 22%.
Se han vacunado de la gripe en la última campaña el 80%.
A todos los pacientes EPOC se les ha recomendado la vacuna antineumocócica.
Entre los pacientes EPOC a los que se les ha valorado su estadio según la GOLD (40%), están en un estadio moderado, el 56% y en el severo el 33%.
De las 40 hojas de cuestionarios dedicadas a la captación de pacientes, no se han entregado en consulta ninguna

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0071

1. TÍTULO

USO ADECUADO DE INHALADORES EN EL PACIENTE EPOC

En el momento actual, la prevalencia del EPOC en nuestro Centro de Salud sigue sin modificarse (1,35 %)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

BASE DE DATOS NO ACTUALIZADA

FALTA DE MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES

DEFICIENTE REGISTRO DE DATOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS

NECESIDAD DE SISTEMAS DE REGISTRO, HOJA DE CALCULO Y PAQUETE ESTADÍSTICO.

NECESIDAD DE RECORDAR CONSTANTEMENTE AL EAP LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ESTA CONSULTA.

NECESIDAD DE UNA PERSONA AJENA AL GRUPO QUE HAGA EL ESTUDIO ESTADÍSTICO

NECESIDAD DE TIEMPO EXTRALABORAL PARA LAS ACTIVIDADES QUE NO PRECISAN TENER PRESENTE AL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.

Parece existir una necesidad no sentida ni por los pacientes ni por los profesionales ni por la Administración, acerca del correcto uso de los inhaladores:

Los pacientes y los profesionales creen que sí los usan bien.

La Administración no integra sistemas de registro en la historia informatizada del paciente a pesar de ser imprescindibles.

Todo ello representa mucha carga, con el consiguiente desgaste en los profesionales, que sí las ven como necesidades sentidas y obligatorias para el correcto manejo de las enfermedades respiratorias así como para conseguir el éxito del tratamiento y por ende de la evolución de las mismas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/71 ===== ***

Nº de registro: 0071

Título

EDUCACION EN EL USO ADECUADO DE INHALADORES EN LOS PACIENTES EPOC

Autores:

NAVARRO AZNAREZ GLORIA, PEREZ PRIMICIA MARTA, ESTEBAN VIDAL CONCEPCION, COLMENERO ARTIGA BEATRIZ, VELASCO ALVAREZ DARCLE, QUILLES AMIGOT DOLORES, GARCIA BLAS ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

Otro Enfoque.....: FORMACION A PACIENTES Y PROFESIONALES

PROBLEMA

La EPOC tiene una elevada prevalencia siendo la 4ª causa más común de enfermedad y la única que está en aumento, sin embargo, sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada.

Genera una gran carga de morbi-mortalidad precisando numerosos recursos sanitarios para su atención.

Los fármacos por vía inhalatoria constituyen la base del tratamiento por lo que resulta imprescindible un adecuado manejo de dicha técnica por parte de los pacientes así como del personal sanitario que debe instruirles.

Existen estudios que demuestran que los broncodilatadores inhalados no se usan correctamente lo que provoca una mala adherencia y por tanto, mala respuesta al tratamiento.

Sin educación y supervisión periódica de la técnica inhalatoria, el fracaso terapéutico está asegurado.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES

1. Conocer la calidad de la técnica de uso de los inhaladores.

2. Conocer la adherencia al tratamiento (cuestionario TAI).

3. Enseñar la correcta realización de la técnica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aumentar la cobertura de EPOC en nuestro Centro de Salud

2. Mejorar la formación en la correcta técnica de uso de inhaladores en los profesionales sanitarios

3. Realizar educación de la técnica a los pacientes, individual así como grupal

4. Determinar si el uso adecuado de broncodilatadores inhalados, genera cambios positivos, en los parámetros ventilatorios, en pacientes con EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0071

1. TÍTULO

USO ADECUADO DE INHALADORES EN EL PACIENTE EPOC

MÉTODO

1. Creación de un GRUPO DE MEJORA (una médico, 5 enfermeras y una administrativo)
2. Reuniones con los PROFESIONALES (una sesión de formación antes del inicio del Proyecto y posteriores de seguimiento)
3. Realización de encuestas a los profesionales
4. Obtener el listado de pacientes EPOC (OMI) y la muestra a estudio
5. Determinar los CRITERIOS DE INCLUSIÓN y EXCLUSIÓN en el proyecto (en especial, el diagnóstico correcto por espirometría: índice FVC/FEV1 post PBD < 70%)
6. Valoración de la mejor captación de los pacientes (consulta programada/demanda)
7. Elaborar una ficha de recogida de datos
8. Elaborar las encuestas a pasar a los pacientes sobre conocimientos de la técnica de inhalación: PRE y POST CURSO DE EDUCACIÓN
9. Realizar SESIONES de educación sanitaria a los pacientes: individuales y grupales
10. Conseguir todos los dispositivos placebo del mercado posibles para las sesiones prácticas.

INDICADORES

Educación a los pacientes EPOC en terapia inhalatoria, tanto en consulta a demanda o programada de medicina y/o enfermería, como en reuniones grupales. INDICADORES:

1. Antes de la educación, observación en la consulta, de la técnica de uso del dispositivo individualmente valorándola en la ficha diseñada: número de errores.
2. Observación en la consulta, de la técnica inhalatoria tras la educación (individual y grupal): número de errores.

Aumentar la motivación de los profesionales mediante reuniones de formación sobre la correcta utilización de los inhaladores, reuniones formativas con talleres prácticos. Indicadores:

1. Antes de la educación, encuesta sobre el uso de los inhaladores (técnica, características de los diferentes dispositivos, modelos...): número de errores.
2. Al final del proyecto, realización de la misma encuesta: número de errores.
3. Aumentar la prevalencia de la EPOC en nuestro C. de Salud: pacientes con diagnóstico EPOC/población de 40-80 años.

DURACIÓN

Fecha de inicio: 6/4/16. Fecha de finalización: 31/12/16

Actividades:

Formación de los profesionales: Abril- Junio
Búsqueda de la población a estudio: Mayo
Diseño de folletos informativos: Mayo
Atención al paciente en consulta: Mayo-Noviembre
Talleres grupales: Junio-Septiembre-Noviembre
Conclusiones: Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE GLORIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERRER CASAUS ALBERTO
CILLERUELO ENCISO SILVIA
COLMENERO ARTIGA BEATRIZ
VELASCO ALVAREZ DARCLE
ESTEBAN VIDAL CONCEPCIOON
MARTINEZ IBAÑEZ ANA
GARCIA BLAS ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación del grupo de profesionales (5 DUEs, 1 administrativa, 2 médicos) que se hará cargo de la consulta monográfica: adecuación del del tratamiento en EPOC. Uso correcto de inhaladores en EPOC, asma y otras patologías que los requieran.
Obtención (desde el servicio de Farmacia de Atención Primaria) de un listado de pacientes que usen inhaladores.
Obtención de un listado de pacientes con diagnóstico de EPOC en OMI.
Diseño y creación de agendas específicas, tanto de enfermería como de medicina, con contenido específico y común para cada una.
Diseño de las fichas de recogida de datos, de trípticos informativos para los pacientes, del cartel de captación de pacientes ...
Equipamiento de la consulta con el material necesario, incluido una hoja de cálculo tipo Excel compatible para cualquier usuario, así como un paquete estadístico para poder registrar e interpretar los datos.
Reunión con el EAP para informar de la puesta en marcha de la misma y la forma de derivación a ésta: imprescindible que el paciente tenga abierto el episodio de EPOC en OMI (índice FEV1/FVC postbroncodilatación: < 70% en la espirometría)
Reuniones recordativas del funcionamiento de esta consulta y problemas detectados conforme avanza funcionamiento de esta consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han valorado 57 pacientes: 64.52% hombres y 35.48 % mujeres. Con una edad media de 72,68 años.
Con diagnóstico EPOC hay un 54.39% de pacientes y 36.84 % de asma bronquial, otros diagnósticos 8.77%
En la primera visita efectúan correctamente la técnica únicamente el 34% de los pacientes y usan más de un dispositivo el 48% de los mismos.
Son fumadores el 21%.
Se han vacunado de la gripe en la última campaña el 60% (64.52% de los EPOC y el 66.67% de los asmáticos).
A todos lospacientes EPOC se les ha recomendado la vacuna antineumocócica, vacunándose el 32.26% de los mismos.
Entre los pacientes EPOC, se les ha valorado su estadio según la GOLD al 67.7%, de entre los cuales, el 56%, están en un estadio moderado, y el 33% en estadio severo. En un 29% de los pacientes EPOC se necesita una adecuación del tratameinto a las guías. Únicamente se había registrado un paciente (2.77%) con el diagnóstico de EPOC sin corresponderle por lo que se cambia en el registro de OMI.
De las 40 hojas de cuestionarios dedicadas a la captación de pacientes, e´stos han recogido el 100% sin embargo, ninguna se ha entregado en la consulta monográfica.
En el momento actual, la prevalencia del EPOC en nuestro Centro de Salud sigue sin modificarse (1,35 %)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

BASE DE DATOS NO ACTUALIZADA
FALTA DE MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES
DEFICIENTE REGISTRO DE DATOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS
NECESIDAD DE SISTEMAS DE REGISTRO ESTADÍSTICO DE USO GENERALIZADO.
NECESIDAD DE RECORDAR CONSTANTEMENTE LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ESTA CONSULTA.
NECESIDAD DE UNA PERSONA AJENA AL GRUPO QUE HAGA EL ESTUDIO ESTDÍSTICO
NECESIDAD DE TIEMPO EXTRALABORAL PARA LAS ACTIVIDADES QUE NO PRECISAN TENER PRESENTE AL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.

Parece existir una necesidad no sentida ni por los pacientes ni por los profesionales, acerca del correcto uso de los inhaladores:
Los pacientes y los profesionales creen que sí los usan bien.
Resulta imprescindible integrar sistemas de registro en la historia informatizada (OMI).
Todo ello representa mucha carga, con el consiguiente desgaste en los profesionales, que sí las ven como necesidades sentidas y obligatorias para el correcto manejo de las enfermedades respiratorias así como para conseguir el éxito del tratamiento y por ende de la evolución de las mismas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1350 ===== ***

Nº de registro: 1350

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Autores:
NAVARRO AZNAREZ GLORIA, FERRER CASAUS ALBERTO, VELASCO ALVAREZ MARIA DARCLE, ESTEBAN VIDAL CONCEPCION, MARTINEZ IBAÑEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo.
2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3. Estimular la realización de espirometrías
4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monográfica/charlas a los pacientes EPOC sobre autocuidados/Manejo inhaladores

MÉTODO
Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
Actividades de Formación sobre deshabitación tabáquica.
Creación consulta monográfica/realización charlas a pacientes EPOC

INDICADORES
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: Superar el 60%. (Actualmente en el EAP 49,07).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 28,24).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: >5. (Actualmente 2,38)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
- implantación Consultas Monográficas en cuidados de EPOC. Objetivo: SI/ Realización charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidados/ manejo de inhaladores. Objetivo: 2 charlas al año

DURACIÓN
Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC
Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE GLORIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERRER CASAUS ALBERTO
CILLERUELO ENCISO SILVIA
COLMENERO ARTIGA BEATRIZ
VELASCO ALVAREZ DARCLE
ESTEBAN VIDAL CONCEPCION
MARTINEZ IBAÑEZ ANA
GARCIA BLAS ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

? Formación del grupo de profesionales (5 DUEs, 1 administrativa, 2 médicos) que se hará cargo de la "Consulta monográfica para pacientes EPOC: uso correcto de inhaladores. Adecuación del tratamiento".
? Obtención (desde el servicio de Farmacia de Atención Primaria) de un listado de pacientes que usen inhaladores.
? Obtención de un listado de pacientes con diagnóstico de EPOC en OMI.
? Diseño y creación de agendas específicas, tanto de enfermería como de medicina, con contenido específico y común para cada una.
? Diseño de las fichas de recogida de datos, de trípticos informativos para los pacientes, del cartel de captación de pacientes ...
? Equipamiento de la consulta con el material necesario, incluido una hoja de cálculo tipo Excel compatible para cualquier usuario, así como un paquete estadístico para poder registrar e interpretar los datos.
? Reunión con el EAP para informar de la puesta en marcha de la misma y la forma de derivación a ésta: imprescindible que el paciente tenga abierto el episodio de EPOC en OMI (índice FEV1/FVC postbroncodilatación: < 70% en la espirometría)
? Reuniones recordativas del funcionamiento de esta consulta y problemas detectados conforme avanza funcionamiento de esta consulta.
- Se amplía la educación sobre el uso correcto de inhaladores a cualquier paciente que los haya precisado en el último año: asmáticos u otras patologías respiratorias.
- No se realiza consulta "antitabaco" hasta que se realice formación específica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han valorado 57 pacientes: 64,52 % hombres y 35,48% mujeres. Con una edad media de 72,68 años. Con diagnóstico EPOC hay un 54,39% de pacientes y 36,84 % de asma bronquial, otros diagnósticos: 8,77%. En la primera visita efectúan correctamente la técnica únicamente el 34% de los pacientes mejorando hasta el 61,1% al final del estudio.
Usan más de un dispositivo el 48% del total de los pacientes estudiados.
Son fumadores el 22%.
A todos ellos se les realiza educación para la salud.
Se han vacunado de la gripe en la última campaña únicamente el 60% (64,52% de los EPOC y el 66,67% de los asmáticos).
A todos los pacientes EPOC se les ha recomendado la vacuna antineumocócica vacunándose el 32,26% de los mismos. Entre los pacientes EPOC a los que se les ha valorado su estadio según la GOLD 67,7%, de entre los cuales, el 56%, están en un estadio moderado, el severo el 33% en estadio severo.
Un 29% de los pacientes EPOC han precisado adecuación del tratamiento a las guías actuales. Únicamente se había realizado diagnóstico erróneo en un paciente (2,77%) como EPOC por lo que se corrige y se excluye de dicho registro.
De las 40 hojas de cuestionarios dedicadas a la captación de pacientes, éstos han recogido el 100% de de las mismas, sin embargo, ninguna se ha entregado en la consulta monográfica.
En el momento actual, la prevalencia de EPOC en nuestro Centro de Salud sigue sin modificarse (1,25%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

? BASE DE DATOS NO ACTUALIZADA
? FALTA DE MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES
? DEFICIENTE REGISTRO DE DATOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS
? NECESIDAD DE SISTEMAS DE REGISTRO ESTADÍSTICO DE USO GENERALIZADO.
? NECESIDAD DE RECORDAR PERIÓDICAMENTE LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ESTA CONSULTA.
? NECESIDAD DE UNA PERSONA AJENA AL GRUPO QUE HAGA EL ESTUDIO ESTADÍSTICO
? NECESIDAD DE TIEMPO EXTRALABORAL PARA LAS ACTIVIDADES QUE NO PRECISAN TENER PRESENTE AL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.

Parece existir una necesidad no sentida ni por los pacientes ni por los profesionales acerca del correcto uso de los inhaladores:
Los pacientes y los profesionales creen que sí los usan bien.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Necesidad de integrar sistemas de registro en la historia informatizada del paciente (OMI). Elevada carga de trabajo añadido, con el consiguiente desgaste en los profesionales, que sí las ven como necesidades sentidas y obligatorias para el correcto manejo de las enfermedades respiratorias así como para conseguir el éxito del tratamiento y por ende de la evolución de las mismas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1350 ===== ***

Nº de registro: 1350

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Autores:
NAVARRO AZNAREZ GLORIA, FERRER CASAUS ALBERTO, VELASCO ALVAREZ MARIA DARCLE, ESTEBAN VIDAL CONCEPCION, MARTINEZ IBAÑEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo.
2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3. Estimular la realización de espirometrías
4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monográfica/charlas a los pacientes EPOC sobre autocuidados/Manejo inhaladores

MÉTODO
Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
Creación consulta monográfica/realización charlas a pacientes EPOC

INDICADORES
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: Superar el 60%. (Actualmente en el EAP 49,07).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 28,24).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: >5. (Actualmente 2,38)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
- implantación Consultas Monográficas en cuidados de EPOC. Objetivo: SI/ Realización charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidados/ manejo de inahaladores. Objetivo: 2 charlas al año

DURACIÓN
Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC
Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1216

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP PARQUE ROMA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE SUSANA LARRIPA DE LA NATIVIDAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOROSTIZA MATEO MARIA LUISA
PINA GADEA MARIA BELEN
LABARTA MANCHO CARMEN
ZUMETA FUTERO TERESA
AZNAR PEREZ INMACULADA
USON MARTIN ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5. ACTIVIDADES REALIZADAS *

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas. El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de quinolonas cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados. Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP Parque Roma, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP, Dra Susana Larripa, ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

- Abordaje de infecciones respiratorias: fecha, 09/05/2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha, 18/09/2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales. En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1216

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP PARQUE ROMA

En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de quinolonas cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP Parque Roma, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP, Dra Susana Larripa, ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

- Abordaje de infecciones respiratorias: fecha, 09/05/2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha, 18/09/2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.

En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.

En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1216

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP PARQUE ROMA

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.

Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

- o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 13,7, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre:15,15).

- o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación

En diciembre 2018 el valor era 509, siendo en diciembre 2019 de 354.

% envases amoxicilina/total envases amoxicilina-clavulánico: 65,54% /67,8%

% envases macrólidos/total envases antibióticos: 22,6%/22,20%

% DDDs quinolonas/total DDDs antibióticos : 11,20%/ 10,10%

% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos: 5,3%/4,20%

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª gen de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª gen en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron 5,30%.

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª gen en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 4,20%.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.

Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.

Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1216

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP PARQUE ROMA

habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.

Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.

Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1216 ===== ***

Nº de registro: 1216

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAL PARQUE ROMA

Autores:
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, GOROSTIZA MATEO MARIA LUISA, PINA GADEA MARIA BELEN, LABARTA MANCHO CARMEN, ZUMETA FUSTERO TERESA, AZNAR PEREZ INMACULADA, USON MARTIN ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Fundamentalmente infec respiratorias y urológicas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: Fomentar la implementación de sesiones clínicas en el EAP, y la relación / participación entre sus miembros

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP PARQUE ROMA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 4,6 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Sector Zaragoza II: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1216

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP PARQUE ROMA

microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.

? Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

? Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO

Actividades

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.

Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.

2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.

3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica

4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

? N° de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico

o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

? Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD

cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100

Valor 2018: 4,6 %

Objetivo 2019: =2,0%

? Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias

Valor 2018: 82,91 %

Objetivo 2019: Disminuir

o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias

Valor 2018: 3,93 %

Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

Cronograma:

-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.

-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo

-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1289

1. TÍTULO

REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR PRIMERA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE VICENTE COMPAIRED ARAGÜES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESTEBAN CLAVERO MARIA JESUS
OCHOA ORTEGA MARIA PAZ
GIL LERA ANA CARMEN
GIL MACIPE MARIA JOSE
CLAVERO PEREZ ANA
SANCHO RAIMUNDO SHEILA
ENGUITA ROY ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A los pacientes que han acudido por primera vez al centro de salud, o bien que estando adscritos al centro de salud no tenían ningún registro en la historia clínica, se les han registrado los siguientes datos básicos:

- Antecedentes personales/familiares
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas)
- Exploración básica: TA, talla, peso, frecuencia cardiaca y perímetro de cintura.

Cumplimiento del calendario marcado:

El proyecto se presentó al equipo el 23 de marzo de 2017.

Se aprobó el proyecto en Reunión de equipo el día 20 de abril de 2017, y se elaboró el manual informatizado con el equipo de admisión.

En mayo se informó a los ciudadanos a través de un díptico donde se explicaba todo el proyecto con cronograma incluido, se puso en marcha el proyecto, y se comenzó a registrar a aquellos pacientes que no tenían registros en la historia clínica.

En junio se presentó al consejo de salud de zona.

En septiembre se diseñó y se realizó una primera evaluación del proyecto.

En enero de 2018 se realizó la evaluación final.

Recursos empleados:

Una vez realizada la adscripción, en la Unidad de Atención al Usuario se le ofrece citación en la consulta de la enfermera para recogida de los datos básicos. En el caso de que se haya solicitado cualquier tipo de atención sanitaria de forma simultánea, la Unidad de Atención al Usuario realiza la citación para la consulta médica correspondiente, de forma coordinada (15 minutos después de la de enfermería)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Registro de todos los pacientes por el Servicio de Admisión en tabla Excel al efecto.

De mayo a septiembre de 2017: 157 pacientes, de los cuales Nuevos 131, Adscritos 85. Hombres 72 y Mujeres 85.

De octubre a diciembre de 2017: 65 pacientes, de los cuales Nuevos 61, Adscritos 4. Hombres 23 y Mujeres 42.

TOTAL: De mayo a diciembre de 2017: 222 pacientes, de los cuales Nuevos 192, Adscritos 30. Hombres 95 y Mujeres 127

No hay standard marcado por no haber registros anteriores.

Datos extraídos de los archivos remitidos de la DAP del sector II (Técnico de salud) el 14/02/18:

ALTAS de otras CCAA desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017: 30

ALTAS de Aragón excepto sector II, desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017: 154

Pacientes adscritos al centro de salud que no se habían atendido nunca a fecha 30 de abril de 2017: 1610; desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017 han solicitado atención: 407

Total: 591

Desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017 se ha realizado el Servicio 304 (Planes Personales de OMI) a 222 pacientes.

Nº de pacientes registrados de mayo a diciembre de 2017, a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI) / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.

222 / 591 = 37%

Indicadores:

1.- Registro de pacientes nuevos captados desde Admisión, con nombre, edad, sexo y AR, que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca. Se excluyen pacientes ocasionales y desplazados.

2.- Nº de pacientes registrados de mayo a diciembre de 2017, a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI) / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1289

1. TÍTULO

REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR PRIMERA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS

Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al ser la primera vez ha habido dificultades de captación en el equipo, (admisión, medicina los adscritos que no derivan a enfermería, y enfermería que no los comunica a admisión) al no estar bien asimilado el proyecto, influyendo además vacaciones, sustituciones etc. El proyecto supone la captación precoz de los pacientes, con detección de problemas de salud, y actuaciones preventivas y de educación en salud. Creemos por ambas cuestiones que es necesario continuar con el proyecto para mejorar la captación, y establecerlo como un servicio más a realizar diariamente por el Equipo de Atención Primaria.

Para ello se propone un standard entre 50-55%, y se establecen nuevos indicadores para 2018:

- 1.- Registro de pacientes nuevos captados desde Admisión de mayo de 2017 a diciembre de 2018, con nombre, edad, sexo y AR, que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca. Se excluyen pacientes ocasionales y desplazados.
- 2.- Nº de pacientes registrados de mayo de 2017 a diciembre de 2018, a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI) / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.
- 3.- Nº de pacientes registrados de mayo de 2017 a diciembre de 2018 a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI), fumadores / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.
- 4.- Nº de pacientes registrados de mayo de 2017 a diciembre de 2018 a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI), con TA =>140/90 mmHg / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1289 ===== ***

Nº de registro: 1289

Título
REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES DE OMI) DE LOS PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR PRIMERA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)

Autores:
COMPAIRED ARAGÜES VICENTE, DIESTE FRANCA MARIA CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Detección de factores de riesgo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Detección de problemas de salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Registrar datos básicos de los pacientes que acuden por primera vez al centro de salud, o bien que estando adscritos al centro de salud no tienen ningún registro en historia clínica de atención primaria, tales como:
- Registrar antecedentes personales/familiares.
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas)
- Exploración básica: TA, talla, peso, frecuencia cardiaca y perímetro de cintura.

RESULTADOS ESPERADOS

Apertura de historia clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1289

1. TÍTULO

REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR PRIMERA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS

Detección de problemas de salud.
Captación precoz.
Actuaciones preventivas y de educación en salud.
Resolución de la demanda si la hubiera solicitado.

MÉTODO

Una vez realizada la adscripción, en la Unidad de Atención al Usuario se le ofrecerá citación en la consulta de la enfermera para:

- 1.- Registro del servicio 304 de Planes personales de OMI.
- 2.- En el caso de que se haya solicitado cualquier tipo de atención sanitaria de forma simultánea, la Unidad de Atención al Usuario realizará la citación para la consulta médica correspondiente, de forma coordinada (15 minutos después de la de enfermería).
- 3.- Los pacientes que acudan directamente al médico por primera vez (cita por internet etc.), una vez atendidos se citaran a consulta concertada de enfermería para Servicio 304 de planes personales, y posteriormente se comunicará al servicio de admisión para anotar en listado.

INDICADORES

- 1.- Pacientes por nombre, edad y sexo, AR, que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria, o que estando adscritos no se han atendido nunca.
Se excluyen pacientes ocasionales y desplazados.
- 2.- Total de pacientes que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria, o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados / total de pacientes > de 15 años.
- 3.- Registro de pacientes nuevos captados desde admisión.

DURACIÓN

- Presentación del proyecto: el 23 de marzo de 2017 al EAP.
- Aprobación: el día 20 de abril de 2017 en reunión de equipo específica.
- Información a los ciudadanos: mayo de 2017 (se ha realizado un díptico al efecto para entregar a los ciudadanos)
- Diseño del sistema de evaluación: septiembre de 2017.
- Reunión con equipo de Admisión y elaboración manual informatizado de procedimiento: en abril 2017.
- Registro de pacientes atendidos por primera vez por el servicio de Admisión: mayo 2017.
- Presentación proyecto al Consejo de salud: mayo 2017.
- PUESTA EN MARCHA: 2 de mayo de 2017.
- Evaluación de resultados: septiembre de 2017 y enero de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

Fecha de entrada: 08/03/2018

2. RESPONSABLE AMELIA TERESA PASCUAL GONZALO
· Profesión MATRONA
· Centro CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTELLANO MARIA JOSE
HERNANDEZ MORA AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó 2 veces con las reuniones correspondientes. En la 1ª ocasión, no acudió ninguna persona. En la 2ª ocasión, se realizó mayor difusión, dando folletos, poniendo carteles, anotando a las personas en una lista. La asistencia fue mínima. Se pensó que el horario no era muy adecuado, al realizarse de 13'00 a 14'00 horas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Escasa participación. Es importante volver a reunirse y quizás cambiar horarios para facilitar la asistencia

Ha habido cambios en Enfermería y una persona se dió de baja.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo estaba bien elaborado. Se realizó una presentación Powerpoint. Quedan pendiente de elaborar folletos. los temas están bien elaborados y los demanda la población

7. OBSERVACIONES.

Para este nuevo año, se pretende contar con una persona más y realizarlo en otro horario

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1382 ===== ***

Nº de registro: 1382

Título
GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

Autores:
PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA, CASTELLANO BENDICHO MARIA JOSE, HERNANDEZ MORA AMPARO, DIESTE FRANCA MARIA CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención a la Comunidad
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres que tienen un niño lactante (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza responsable y feliz.

Objetivos específicos:

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional

Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternales.

Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.

Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales

Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.

Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales.

MÉTODO

Las medidas previstas, son:

1. Presentación del proyecto al resto del equipo de Atención Primaria mediante una sesión clínica.
2. Distribución de los distintos temas a tratar en las sesiones de lactancia materna y crianza entre los componentes del grupo. El contenido de las sesiones lo prepara cada profesional con respecto a su tema.
3. Se ofrecerá a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona, Enfermería, ó derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.
4. Realización de una sesión mensual, el último lunes de cada mes en horario de 13:00 a 14:00 h., exceptuando los periodos vacacionales. Los grupos serán abiertos y las madres vendrán con lo con bebés (de 0 a 2 años). Se realizará en el Aula Maternal del Centro de Salud de "Puerta del Carmen"
5. Se facilitará una encuesta de satisfacción a las mujeres en cada taller.

El grupo está constituido por:

2 Pediatras (Maria Jose Castellano y Amparo Hernández)

1 Enfermera de Pediatría (Carolina Dieste)

1 Matrona (Amelia Pascual)

INDICADORES

Indicador 1: N° de sesiones impartidas a lo largo del año 2017 -2018

Indicador 2: Porcentaje de satisfacción de los asistentes a las sesiones, según los resultados de la encuestas

DURACIÓN

Fecha de inicio: Septiembre 2017

Fecha finalización: Septiembre 2018

Cronograma

Mayo
Junio
Julio
Agosto
septiembre
Octubre
noviembre
Diciembre
Presentación proyecto
x

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

Distribución temas

x

Preparación temas

x

Oferta madres

x

x

x

x

x

x

x

Realización sesiones

x

x

x

x

x

Evaluación semestral

x

Valoración final

Fecha de inicio: Septiembre 2017

Fecha finalización: Septiembre 2018

Cronograma

Mayo

Junio

Julio

Agosto

septiembre

Octubre

noviembre

Diciembre

Presentación proyecto

x

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

Distribución temas
x

Preparación temas
x

Oferta madres

x
x
x
x
x
x
x

Realización sesiones
x

x
x
x
x
Evaluación semestral

x

Valoración final

x

x

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1462

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP PUERTA DEL CARMEN

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE AMPARO HERNANDEZ MORA
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 CLAVERO PEREZ ANA
 GUALLART CALVO MARIA REYES
 SANCHO RAIMUNDO SHEILA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas. El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrandolo en los esfuerzos en la reducción de su prescripción cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados. Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP Puerta del Carmen para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrandolo en el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

- Abordaje de infecciones respiratorias: fecha:12/04/19
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha: 24/09/19

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

CENTRO	RESPONSABLE	SESION INFEC RESPIRATORIAS	SESIÓN URINARIAS
ALMOZARA	Belén Brun Alonso	05/06/2019	21/11/2019
CAMPO DE BELCHITE	Rosana Pardos García	06/05/2019	14/06/2019
CASABLANCA	Jose M. Gargallo Lalmolda		18/06/2019
FDO. EL CATOLICO	Mª Teresa Anaya Casbas	21/05/2019	01/10/2019
FUENTES DE EBRO	Carlos Bolea Gorbea		
FUENTES NORTE	Mª Antonia Sanchez Calavera	21/03/2019	12/06/2019
PARQUE ROMA	Susana Larripa	9/05/2019	18/09/2019
PTA. DEL CARMEN	Amparo Hernandez Mora	12/04/2019	17/09/2019 (Belén)
REBOLERIA	Gloria Navarro Aznarez	11/04/2019	09/07/2019
SAGASTA-MIRAFLORES		28/03/2019	10/07/2019
SAGASTA-RUISEÑORES	Pedro Antonio Luna Rodrigo		28/03/2019
SAN JOSE CENTRO	Mª Pilar Lalana Josa	09/04/2019	24/06/2019
SAN JOSE NORTE	Antonio Abanto Viamonte	09/04/2019	24/06/2019
SAN JOSE SUR	Pilar Lopez Esteban	16/04/2019	
SAN PABLO		9/04/2019	25/09/2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1462

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP PUERTA DEL CARMEN

SASTAGO	M ^a Teresa Sartolo Romeo	01/04/2019	16/09/2019
SEMINARIO	Olga Blasco Ronco	28/05/2019	09/10/2019
TORRE RAMONA	M ^a Jesús Perez Aranda	09/04/2019	05/09/2019
TORRERO	Vicente Villar Sebastian	10/04/2019	11/07/2019
VALDESPARTERA	Noelia Sorinas Delgado	9/05/2019	07/11/2019
VENECIA	Sara Arquillué Barona	16/04/2019	
PEDIATRÍA	08/05/2019	12/06/2019	
RESPONSABLES ANTIBIOTICOS		14/03/2019	11/06/2019

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales. En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.

En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3^a generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3^a generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- La selección de casos clínicos ha sido posible gracias al envío por correo electrónico en Junio de 2019, y desde el Servicio de Farmacia de AP, de los listados por CIAS de pacientes tratados en el último año con amoxicilina-clavulánico / quinolonas / macrólidos así como del diagnóstico asociado a éstos, de tal modo que cada profesional revisó dicho listado y seleccionó alguno de los pacientes incluidos en el mismo para reevaluar la necesidad de utilizar dicho antibiótico de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el EAP hemos dado 2-3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.

Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3^a generación, El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

- o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitantes días) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 9,3, lo que ha supuesto un aumento respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 0,01).

- o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3^a generación. En diciembre 2018 el valor era...4,80 % siendo en diciembre 2019 de 5%, el objetivo era reducir al 2% el consumo de cefalosporinas en 2019

% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos:

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1462

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP PUERTA DEL CARMEN

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª gen/ procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron: en vías respiratorias: 77,96% (145) y en vías urinarias: 6,45% (12)

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª gen en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de en vías respiratorias: 65,36% (117) y en vías urinarias: 9,50% (17)

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en los procesos respiratorios, pero no hemos mejorado en los procesos de vías urinarias, intentaremos en el próximo año mejorar el uso de antibióticos en estos procesos, aun así, hemos mejorado fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.

Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.

Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.

Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.

Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1462 ===== ***

Nº de registro: 1462

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP

Autores:
HERNANDEZ MORA AMPARO, GUALLART CALVO MARIA REYES, SANCHO RAIMUNDO SHEILA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1462

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP PUERTA DEL CARMEN

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Justificación

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP PUERTA DEL CARMEN se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 4,0 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Sector Zaragoza II: 2.8%).

RESULTADOS ESPERADOS

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.

Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.

Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.

2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.

3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica

4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico

Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100

Valor 2018: 4,0 %

Objetivo 2019: =2,0%

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias

Valor 2018: 77,96 %

Objetivo 2019: Disminuir

% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias

Valor 2018: 6,45 %

Objetivo 2019: Disminuir

ANEXO. INDICADORES CONSUMO ANTIBIOTICOS 2018 Y DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS AL USO DE CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACIÓN.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1462

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP PUERTA DEL CARMEN

DURACIÓN

Cronograma:

-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0038

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA VICENTE ALDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUEYO SALAVERA CLARA MARIA
CUBERO SALDAÑA EVA SOFIA
APESTEGUI GARMENDIA ANE
PEREZ MURILLO ALBERTO
SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES
OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA
ARQUILLUE VARONA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En marzo de 2016 se presentó al EAP el proyecto de calidad, siguiendo el calendario marcado para ello y se facilitó una tabla de excel de recogida de datos a todo el EAP .
A cada paciente fumador captado para el estudio, se le realizaron las actividades prevista en el proyecto (encuesta de hábitos tóxicos) y al mismo tiempo, a pesar de que no estar previsto inicialmente, se realizo educación y seguimiento antitabáquico.
En noviembre de 2017 se finalizó la recogida de datos, incluyéndolos en la tabla excel para estudio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizó el estudio a 84 pacientes, 44 mujeres y 40 hombres con una edad media de 55.74 años, la media de consumo de tabaco diario era de 14 cigarrillos día y un tiempo medio del hábito tabáquico de 33.35 años.
Se han realizado un total de 90 sedimentos urinarios, encontrando 4 sedimentos patológicos en una primera determinación, confirmandose solamente en dos pacientes en determinaciones seriadas.
Se solicitaron ecografía, según protocolo a los pacientes con sedimento patológico y se han remitido a estos pacientes al servicio de urología. En ninguno de los casos se ha objetivado patología vesical tumoral

Indicadores

1- N° total fumadores captados /N° total de sedimentos solicitados x100:

84/84 x100= 100%

2- N° de sedimentos positivos/N° total de sedimentos solicitados x 100

4/84 x100= 4,76%

3-N° de ecografías solicitadas/N° de sedimentos positivos x 100

2/4 x100= 50%

4- N° de ecografías / N° de ecografías solicitadas x100

0/2 x100= 0%

5- N° de derivaciones a Urología/N° de ecografías positivas x 100

1/0x100= 0%

6- N° total de Tumor Vesicales/N° total de sedimentos solicitados x 100

0/ 84x100= 0%

7- N° de profesionales de Medicina de Familia y enfermería que han participado.

7/ 30 = 23%

8- N° pacientes satisfechos/N° de pacientes captados x100

84/84x100= 100%

9- N° de pacientes que han dejado de fumar durante el estudio :

3/84 x 100= 3,5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El presente proyecto, teniendo como finalidad la utilización del sedimento urinario (detección de microhematuria) como test de cribado de carcinoma vesical en pacientes fumadores seleccionados, no ha permitido diagnosticar a ningún paciente.

Si ante pacientes con factores de riesgo (hábito tabáquico) el estudio del paciente con sedimento alterado no aporta hallazgos patológicos, se podría llegar a la conclusión si el tamaño muestral fuese adecuado, de que ante ausencia de estos factores de riesgo, la microhematuria en el sedimento es un hallazgo intrascendente como reflejan otros estudios realizados

7. OBSERVACIONES.

Hoy en día la AP esta basada en un modelo casi exclusivamente asistencial, en el que las actividades preventivas se ven relegadas a un segundo plano, y quizá esto pueda justificar la escasa participación de la mayoría del EAP . No hemos detectado ningún carcinoma vesical, consecuencia lógica del escaso número de pacientes recogidos para el estudio, pero como efecto beneficioso colateral hemos conseguido que el 3,5% de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0038

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION

los pacientes hayan abandonado su hábito tabáquico, lo que nos compensa el trabajo realizado .

*** ===== Resumen del proyecto 2016/38 ===== ***

Nº de registro: 0038

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION

Autores:
VICENTE ALDEA MARIA TERESA, PUEYO SALAVERA CLARA MARIA, CUBERO SALDAÑA EVA SOFIA, APESTEGUI GARMENDIA ANE, PEREZ MURILO ALBERTO, SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES, OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA, ARQUILLUE VARONA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Deteccion precoz de Tm vesical en fumadores
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El carcinoma vesical es una patología de elevada incidencia en nuestro medio relacionada con el consumo de tabaco.
El diagnóstico precoz de los tumores es el principal mecanismo para mejorar la supervivencia.
La hematuria microscópica es el síntoma más frecuente, aunque no siempre es un síntoma precoz y fácilmente abordable en Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Diagnosticar precozmente la presencia de tumor vesical en pacientes de ambos sexos, mayores de 25 años, que sean o hayan sido fumadores de más de 10 años de evolución.
2. Detectar microhematuria (>3-5 hematíes) en el sedimento de orina a estos pacientes.
3. Solicitar ecografía urológica precozmente a todos los pacientes fumadores y con microhematuria positiva en tres determinaciones.
4. Derivar a Consultas de Urología, específicas de Tumor vesical a los pacientes con ecografía alterada.

MÉTODO
1.- Presentación al equipo M Teresa Vicente
2.- Diseñar tabla de recogida de datos Sofia Cubero
3.- Instalar en cada escritorio dicha tabla Ane Apestegui
4.- Realizar encuesta de hábitos tóxicos en todas consultas de Medicina y enfermería a todos los pacientes que pueden ser considerados población diana. Alberto Perez
5.-Incluir a cada paciente captado en la tabla de datos.
Todo el equipo
6.- Solicitar sedimento urinario, a cada uno de estos pacientes, para estudio de microhematuria
7.- En cada paciente con sedimento patológico (Considerando positivo: > 3-5 hematíes /c.) se realizara nuevo sedimento de control junto con urocultivo en cuatro semanas.
8.- Si se detecta cultivo patológico, salvo bacteriuria asintomática, se iniciara tratamiento adecuado y tras finalizar el mismo, repetimos cultivo y sedimento para valorar la normalidad de las pruebas.
9.- En el caso de un segundo sedimento positivo y cultivo negativo se solicitara un tercer sedimento al mes.
10.-Si el tercer sedimento es positivo, solicitaremos ecografía de vías urinarias y derivación posterior a la consulta de Urologia
11.- Recogida mensual de datos Ane Apestegui
12.-A cada paciente al terminar el estudio se le pasara una encuesta de satisfacción

INDICADORES
1- Nº total fumadores captados /Nº total de sedimentos solicitados x100
2- Nº de sedimentos positivos/Nº total de sedimentos solicitados x 100
3-Nº de ecografías solicitadas/Nº de sedimentos positivos x 100
4- Nº de ecografías / Nº de ecografías solicitadas x100
5- Nº de derivaciones a Urología/Nº de ecografías positivas x 100

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0038

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION

- 6- N° total de Tumor Vesicales/N° total de sedimentos solicitados x 100
- 7- N° de profesionales de Medicina de Familia y enfermería que han participado.
- 8- N° pacientes satisfechos/N° de pacientes captados x100

DURACIÓN

Fecha de inicio: Febrero 2016 ;Fecha finalización: Diciembre 2016

Actividades E F M A M Y J JL AG S O N D

- 1.- Diseñar tabla de recogida de datos x
- 2.- Instalar en cada escritorio dicha tabla x x x x x x x
- 3.- Realizar encuesta de hábitos x x x x x x x x x x
- 4.-Incluir paciente captados en la tabla x x x x x x x x x x
- 5.- Solicitar sedimento urinario x x x x x x x x x x
- 6- Recogida mensual de datos x x x x x x x x x x
- 7.- Realizar encuesta de satisfaccion x x x x x

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```

-----
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho
  
```

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0247

1. TÍTULO

DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTAS MEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE AGUSTIN ROMEO GUTIERREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ MURILLO ALBERTO
GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES
BORAO GOMEZ JULITA
BUJEDA CAVERO MARIA JOSE
MURO CULEBRAS MARIA
TOMELO MUÑOZ RUTH
GARGALLO GASCA NAIARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se comenzó el año con una agenda específica para MAPA en el OMI, en donde cualquiera (Médico, Enfermera, Administrativas) podían citar pacientes, la agenda permitía la citación de 2 pacientes los Lunes, para recogerlo el Martes, y 2 el Jueves para recogerlo el Viernes, bloqueando huecos en caso de que alguno de los 4 días fuese festivo.

El nuevo aparato dejó de funcionar en el mes de Abril y se mandó a reparar, no fue devuelto hasta el mes de Octubre, pero a día de hoy sigue sin funcionar, ya que no lo reconoce el ordenador, estando pendientes de que el Servicio de Informática venga al Centro para cargar de nuevo los programas y ver si funciona.

Por lo antes mencionado la Agenda se cambió para citar un paciente los Lunes y otro los Jueves, sin que cambiasen el resto de las circunstancias.

Se había realizado ya una presentación del Programa al Centro el 6 de Octubre del año 2016, por lo que no se realizó una nueva al no haber cambiado en nada el Programa.

Como estaba previsto desde el principio se realizan de cada MAPA 2 copias, una para entregarla al paciente con los resultados de la misma, para que pueda aportarla a otros especialistas que puedan visitarlo, y otra para que quede en la historia de papel del Centro.

A su vez se ha guardado una copia en "PDF" del resultado de la prueba en el ordenador donde se descargan los datos, en el caso del aparato nuevo en el ordenador del Despacho del Coordinador, y en el del antiguo en un portátil del Centro donde está cargado el Windows XP (ya que el programa solo funciona en esa plataforma). Así mismo se ha guardado una segunda copia en otro ordenador portátil que existe en el Centro, en la carpeta de documentos compartidos.

Actualmente se ha procedido a la recogida de los datos de los MAPAS realizados.

Una vez tabulados se enviará junto con esta evaluación a todo el personal del Centro de Salud, y se propondrá realizar una continuación de la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con respecto a la evaluación se plantearon los siguientes Indicadores:

1º SE EVALUARÁ EL % DE PACIENTES DETECTADOS COMO NO HIPERTENSOS RESPECTO AL NÚMERO TOTAL DE REALIZADOS

El total de MAPAS realizados a lo largo del año ha sido de 17 con el aparato nuevo y 24 con el aparato antiguo, con un total de 41. El total evaluado ha sido de 41.

Del total 15 (36%) la indicación era evaluar el control de la TA en tratamiento, de ellos estaban bien controlados 10, el 66%.

El resto 26 eran para confirmar HTA, de ellos 11 resultaron Hipertensos y 15 no, es decir un 57% resultaron no Hipertensos, y en consecuencia se libraron de tomar medicación que no precisaban.

2º SE EVALUARÁ EL % DE PRUEBAS REALIZADAS QUE TENGAN UN INFORME COMPLETO, CONSIDERÁNDOSE ACEPTABLE AL MENOS UN 80%.

Se ha conseguido que el 100% tengan un informe, debido fundamentalmente al hecho de que todos se han pasado a PDF, y se han impreso para darlo al paciente y dejarlo en la Historia.

3ª SE CONTROLARÁ EL NÚMERO DE PRUEBAS QUE SE HAN DESCARGADO EN LOS 2 ORDENADORES Y QUE DEBEN SER AL MENOS 80%.

Se han guardado los datos de todos los pacientes en ambos ordenadores previstos, precisamente por haberlos guardado en PDF ha sido fácil pasarlos a otro ordenador.

4º LOS DATOS SE OBTENDRÁN DE LOS INFORMES QUE GENERA EL PROGRAMA Y DE LA COMPARACIÓN DE LOS DATOS EN AMBOS ORDENADORES.

Dado que se han guardado en PDF los datos son iguales en los 2 ordenadores, para obtener los datos en particular del primer punto han sido necesarios acceder en algunas ocasiones a la historia del paciente, ya que no se planteó como se indicaría en la petición, y por otra parte los Programas exigen la introducción de una serie de datos que precisan el acceso a la historia clínica para implementarlos.

Así como al inicio del Programa se hicieron mas MAPAS para control de HTA que para despistaje de la misma, a lo largo de este año si que ha aumentado el porcentaje de pacientes en los que se ha hecho despistaje de HTA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0247

1. TÍTULO

DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTAS MEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2017

y también ha aumentado con respecto al año anterior el número de Hipertensos detectados. También en el grupo de las pacientes ya Hipertensos que se ha realizado la prueba para ver si estaban bien controlados ha aumentado el porcentaje de buen control con respecto al año anterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No se ha llegado a hacer tantos MAPAs como estaba previsto al estropearse el aparato nuevo a primeros de año, y no estar operativo el resto del año, aun así se han realizado casi el mismo número de MAPAs que el año pasado, solo 1 menos.

El uso va por cupos, ya que si bien esta abierto a todo el Centro la mayoría de las peticiones han sido de menos de la mitad de los cupos, por lo que habría que volver a realizar una sesión para recordar el interés de la prueba. Las previsiones fueron en principio muy optimistas, y la realización de 2 MAPAs los lunes y 2 los Jueves se vio que producía problemas, en primer lugar por la falta de uno de los aparatos que hizo imprescindible el disminuir la oferta, y el problema que existe cuando los pacientes no llegan a tiempo y se retrasa el comienzo de alguna consulta, para ello cuando el segundo aparato este operativo, se va a establecer que profesionales ponen y quitan cada uno de los aparatos, para evitar estos problemas, trasladando esta labor prioritariamente a los Residentes. El año pasado en el que el Programa estaba pensado para despistaje de HTA un número considerable de peticiones fueron para valorar el control de la HTA tratada. Por ello este año se dejó abierto para ambos casos, dándose la paradoja de que este año el porcentaje más alto ha sido para despistaje de HTA, por ello en los siguientes años se va a dejar el Programa abierto a todo tipo de pacientes para un abordaje mas global de la HTA.

7. OBSERVACIONES.

En lo que va de año se han seguido realizando MAPAs, todos ellos con el aparato antiguo dado que el nuevo sigue sin ser operativo

Ya se ha producido la aceptación dentro del Equipo del MAPA como una prueba más a realizar en el Centro, con lo que la continuidad está asegurada.

En el tiempo de redacción de esta memoria el aparato antiguo ha dejado de funcionar, con lo que estamos pendientes de conseguir que alguno de los 2 aparatos funcione para reanudar la actividad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/247 ===== ***

Nº de registro: 0247

Título
DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTAS MEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2016

Autores:
ROMEO GUTIERREZ AGUSTIN, PEREZ MURILLO ALBERTO, GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES, BORAO GOMEZ JULIA, GRIMAL ALIACAR FERNANDO, BUJEDA CAVERO MARIA JOSE, APESTEGUI GARMENDIA ANE, CUBERO SALDAÑA EVA SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: HTA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

ES FRECUENTE EN LA CONSULTA DIARIA DE PRIMARIA ENCONTRAR PACIENTES CON CIFRAS TENSIONALES ALTAS, AÚN HABIENDO REALIZADO REPOSO PREVIO ANTES DE LA TOMA. CIFRAS QUE NO SE CONFIRMAN POR TOMAS EN OTROS MOMENTOS (DOMICILIO, FARMACIAS), Y QUE HACEN SOSPECHAR QUE SE TRATA DE UNA HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA. ACTUALMENTE NO SE ESTA REALIZANDO UN BÚSQUEDA ACTIVA, FUNDAMENTALMENTE POR LA FALTA DE SUFICIENTE APARATAJE PARA SU REALIZACIÓN. LA IMPORTANCIA VIENE DADA POR LA NECESIDAD DE HACER UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES QUE SON HIPERTENSOS, DESCARTANDO LOS FALSOS POSITIVOS, Y PODER CONTROLAR POSTERIORMENTE A LOS QUE TIENEN ESTE FACTOR DE RIESGO. A ESTO SE AÑADE EL AHORRO ECONÓMICO DE NO TRATAR A PACIENTES QUE NO PRECISAN SER TRATADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0247

1. TÍTULO

DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTAS MEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2017

RESULTADOS ESPERADOS

EL OBJETIVO ES DETECTAR EL MAYOR NUMERO POSIBLE DE PACIENTES AFECTOS DE HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA, Y EVITARLES EL RIESGO INHERENTE A LA TOMA DE MEDICACIÓN NO NECESARIA Y SUS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, ASÍ COMO A POSIBLES EPISODIOS DE HIPOTENSIÓN POR SU MEDICACIÓN.

MÉTODO

LOS PACIENTES SERÁN CAPTADOS POR SU MÉDICO O ENFERMERA DE CUPO, SE REALIZARÁ, UNA PETICIÓN DE "MAPA" (EN OMI EXISTE EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS LA PETICIÓN CORRESPONDIENTE) Y SE LE ENTREGARÁ ESTA Y UNA HOJA DE INSTRUCCIONES EXPLICANDO EL PROCESO.
SERÁN CITADOS PARA LA REALIZACIÓN DE "MAPA" POR LAS ADMINISTRATIVAS EN UNA AGENDA CREADA PARA ESTE FÍN, PUDIENDO CITARSE UN MÁXIMO DE 2 PACIENTES POR SEMANA POR CADA APARATO QUE SE DISPONGA. LUNES PARA QUITARLO EL MARTES Y JUEVES PARA QUITARLO EL VIERNES.
SE RECOGERÁN LOS DATOS EN 2 ORDENADORES DISTINTOS PARA EVITAR LA PÉRDIDA DE DATOS POR FALLO, UNO DE SOBREMESA Y EL PORTATIL DEL CENTRO, HABIÉNDOSE IMPLEMENTADO PREVIAMENTE EL PROGRAMA INFORMÁTICO NECESARIO.
LOS RESPONSABLES PARA LA PUESTA Y LA RETIRADA DEL APARATAGE SON LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA, QUE REALIZARAN LOS TURNOS CORRESPONDIENTES PARA EVITAR FALLOS EN ÉPOCAS DE VACACIONES O ASUETO, APOYADOS POR LOS RESIDENTES. EL INFORME SE FIRMARÁ Y SE ENTREGARÁN DOS COPIAS AL MÉDICO DE FAMILIA DEL PACIENTE CON LA EVALUACIÓN DE LA PRUEBA.

INDICADORES

SE EVALUARÁ EL % DE PACIENTES DETECTADOS COMO NO HIPERTENSOS RESPECTO AL NÚMERO TOTAL DE REALIZADOS
SE EVALUARÁ EL % DE PRUEBAS REALIZADAS QUE TENGAN UN INFORME COMPLETO, CONSIDERÁNDOSE ACEPTABLE AL MENOS UN 80%.
SE CONTROLARÁ EL NÚMERO DE PRUEBAS QUE SE HAN DESCARGADO EN LOS 2 ORDENADORES Y QUE DEBEN SER AL MENOS 80%.

LOS DATOS SE OBTENDRÁN DE LOS INFORMES QUE GENERA EL PROGRAMA Y DE LA COMPARACIÓN DE LOS DATOS EN AMBOS ORDENADORES.

DURACIÓN

LA FECHA DE INICIACIÓN DEL PROYECTO ESTÁ EN DEPENDENCIA DE LA RECEPCIÓN DEL APARATAJE, A PARTIR DE ESE MOMENTO Y DURANTE DOS O TRES SEMANAS LOS RESPONSABLES ESTUDIARÁN EL PROGRAMA, SE CREARÁ LA AGENDA, SE PRESENTARÁ EL PROYECTO AL RESTO DEL EQUIPO EN SESIÓN CLÍNICA INDICANDO LA FORMA DE REALIZARLO, OBJETIVOS, ETC. SEGÚN LO EXPUESTO EN APARTADOS ANTERIORES.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0380

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP LA ALMOZARA 2017

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO GRIMAL ALIACAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARQUILLUE VARONA SARA
BLASCO BORQUE MARIBEL
GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES
CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA
VALERO YUBERO TERESA
GAZULLA JULIAN TERESA
MONFORT POSADA NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se realizan varias reuniones del grupo de mejora.
se realizan dos reuniones explicativas del proyecto: una a todo el equipo y otra por estamentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
se mejoran las hojas de registro existentes.
se firma mensualmente el control de almacen hojas de resgistor de carro de parada, botiquin, maletin.
Asi lo consigna la auditoria realizada por farmacia del sector.
ha servido para retirar farmacos y material que no se usara
ha servido para aumentar la dotacion de farmacos y material que si se encontraba era necesario,
A partir de los registros y libro de incidencias a implementar se propone el seguimiento de los siguientes indicadores:
- N° de incidencias/mes (en botiquin, almacen, carro d eparadas, maletin urgencias y esterilizacion).: 3 en carro de paradas y 2 en almacen en un año
% de incidencias no solucionadas o demoradas.: cero

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
aunque ya se realizaba un control de almacen, botiquin, carro de paradas y esterilizacion ha servido sobre todod para concienciar a todo el equipo de que este procedimiento es importante.
Ha servido para detectar pequeñas fallos
Ha servido para mejorar control caducidades y verificar el uso correcto del material

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/380 ===== ***

Nº de registro: 0380

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP LA ALMOZARA

Autores:
GRIMAL ALIACAR FERNANDO, ARQUILLUE VARONA SARA, BLASCO BORQUE MARIBEL, GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES, CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, VALERO YUBERO TERESA, GAZULLA JULIAN TERESA, MONFORT POSADA NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: control de caducidades
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0380

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP LA ALMOZARA 2017

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.
Propuesta Responsables:
Almacén, botiquín: Teresa Valero (aux. clínica)
Urgencias: Sara Arquillué (MF) /Maribel Blasco (Enfermera) Esterilización: Teresa Gazulla (aux. clínica)

INDICADORES
A partir de los registros y libro de incidencias a implementar se propone el seguimiento de los siguientes indicadores:
- N° de incidencias/mes (en botiquin, almacen, carro d eparadas, maletin urgencias y esterilizacion).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
inicio enero 2017
fin: diciembre 2017
formacion a recibir de gerencia AP.
controles trimestrales de proyecto
control mensual de indicadores
nombramiento responsables: antes de inicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0570

1. TÍTULO

UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE CLARA MARIA PUEYO SALAVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA

MORA GRACIET BELEN

PEREZ MARTINEZ JULIA

PLUMED TEJERO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Durante el curso escolar nos hemos reunido en 4 ocasiones sanitarios docentes y madre del AMPA para programar actividades
2. Desde el inicio todos los componentes del equipo de mejora hemos hecho un equipo de trabajo, incorporando nuevos miembros, para poder continuar participando en esta nueva red de salud.
3. Hemos realizado formación individualizada a través de cursos on line, asistencia a jornadas y congresos, pero no hemos podido desarrollar sesiones grupales entre nosotros
4. En las sesiones formativas de profesores nos hemos implicado todos los componentes tanto en el diseño de los contenidos como en la presentación
5. En estas sesiones hemos desarrollado los temas previstos y otros que les han interesado especialmente con los profesores como un curso básico de RCP, en el que han participado el 100% de los docentes. En pequeños grupos de 5 acudían a nuestro centro de salud al terminar las clases y con muñecos de RCP y 2 sanitarios realizaban RCP básica
6. Cada sesión que hemos dado a AMPA y a Docentes ha sido evaluada tanto en asistencia como en satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1 ° de sesiones impartidas a EIR-MIR/N° sesiones previstas : 0/4 = 0%
- 2 N° sesiones impartidas a Profesores /N°de sesiones previstas 9/4 = 2,25x100 = 225%
- 3 N° sesiones impartidas a Padres / N° de sesiones previstas: 2/4 = 0,50x100 = 50%
- 4 Nª Docentes satisfechos/ N Decentes participantes : 21/21= 100%
- 5 n° Padres muy satisfechos / N de Padres participantes: 28/29=0,96x100= 96%
- 6 N° de Sanitarios satisfechos/ N° de Sanitarios participantes 8/8 = 1x100= 100%
- 7 Conocer la utilidad de las sesiones de las sesiones formativas a los padres/N° de sesiones impartidas : 28/29=0,96x100= 96%
- 8 Durante el curso escolar presentamos el proyecto al consejo de salud del barrio.

los indicadores N°7y N°5 del proyecto no los hemos evaluado por ser imposible de definir con exactitud el denominador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El actual modelo de Atención Primaria está basado en la asistencia, y las actividades de EpS en la escuela se ven dificultadas puesto que no ocupan un tiempo específico en nuestras agendas, además los diferentes horarios entre Docentes, Sanitarios y Padres hace muy difícil encontrar horarios comunes. Pero la satisfacción de profesores, sanitarios y padres de alumnos nos anima a continuar con este camino de salud en nuestra comunidad.

Con ilusión, ganas, tiempo y mucho esfuerzo de los componentes e este equipo, hemos conseguido establecer un equipo de trabajo entre Educadores, Sanitarios y AMPA, que permite continuar con nuevas actividades . Este proyecto ha sido posible realizarlo gracias a la presencia de Residentes de Familia (MIR-EIR) que han considerado esta, una actividad necesaria en su formación.

En este nuevo curso escolar continuamos en el mismo camino pero con distintas actividades que han priorizado los educadores

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/570 ===== ***

N° de registro: 0570

Título
UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO ALMOZARA - CENTRO SALUD ALMOZARA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0570

1. TÍTULO

UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA

Autores:

PUEYO SALAVERA CLARA MARIA, CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, GARGALLO GASCA NAIARA, MORA GRACIET BELEN, MURO CULEBRAS MARIA, PEREZ MARTINEZ JULIA, PLUMED TEJERO MARIA, TOMEO MUÑOZ RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevencion, Promocion de salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro CS desde el año 1990 desarrollamos, con colegios de la zona, durante 4 años, programas de Educación para la Salud (EpS) en la Escuela patrocinados por el Ministerio de Educación/Insalud/DGA, con resultados satisfactorios en profesores, alumnos, padres y sanitarios que participamos en ellos. Desde entonces, ha cambiado nuestra sociedad, ha aumentado la edad media de vida y la prevalencia de las enfermedades crónicas que tienen relación directa con nuestra manera de vivir: HTA, Dislipemia, Obesidad, Patología Mental. El 5% de los menores de 14 años de nuestro CS, está en tratamiento farmacológico crónico, y de ellos, el 64% toma fármacos por patología psiquiátrica. Otros problemas de nuestra sociedad, violencia, acoso, anorexia, accidentes, consumo de tóxicos, tienen una clara relación con la salud.

La salud es un recurso para la vida que se ve influenciado, por factores sociales y personales. La infancia y adolescencia son etapas sensibles a la influencia de factores protectores y de riesgo, para el desarrollo de salud y la EpS en la escuela, proporciona a niños y adolescentes capacidad crítica para tomar decisiones que faciliten la gestión de su salud, pero la escuela necesita la colaboración de los CS de su zona para que sus acciones tengan un enfoque global y estén integradas en la comunidad. Actualmente en CS Médicos y Enfermeras realizan su formación y deben aprender a trabajar juntos en y para su comunidad

Todo ello nos ha hecho contactar con profesores del Colegio Público (CP) Almozara, que ya participan en redes promotoras de salud, para desarrollar un proyecto común de EpS en la escuela basado en reuniones conjuntas. En junio, diseñamos unas líneas de trabajo entre profesores y sanitarios, que fueron consensuadas en septiembre, van a ser aprobadas por el consejo escolar y han sido presentadas al consejo de salud del barrio, que facilitarían el asesoramiento a los profesores en los temas de salud desarrollados en el aula y la formación de padres de alumnos, para poder iniciar un nuevo camino de salud en nuestra comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1º Instaurar un equipo de trabajo multidisciplinar con sanitarios, docentes y padres de alumnos para tratar conjuntamente, factores condicionantes de salud
- 2º Aprobar en el consejo escolar del CP Almozara este proyecto de EpS
- 3º Crear un grupo de trabajo entre MFyC y Enfermería en nuestro CS, que de estabilidad a las actividades de EpS desarrolladas
- 4 Integrar a MIR EIR en programas de salud comunitaria
- 5 Potenciar la capacidad de los docentes para abordar temas de salud
- 6º Formar a docentes en prevención de accidentes y técnicas de primeros auxilios
- 7 Desarrollar una escuela de padres que sirva de base para afianzar las habilidades trabajadas con los niños desde las aulas
- 8º Ampliar los conocimientos en EpS de MIR/ EIR y estudiantes que se forman en nuestro CS, utilizando técnicas de aprendizaje significativo

MÉTODO

- 1º Médico, 1 Enfermera, 1 Profesor, 1 Padre del AMPA, participaran en el grupo de trabajo de EpS, reuniéndose trimestralmente. A través de nuestras experiencias, conjuntamente, se evalúan actuaciones desarrolladas y se programa las posteriores. Responsable: R. Tomez
- 2º En el CS crearemos un equipo que garantizara la estabilidad de los proyectos durante al menos 2 años. Responsable: N. Gargallo
- 3º Desarrollaremos 3 sesiones formativas a los MIR/ EIR/ Estudiantes sobre comunicación, participación comunitaria y aprendizaje significativo
Responsable: C. Pueyo/M. Muro
- 4º Impartiremos 4 sesiones formativas a los profesores, con los temas propuestos por ellos: Alimentación, Espalda Sana, Prevención de accidentes, Primeros auxilios, Patología de alumnos. Responsable: M. Caso
- 5º Posteriormente las desarrollaremos con los padres de alumnos. Responsable: J. Perez
- 6º Al finalizar cada sesión pasaremos una encuesta de satisfacción a los padres, profesores y sanitarios participantes. Responsable: B. Mora
- 7º Recogeremos en cada actividad el nº de participantes para realizar la evaluación. Responsable: M. Plumed

INDICADORES

- 1 N° sesiones impartidos a EIR- MIR/n° sesiones previstas%
- 2 N° sesiones impartidas a profesores/n° sesiones previstas%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0570

1. TÍTULO

UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA

- 3 N°sesiones impartidas a padres/n°sesiones previstas%
- 4 N°docentes satisfechos/n°docentes participantes en proyecto%
- 5 N°docentes asistentes/n° docentes participantes en proyecto%
- 6 N°padres satisfechos/n°padres participantes en proyecto%
- 7 N°padres asistentes /n°padres alumnos participantes en proyecto%
- 8 N°sanitarios satisfechos/n°sanitarios participantes en proyecto%

DURACIÓN

Junio: Formación de equipo, Reunión de equipo, Reunion de profesores.
Septiembre: Reunion de equipo. R. Profesores. Reunión AMPA.
Octubre: Talleres a profesores.
Noviembre: Talleres padres.
Diciembre: Reunion equipo, Talleres profesores
.Enero: Reunion profesores, Reunion AMPA, talleres padres, Evaluación. Febrero: Talleres profesores.
Marzo: Reunion equipo, talleres padres.
Abril: Talleres profesores
.Mayo: Talleres padres,
Junio: Reunion profesores, Reunión AMPA, Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0307

1. TÍTULO

RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA MURO CULEBRAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARQUILLUE VARONA SARA
CLAVERIA SANCHO GLORIA
MARTIN BERNAD DANIEL
VICENTE ALDEA MARIA TERESA
OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA
SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES
RUIZ SANNIKOVA OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al iniciar el proyecto se revisó el listado de los pacientes captados en EIRA para mantenerlos en el proyecto y no perder el vínculo con el mismo y se reevaluó la situación de sus factores de inclusión, registrando peso, talla, adherencia a la dieta, consumo de tabaco y grado de satisfacción con las actividades realizadas hasta el momento para adaptar las actividades posteriores según las valoraciones.
Se ha intentado que entre medicina y enfermería se mantenga actualizado el registro de cifras tensionales, peso, adherencia a dieta y al ejercicio físico y su estado respecto a la deshabitación tabáquica.
Se reiniciaron en octubre tras el verano, los "Paseos saludables en Almozara", los martes a las 9.30 horas consiguiendo la participación de entre 1 y 7 caminantes.
Se han realizado en estos meses 2 actividades grupales de alimentación saludable a las que asistieron un total de 15 participantes que presentaron un grado de satisfacción alto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido mantener el seguimiento iniciado con el proyecto EIRA y se ha incluido a algún paciente más, haciéndoles participe en su salud para conseguir, mediante el ejercicio físico y la dieta saludable, Hemos conseguido con la colaboración del equipo perpetuar y afianzar la actividad "Paseos saludables en Almozara", estableciéndola como actividad semanal rutinaria
Se han reforzado los conocimientos sobre buenos hábitos alimentarios mediante los talleres colectivos sobre alimentación mediterránea.
Lo más importante es que hemos observado en la última valoración cambios en los hábitos adquiridos en los participantes más constantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con tiempo y mucha dedicación es posible dar a conocer formas de cambiar hábitos saludables entre nuestros pacientes, siempre y cuando ellos estén interesados en los mismos y la información se trasmite de forma adecuada, incentivadora y dirigida.
Es un proyecto que nos ha presentado muchas dificultades por la falta de tiempo entre los profesionales que sienten la carga asistencial como el punto más limitante, además de haber habido dificultades añadidas puesto que la mayoría de los colaboradores del proyecto hemos ido cambiando nuestro lugar de trabajo.
Pese a todo ello ha merecido la pena y queda pendiente mantener estas actividades conseguidas y ampliar el proyecto con nuevas actividades y colaboraciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/307 ===== ***

Nº de registro: 0307

Título
RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO

Autores:
MURO CULEBRAS MARIA, ARQUILLUE VARONA SARA, CLAVERIA SANCHO GLORIA, MARTIN BERNAD DANIEL, VICENTE ALDEA MARIA TERESA, OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA, SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES, RUIZ SANNIKOVA OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0307

1. TÍTULO

RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación para la Salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el año 2017-2018 se ha desarrollado en el centro de salud Almozara la fase de intervención de un proyecto de investigación del grupo de investigación en atención primaria de la consejería B46 (Ensayo Híbrido de evaluación de una intervención compleja multirriesgo para promover conductas saludables en personas de 45-75 años atendidas en atención primaria, EIRA). En esta fase han sido captados 140 pacientes de entre 45-75 años, mediante 3 criterios de inclusión establecidos, de los cuales se debía cumplir al menos 2, para conseguir un grupo de características comparables e idóneos para la intervención diseñada, en estos ítems se valoraban los principales factores de riesgo modificables como son el tabaquismo, la inactividad física y la mala adherencia a la dieta mediterránea. Tras el proceso de captación, se realizaron varias intervenciones individuales para aportar recomendaciones, consejos y valoraciones orientadas a cada paciente concreto; y una vez valorada la situación personal de cada uno y extrapolando los datos al grupo de captados, se impartieron además, de forma colectiva, talleres prácticos con enseñanza de técnicas que buscan transmitir formas de modificación de los hábitos de vida, de una forma activa y autosuficiente. Esta año, con este grupo de trabajo, proponemos una continuidad de las actividades de educación para la salud (EpS) en este grupo de pacientes

RESULTADOS ESPERADOS

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

1. Continuar con el seguimiento clínico de los pacientes captados en el EIRA, una vez finalizada la fase de intervención dentro del estudio.
2. Difundir los activos de salud de nuestro barrio entre esta población
3. Perpetuar y afianzar la actividad "Paseos saludables en Almozara", como parte de la cartera de servicios de nuestro centro.
4. Consolidar una consulta monográfica de deshabituación tabáquica, con los pacientes captados y ampliarlo a todos los fumadores activos que requieran y acepten una intervención intensiva.
5. Mantener las actividades de educación para la salud que fomentan buenos hábitos alimentarios, como los talleres colectivos sobre alimentación mediterránea.
6. Conocer qué cantidad de pacientes y de qué modo han modificado estos estilos de vida.

MÉTODO

- Revisaremos el listado de los pacientes captados en EIRA.
- En una cita inicial, reevaluaremos la situación de sus factores de inclusión, registrando peso, talla adherencia a la dieta, consumo de tabaco y grado de satisfacción con las actividades realizadas.
- Controlaremos sus cifras tensionales, peso, adherencia a dieta y al ejercicio físico y su estado respecto a la deshabituación tabáquica de forma bimensual.
- Compartiremos con estos pacientes los activos de salud de la zona, animándoles a su utilización.
- Continuaremos con "Paseos saludables en Almozara" todos los martes a las 9.30horas y registraremos la participación.
- Realizaremos talleres mensuales sobre alimentación.
- Evaluaremos de forma bimensualmente la asistencia a cada actividad.
- Realizaremos consejo antitabáquico en una consulta monográfica.

INDICADORES

7. INDICADORES Y EVALUACIÓN

1. Pacientes citados para nuevo seguimiento / Paciente captados en EIRA

Estándar: 80%

2. N° de semanas en las que se han realizado paseos saludables / N° semanas del año

Estándar:70%

3. N° de pacientes que acuden a la consulta de deshabituación / N° pacientes fumadores captados

Estándar: 80%

4. N° de asistentes a la actividad de alimentación saludable / N° pacientes captados con mala adherencia a la dieta mediterránea

Estándar: 70%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0307

1. TÍTULO

RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO

5. N° de talleres de alimentación desarrollados/n° de meses en las que se desarrolla la actividad
Estándar: 80%
6. N° paciente que han modificado o incrementado el ejercicio físico / N° de pacientes captados en EIRA
Estándar: 80%
7. N° de pacientes que han abandonado el hábito tabáquico / N° de pacientes con tabaquismo captados en el proyecto
Estándar: 50%
8. N° de pacientes que han modificado su alimentación / N° de pacientes con mala adherencia a dieta mediterránea
Estándar: 80%
9. N° de pacientes que conocen los activos de salud del barrio/ N° pacientes captados
Estándar: 100%
10. N° de pacientes que utilizan los activos de salud del barrio /N° de pacientes captados
Estándar: 70%
11. Creación de una consulta monográfica antitabaco
Estándar: 100% (Sí)

DURACIÓN

- Presentación del equipo --> Abril 2018(María Muro)
- Revisión del listado de pacientes --> Mayo 2018(María Muro)
- Realización de una tabla de registro para actualizar los datos de los pacientes --> Mayo 2018(María Muro)
- Realización de la primera cita de revisión --> Mayo/Junio 2018(Daniel Martín)
- Control de las variables analizadas --> Bimensualmente 2018-2019(Maite Vicente y Nieves Sobreviela)
- Liderazgo de los "Paseos saludables" --> Todos los martes 2018-2019(Sara Arquillué)
- Realización de los talleres de alimentación. --> Mensualmente(Mariví Oliete)
- Liderazgo de "Consulta antitabáquica" --> Quincenalmente (Gloria Clavería)
- Evaluación de las actividades realizadas --> Bimensual(Olga Ruiz)
- Evaluación global del proyecto --> Mayo 2019(María Muro)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0436

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE FRAGILIDAD PARA LA PREVENCION DE DISCAPACIDAD Y DE CAIDAS EN LA POBLACION MAYOR

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE LUIS CAÑADA MILLAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN
ALVAREZ GOMEZ ESTHER
OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA
ABENGOECHEA MEDRANO MILAGROS
JACINTO MARTIN ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Formación de enfermería con la fisioterapeuta del centro en instruir a pacientes en la realización de ejercicios físicos para prevenir discapacidad. Para ello se ha realizado una actividad grupal con pacientes, en la sala de fisioterapia.
2.- Formación de enfermería en recomendaciones nutricionales para prevenir discapacidad: se han utilizado recomendaciones dietéticas de la Sociedad Española de Geriátria.
3.- En la consulta del médico de familia, a los pacientes de 70 años se les pasaba Índice de Barthel. Si el I. de Barthel era igual o superior a 90 (no dependiente), el paciente pasaba a la consulta de enfermería.
4.- En la consulta de enfermería se realizaba un cribado de fragilidad mediante la prueba de ejecución Physical Performance Battery (SPPB) que combina equilibrio, velocidad de la marcha y levantarse de una silla. Se les preguntaba por riesgo de caídas: 2 ó más caídas en el último año o 1 caída que precisaba atención sanitaria. Si el paciente tenía un resultado en la prueba SPPB <10 y/o riesgo de caídas, se aleatorizaba por orden de llegada, en grupo de intervención y grupo de no intervención.
5.- Al grupo de intervención se les enseñaba por parte de enfermería la realización de ejercicios físicos y recomendaciones nutricionales. Por parte de medicina se revisaba la medicación por si era susceptible de suprimir fármacos que facilitarían caídas.
La captación de pacientes comenzó en abril 2018 y sigue en el momento actual.
Se han realizado reunión del equipo para explicar el proyecto y reunión específica con fisioterapia para instruir en la realización de ejercicios de resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han estudiado un total de 100 pacientes de 70 ó más años con Barthel superior igual o superior a 90. 60 han sido clasificados como frágiles. 40 han sido clasificados como no frágiles.
Características población no frágil: edad media: 76,1 años. Consumo fármacos medio: 4,66 fármacos. Percepción subjetiva salud medio: 7,4 puntos (0-10)
Características población frágil: Edad media: 80,1 Consumo fármacos medio: 6,3 fármacos. Percepción subjetiva salud media: 5,82 (0-100).

A los 6 meses de la intervención, en el grupo de intervención, el SPPB pasó de 6,33 a 6,41; el número de fármacos de 5,60 a 5,08; la puntuación subjetiva de salud de 4,91 a 5,91. Se registraron 1 caída, 2 hospitalizaciones y 1 fallecimiento.

En el grupo de no intervención, el SPPB pasó de 6,69 a 6,92; el número de fármacos de 5,38 a 6,07; la puntuación subjetiva de salud de 6,84 a 6,24. Se registraron 2 caídas, 1 hospitalización y 0 fallecimientos. 1 paciente tuvo un Barthel inferior a 90.

Indicador inicial: relación frágil/no frágil: 40/60.

Indicador 6 meses: número dependientes nuevos grupo intervención / número dependientes nuevos grupo no intervención: 0/1.

Indicador 6 meses: número caídas grupo intervención / número caídas grupo no intervención: 1/2.

Indicador 6 meses: número eventos (caídas + dependientes + fallecimientos) / población frágil grupo intervención x 100: 2/13x100: 15,38%

Indicador 6 meses: número eventos (caídas + dependientes + fallecimientos)/ población frágil grupo no intervención x 100: 3/13x100: 23,07%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones.

A los 6 meses de la intervención se aprecia un ligero aumento de SPPB en ambos grupos, un menor consumo de fármacos en el grupo de intervención y una ligera mayor percepción subjetiva de salud en el grupo de intervención.

Se registra un fallecimiento en el grupo de intervención, 1 caída en el grupo de intervención, frente a 2 en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0436

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE FRAGILIDAD PARA LA PREVENCION DE DISCAPACIDAD Y DE CAIDAS EN LA POBLACION MAYOR

el de no intervención y 2 hospitalizaciones en el grupo de intervención frente a 1 en el de no intervención.

Resultados todavía poco concluyentes por el escaso tiempo transcurrido donde sólo 26 pacientes han completado 6 meses de seguimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/436 ===== ***

Nº de registro: 0436

Título
DETECCION PRECOZ DE FRAGILIDAD PARA LA PREVENCION DE DISCAPACIDAD Y DE CAIDAS EN POBLACION MAYOR

Autores:
CAÑADA MILLAN JOSE LUIS, CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN, ALVAREZ GOMEZ ESTHER, OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA, ABENGOECHEA MEDRANO MILAGROS, JACINTO MARTIN ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ACTIVIDADES PREVENTIVAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2014, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprueba en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS, el "Documento de consenso sobre prevención de discapacidad y caídas en el anciano". Elaborado por miembros de varias sociedades científicas españolas de medicina y enfermería de Atención Primaria y Geriátrica.

La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función y no de enfermedad. La situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia resulta mejor predictor de discapacidad que la morbilidad. Prevenir la discapacidad actuando sobre la fragilidad es posible, dado que esta última se puede detectar y es susceptible de intervención.

La fragilidad es un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar discapacidad. Se centra en la funcionalidad y no en el diagnóstico de enfermedad, siendo un buen predictor de eventos adversos de salud. Identifica a mayores independientes con riesgo de pérdida funcional.

Las caídas son causa importante de discapacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad.

Ambas situaciones pueden detectarse precozmente y son susceptibles de intervención, siendo la Atención Primaria el marco idóneo para su manejo: PAPPS 2014.

Para reducir la fragilidad es necesario actuar sobre su principal factor de riesgo: la inactividad. Las intervenciones centradas en la actividad física han demostrado su eficacia en retrasar e, incluso, revertir la fragilidad y la discapacidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Detectar un subgrupo de pacientes mayores frágiles y/o con riesgo de caídas en el Centro de Salud de Almozara.
- 2.- Medir los resultados de una intervención multicomponente y multiprofesional.
- 3.- Mantener la autonomía y la independencia de las personas mayores.

MÉTODO

Actividades y oferta de servicios:

Detección oportunista de la población de 70 ó + años que acude al Centro de Salud con Barthel de 90 ó superior.

- 1.- Inclusión en el programa: se realiza una valoración para las actividades básicas de la vida diaria mediante la escala de Barthel.

Si > 60 = 90: cribado de fragilidad.

Si < 90: no inclusión en el proyecto.

- 2.- Cribado de fragilidad:

Prueba de ejecución Short Physical Performance Battery (SPPB), combina equilibrio, velocidad de la marcha y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0436

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE FRAGILIDAD PARA LA PREVENCION DE DISCAPACIDAD Y DE CAIDAS EN LA POBLACION MAYOR

levantarse de una silla. Tiene una buena validación para detectar fragilidad y elevada fiabilidad en predecir discapacidad, así como su factibilidad de uso en Atención Primaria.

3.- Valoración del riesgo de caídas:

Mediante 2 preguntas:

¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?

¿ Ha sufrido dos o más caídas en el último año?

4.- Intervención preventiva:

Cuando se detecta fragilidad (SPPB < 10) y/o hay riesgo de caídas, se aleatorizan por orden de llegada en grupo de intervención y grupo de no intervención.

En el grupo de intervención, si hay fragilidad, se realiza un programa de actividad física multicomponente (resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular) con ayuda de la fisioterapeuta y recomendaciones nutricionales por parte de enfermería. Si hay riesgo de caídas, las intervenciones comentadas, revisión de la medicación y actuación sobre riesgos en domicilio.

5.- Seguimiento:

A los 6 y 12 meses se valoran los siguientes parámetros:

Barthel, SPPB, caídas, hospitalizaciones, consumo de fármacos, percepción subjetiva de salud y fallecimientos.

Se realiza un análisis estadístico entre los resultados de ambos grupos.

INDICADORES

Número pacientes con SPPB <10 y/o riesgo de caídas / Número pacientes con SPPB =10 y sin riesgo de caídas x 100. Al inicio.

Número de pacientes del grupo de intervención con I. Barthel < 90 / Número de pacientes del grupo de no intervención con I. Barthel < 90 x 100. A los 6 y 12 meses.

Número de pacientes del grupo de intervención con caídas/ Número de pacientes del grupo de no intervención con caídas x 100. A los 6 y 12 meses.

DURACIÓN

1. 2017: Inicio del estudio piloto en un cupo del Centro Salud Almozara.

2. Primer-segundo trimestre 2018: Incorporación al estudio de nuevos cupos para intervención. Reevaluación de seguimiento de recomendaciones.

3. Tercer trimestre 2018: evaluación de resultados hasta la fecha. Seguimiento a los 6 y 12 meses. (SPPB, I. Barthel, incidencia de caídas, consumo de fármacos, estado subjetivo de salud, hospitalizaciones y mortalidad).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0453

1. TÍTULO

CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA-CENTRO SALUD ALMOZARA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE RUTH TOMELO MUÑOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN BERNAD DANIEL
CLAVERIA SANCHO GLORIA
JACINTO MARTIN ALBERTO
JIMENEZ ASENSIO SANDRA
BUJEDA CAVERO MARIA JOSE
PEREZ MARTINEZ JULIA
PUEYO SALAVERA CLARA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha logrado dar continuidad al proyecto colaborativo que se lleva a cabo con el CEIP Almozara, continuando con el trabajo en red e incorporando nuevos componentes al equipo. Se ha dado a conocer el proyecto a los nuevos miembros del EAP incorporados tras los últimos traslados.

Aunque no se ha logrado incorporar activos de salud de nuestro barrio, se ha contado con la colaboración de SARES en la programación de actividades con el alumnado y con los recursos facilitados por la iniciativa nacional "RCP desde mi cole".

Se ha realizado un taller sobre la atención al niño diabético para el claustro.

Se ha programado un taller de RCP para la escuela de padres, que se realizara en abril de 2019.

Se han realizado las siguientes actividades con el alumnado:

En el ciclo de Infantil se dio a conocer la actividad de los sanitarios y visitaron las instalaciones del centro de salud.

En el 1 Ciclo de Educación Primaria: se les adiestro para actuar ante una emergencia sanitaria.

Se han programado actividades para el 3 ciclo de Educación primaria que se realizaran en este curso escolar, sobre la prevención de adicciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º Establecer la continuidad del grupo de EAP:

a) Reuniones de equipo de EAP realizadas: 3 /nº de reuniones previstas 4 = 75%

b) Incorporación de nuevos sanitarios en el equipo: 4 nuevos sanitarios/ nº de sanitarios 8 = 50%

2º Nuevo activo de salud: Nuevos activos contactados: 0 / activos implicados con el proyecto: 0 = 0%

3º Demandas solicitadas por el claustro: 1 / demandas resultas: 1= 100%

4º Reuniones realizadas con el AMPA: 2 / Reuniones previstas 2= 100%

5ª Actividades previstas con la Escuela de Padres: está consensuada y preparada para realizarse durante el mes de Abril.

6ª. Actividades realizadas con el alumnado han sido consensuadas entre claustro, AMPA y sanitarios y se están desarrollando hasta final de curso, momento en el que se podrán evaluar.

7º Sesiones realizadas en el equipo de atención primaria: 3/ Nº de sesiones previstas 4 = 75 %

8º Las encuestas de satisfacción serán realizadas al final de la actividad en junio de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro proyecto está en fase de desarrollo y hasta junio del 2019 no lo podemos valorar en profundidad pero todos los participantes, sanitarios, profesores y padres estamos ilusionados con este camino de salud que desde hace 3 años estamos compartiendo.

Aunque el proyecto cooperativo va creciendo, y hemos establecido una relación en red con el claustro y el AMPA, todavía queda pendiente incorporar activos de salud del barrio y poder trabajar con el alumnado de una forma más integrada. Para ello creemos fundamental continuar con el proyecto, incorporar nuevos colaboradores e integrar dentro de nuestra agenda asistencial, las actividades comunitarias de Educación para la salud en la escuela

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/453 ===== ***

Nº de registro: 0453

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0453

1. TÍTULO

CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA-CENTRO SALUD ALMOZARA

CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA. CENTRO SALUD ALMOZARA

Autores:
TOMEIO MUÑOZ RUTH, MARTIN BERNAD DANIEL, CLAVERIA SANCHO GLORIA, JACINTO MARTIN ALBERTO, JIMENEZ ASENSIO SANDRA, PEREZ MARTINEZ JULIA, PUEYO SALAVERA CLARA MARIA, BUJEDA CAVERO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación para la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el centro de salud Almozara llevamos colaborando con el CEIP Almozara durante los dos cursos escolares previos, con este proyecto queremos dar continuidad a dicha colaboración. Teniendo en cuenta, que la participación en programas de atención a la comunidad entra dentro de los objetivos de nuestra especialidad y, es básica en la formación de nuestros residentes y estudiantes.
En este tiempo hemos observado la falta de recursos con los que cuenta el profesorado, para dar respuesta a temas de salud en el aula, siendo estos temas una necesidad transversal en las competencias curriculares que, deben adquirir los alumnos en su formación.
Resaltar, también, la importancia de la implicación de las familias y del alumnado en la gestión de su propia salud. Ya que, en estas etapas, pueden ser más influenciables tanto por factores de riesgo como por factores protectores para la adquisición de hábitos saludables.
Con la continuidad de este proyecto queremos proporcionar al alumnado la capacidad crítica para tomar decisiones que faciliten la gestión de su salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1º Continuar con el trabajo en red de sanitarios, docentes y padres de alumnos para tratar conjuntamente, factores condicionantes de salud en la infancia y la adolescencia.
2º Dar continuidad al grupo que trabaja las actividades de EpS en nuestro centro de salud, integrando a nuevos componentes.
3º Contactar con entidades que trabajen objetivos comunes de educación para la salud en las aulas, para aunar ideas y esfuerzos.
4º Resolver las demandas del profesorado sobre temas de salud en el aula.
5º Afianzar la actividad de la escuela de padres, trabajando desde la parentalidad positiva, en colaboración con el AMPA.
6º Empoderar al alumnado en conceptos de salud positiva, hábitos saludables, prevención de riesgos, y actuación en situaciones de emergencia sanitaria.
7º Implicar a los alumnos del CEIP Almozara en la gestión de su propia salud.
El objetivo final sería promover hábitos de vida saludables en los alumnos y sus familias que se extiendan al barrio en el que estamos situados y, a la sociedad.

MÉTODO

El equipo de sanitarios del proyecto formalizaremos reuniones de forma trimestral, para programar actividades, facilitar recursos, y analizar las actuaciones realizadas.
Cumplimentaremos un registro de las actividades realizadas, las reuniones y las incidencias surgidas a lo largo del proyecto.
Realizaremos dos reuniones con el AMPA, para trabajar temas de salud, de interés para las familias.
Incluiremos a los activos de salud del barrio, compaginando actividades, entre otros, con el centro cívico de Almozara.
Efectuaremos reuniones con el equipo directo del CEIP Almozara donde se atenderá a las posibles demandas del profesorado y se organizarán las actividades con el alumnado, de forma trimestral.
Impartiremos al alumnado talleres adecuados a su ciclo formativo, desde el aprendizaje significativo:
Infantil: conocer el trabajo de los sanitarios en el centro de salud
1 Ciclo de Educación primaria: actuación ante una emergencia sanitaria
2 Ciclo de Educación Primaria: hábitos de vida saludables
3 Ciclo de Educación Primaria: prevención de adicciones

INDICADORES

1: Se ha dado continuidad al grupo de EAP: número de reuniones del equipo/ reuniones previstas. (Estándar 75%)
2: Nuevos sanitarios incluidos en el grupo/ número de sanitarios participantes (Estándar 50%)
3: Nuevos activos de salud implicados con en el proyecto/ número de activos contactados. (Estándar 20%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0453

1. TÍTULO

CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA-CENTRO SALUD ALMOZARA

- 4: Demandas solicitadas por el claustro / demandas resueltas (Estándar 70%)
- 5: Reuniones con el AMPA/ número de reuniones previstas (Estándar 50%)
- 6: Actividades realizadas con la escuela de padres/ actividades previstas (Estándar 50%)
- 7: Actividades realizadas al alumnado/ Actividades previstas (Estándar 60%)
- 8: Sesiones de equipo/ número de sesiones previstas (Estándar 75%)
- 9: Número de alumnos que se han beneficiado de talleres/ número total de alumnos (Estándar 80%)
- 10: Número de sanitarios satisfechos/ número de sanitarios participantes (Estándar 80%)
- 11: Número de padres satisfechos/ número de padres participantes (Estándar 60%)

DURACIÓN

La duración del proyecto será el curso escolar 2018-2019.

Se realizarán, de forma piloto, actividades con Educación Infantil y primer ciclo de Educación Primaria en Abril y Mayo de 2018. (MJ. Bujeda)

Realización de talleres con el alumnado, durante el curso escolar, en función de las actividades curriculares del colegio. (D. Martín, S. Jiménez, G. Clavería, A. Jacinto)

Reuniones trimestrales del equipo de sanitarios en: septiembre, diciembre, marzo y junio. (R. Tomeo, C. Pueyo)

Reuniones trimestrales con el equipo directivo del CEIP Almozara en: octubre, enero, abril y junio. (R. Tomeo, J. Pérez)

Reuniones semestrales con el AMPA en: octubre y abril. (R. Tomeo, D. Martín)

Evaluación final del proyecto en Julio de 2018 por parte del equipo multidisciplinar que forme parte del proyecto. (R. Tomeo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0877

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA VICENTE ALDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES
SANZ ASIN ALICIA PILAR
BORAO GOMEZ JULIA
MOYA PEREZ MARIA PILAR
PLUMED TEJERO MARIA
BONA GARCIA JAIME

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo 2018, según el calendario marcado, se presentó el proyecto de calidad a los miembros del equipo y se les facilitó el formulario de encuesta IPSS para que pudieran aportarlo a sus pacientes en la consulta. En el proyecto participaron profesionales de enfermería (4) y médicos del Centro de Salud Almozara (2). Según el profesional, la encuesta se realizó de manera autoadministrada (contestada por el propio paciente), que luego devolvía a la consulta, o se realizaba directamente por el profesional en la consulta. Se elaboró una plantilla EXCELL donde se recogía: el nombre del paciente, edad, médico responsable, respuesta 1ª encuesta IPSS y fecha, tratamiento prescrito (si era preciso), respuesta 2ª encuesta IPSS y fecha, efectos secundarios, mejoría clínica y abandonos. La recogida de datos se realizó desde mayo hasta diciembre de 2018 según el calendario marcado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se les realizó una primera encuesta a un total de 96 pacientes, con una media de edad de 66,7 años. A 69 pacientes la encuesta les dió una puntuación menor a 8 (media 5) y a 27 pacientes una puntuación mayor a 8 (media 12). A los pacientes con IPSS mayor a 8, se inició tratamiento y se citó para una 2ª valoración y realización de encuesta en aproximadamente 3 meses.
Pacientes que completaron la encuesta y el tratamiento / nº total encuestas : 21 /96
Nº con mejoría IPSS/ Nº total encuestas: 17 /96
Nº sin mejoría IPSS/Nº total encuestas: 4 /96
Tasa de abandonos por efectos secundarios /Nº total encuestas: 6/96
Nº tratamientos innecesarios /nº total encuestas: 4/96

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los abandonos de tratamientos iniciados ha sido del 22,2% (6/27), que se ha producido principalmente por efectos secundarios de los alfa bloqueantes (hipotensión, eyaculación retrograda, congestión nasal). Globalmente se ha producido una mejoría en el IPSS en el 62,96% (17/27) de los pacientes tratados. La tasa de tratamientos innecesarios ha sido de 14,8% (4/27). Se puede llegar a la conclusión de que la encuesta IPSS es una herramienta útil y de sencilla aplicación para valorar el inicio de tratamiento en pacientes sintomáticos con HBP, y para valorar la necesidad de continuar o no con el tratamiento si detectamos una ausencia de mejoría.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/877 ===== ***

Nº de registro: 0877

Título
IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
VICENTE ALDEA MARIA TERESA, SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES, SANZ ASIN ALICIA PILAR, BORAO GOMEZ JULIA, MOYA PEREZ MARIA PILAR, PLUMED TEJERO MARIA, BONA GARCIA JAIME

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo: Hombres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0877

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: ADECUACION

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hiperplasia benigna de próstata (HPB) es una enfermedad con alta prevalencia entre los varones de más de 50 años que requiere una continuidad asistencial entre los 2 niveles existentes en nuestro país, el de atención primaria (AP) y el de atención especializada; motivo por el que era necesario consensuar unos criterios de derivación o de continuidad que sirvan de orientación a ambos colectivos. La historia clínica del paciente, el Índice Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS, International Prostate Symptom Score), el tacto rectal y el antígeno prostático específico (PSA, prostate-specific antigen) son herramientas accesibles en el ámbito de la AP que permiten un diagnóstico adecuado de la HBP.

Conscientes de tal necesidad, las sociedades científicas de atención primaria (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Medicina General (SEMG), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y la Asociación Española de Urología (AEU) elaboraron este documento de consenso. A los pacientes con IPSS<8 se los deberá mantener en vigilancia y evaluar anualmente; en los pacientes con IPSS 8-20, si el tamaño de la próstata es pequeño, se recomienda el tratamiento con bloqueadores alfa y evaluación al primer y tercer mes, si el tamaño de la próstata es grande se recomienda el tratamiento con bloqueadores alfa o inhibidores 5-alfa-reductasa y evaluación al tercer y sexto mes.

En este documento se establecen unos criterios de derivación al urólogo claros, que facilitan el tratamiento de este tipo de pacientes. Se derivarán al urólogo aquellos pacientes con HBP que no presenten mejoría al tercer mes de tratamiento con bloqueadores alfa, o al sexto mes de tratamiento con inhibidores 5-alfa-reductasa.

Se derivarán también los pacientes con síntomas del tracto urinario inferior en los que se observe algún hallazgo patológico durante el tacto rectal, IPSS >20, PSA >10 ng/ml o PSA >4 ng/ml y PSA libre <20% o pacientes con edades <50 años y sospecha de HBP, así como aquellos pacientes con alguna complicación urológica.

Pertinencia del proyecto

Actualmente la prescripción de este tipo de tratamientos se ha generalizado sin analizar la conveniencia de mantenerlos o retirarlos si resultaran ineficaces. A pesar de disponer de la herramienta simple (encuesta IPSS) no se ha llegado a implantar en la clínica diaria.

El objetivo del proyecto es comprobar en pacientes sintomáticos no tratados la evolución del índice IPSS (recomendado en el documento de consenso de las sociedades científicas) previo y a los tres meses del tratamiento, con la finalidad de valorar la adecuación del tratamiento, disminuyendo si es posible el número de tratamientos ineficaces.

RESULTADOS ESPERADOS

Adecuación del protocolo HBP del Sector II a Atención Primaria .
Racionalizar el gasto farmacéutico en pacientes con HBP, al retirar tratamientos ineficaces .
Conocer la presencia de efectos secundarios y posibles interacciones farmacológicas

MÉTODO

- 1-Presentación del proyecto en el CS .
- 2-Entrega de la tabla de recogida de datos .
- 3-Cumplimentación de encuesta IPSS autoadministrada en la visita inicial del paciente con clínica compatible con HBP y evaluación de necesidad de tratamiento.
- 4-Revisión de los pacientes a los tres meses con nueva encuesta IPSS y valoración de continuidad de tratamiento .
- 5-Recogida de efectos secundarios y posibles interacciones farmacológicas
- 6-Análisis de los resultados.

INDICADORES

- 1-Pacientes que completaron encuestas y el periodo de tratamiento / Número total de pacientes a los que se les oferta el estudio.
- 2-Número de pacientes con mejoría en IPSS/ Número total de pacientes a los que se realiza IPSS
- 3-Numero de pacientes sin mejoría en IPSS/ Número total de pacientes a los que se realiza IPSS
- 4-Tasa de abandonos por efectos secundarios o interacciones/ Número total de pacientes a los que se realiza IPSS
- 5-Numero de tratamientos innecesarios / Número total de pacientes a los que se realiza IPSS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0877

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA

DURACIÓN

Presentación del proyecto en mayo 2018

Se realizará la captación de pacientes, tras realizar encuesta IPSS desde mayo hasta noviembre de 2018 .

En diciembre 2018 se realizará análisis de los datos obtenidos .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0891

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE JAIME BONA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARQUILLUE VARONA SARA
BERNE PALACIOS ALEJANDRA VICTORIA
GARCIA NAVALON PILAR
GRIMAL ALIACAR FERNANDO
MOYA PEREZ MARIA PILAR
RODENAS FERRANDO URSULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se solicitó a la Dirección de AP y Unidad Docente un dermatoscopio para uso en consulta y para poder poner en marcha el proyecto piloto "TELEDERMA". Se dotó de un dermatoscopio DL 200 Hybrid que comenzó a utilizarse por los profesionales formados. Posteriormente se adquirió la cámara fotográfica que se está utilizando en el proyecto telederma.

Entre los meses de febrero y junio, se impartió un programa formativo inicial, en el que se abordó la patología tumoral dermatológica desde un punto de vista clínico y posteriormente con la ayuda del dermatoscopio. Posteriormente se impartieron sesiones de refuerzo y resolución de dudas. En total se impartieron 11 sesiones, 10 de ellas acreditadas. Se solicitó la acreditación de 8 sesiones formativas concediéndose acreditación con 1.6 créditos (exp. 02 0004 04 0200A) y posteriormente 2 de refuerzo con 0.4 créditos (exp 8561).

Por parte de la Dirección de AP/Servicio de Dermatología se impartió una sesión informativa sobre el proyecto piloto "TELEDERMA" con el fin de organizar su implantación en el centro de salud, con explicación de la plataforma informática donde subir las imágenes y el modo de realizar las interconsultas, con la creación de una agenda específica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha solicitado adquisición de dermatoscopio a la Dirección de AP/Unidad Docente. Estándar: SI
Se solicitó la adquisición de un dermatoscopio a través de la unidad docente y dirección de AP. El dermatoscopio empezó a utilizarse en el centro en el segundo semestre del 2018.

nº sesiones sobre dermatología y uso dermatoscopio impartidas por el EAP. Estándar > 10 sesiones/año
Se han impartido 11 sesiones

nº de asistentes a las sesiones promedio. Estándar >50% de médicos del EAP. Promedio de asistentes: 17.5

Otros, dependientes del SALUD, Dirección AP y Servicio de Dermatología para implantación "TELEDERMA":

Se ha facilitado material para implantación (Dermatoscopio, cámara de fotos): Si

Existe aplicación informática para la realización de interconsultas virtuales adjuntando fotos clínicas y dermatoscópicas: Si

Nº de reuniones/sesiones formativas mantenidas con el EAP.: 11 sesiones de formación en dermatología clínica/dermatoscopia y una con informáticos para explicar uso y circuito de telederma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El uso del dermatoscopio ha permitido adquirir mayor seguridad a los médicos de familia en el manejo de algunas patologías dermatológicas y ha permitido mejorar la formación en dermatología de los residentes. No se ha evaluado la precocidad de los diagnósticos realizados respecto a la no utilización del dermatoscopio.

Con la implantación paulatina de TELEDERMATOLOGÍA existe el consenso entre los médicos de familia implicados y el servicio de dermatología que es un proyecto que mejora la asistencia a los pacientes con elevada satisfacción por parte de los mismos y de los profesionales implicados.

Expandir la TELEDERMATOLOGÍA CON DERMATOSCOPIA al resto de centros de salud puede mejorar el diagnóstico precoz de diferentes patologías y ayudar a disminuir la lista d espera en esta especialidad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0891

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/891 ===== ***

Nº de registro: 0891

Título
FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

Autores:
BONA GARCIA JAIME, ARQUILLUE VARONA SARA, BERNE PALACIOS ALEJANDRA VICTORIA, GARCIA NAVALON PILAR, GRIMAL ALIACAR FERNANDO, MOYA PEREZ MARIA PILAR, RODENAS FERRANDO URSULA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología dermatológica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La dermatoscopia permite que los médicos puedan visualizar in vivo estructuras y colores de la epidermis, unión dermoepidérmica y dermis superficial, que no son visibles mediante la simple inspección. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

Numerosos estudios han demostrado que la dermatoscopia es una herramienta útil y barata que mejora notablemente la capacidad de detección de melanomas entre los médicos de familia, comparado con la detección de visu. Aumentando en algunos casos la sensibilidad del 54% al 74%. La dermatoscopia podría evitar biopsias y derivaciones a Dermatología innecesarias, a la vez que aumentaría la confianza de los médicos de familia en el diagnóstico de lesiones sospechosas de malignidad.

En los últimos 20 años la incidencia de melanoma ha aumentado a un ritmo más acelerado que cualquier otra neoplasia en España, su tendencia a aumentar es la más alta y las proyecciones realizadas en España indican que esta situación continuará en el futuro.

Los médicos de AP se basan con frecuencia en la regla de predicción ABCDE para establecer el diagnóstico de sospecha. Esto supone su detección en fases avanzadas y en muchos casos es tarde para obtener un resultado satisfactorio con el tratamiento. Los melanomas que se diagnostican de forma precoz tienen una supervivencia cercana al 100%, mientras que los tumores más avanzados muestran una supervivencia inferior al 10% a los 5 años. Un diagnóstico a tiempo y un seguimiento de este cáncer cutáneo permite salvar muchas vidas y reducir la necesidad de tratamientos agresivos.

La regla de predicción ABCDE no es útil para para confirmar el diagnóstico por su baja especificidad. El apoyo de la dermatoscopia permitirá evitar un elevado número de biopsias innecesarias.

En una revisión sistemática, la dermatoscopia demostró ser más sensible que la simple inspección para el diagnóstico de melanoma, incluso aplicada por médicos de familia adecuadamente entrenados.

Vestergaard et al., en su revisión sistemática, aconsejaron el uso del dermatoscopio, que demostró más seguridad diagnóstica que la simple inspección aislada (grado de recomendación A)

En el estudio de Argenziano et al. se concluyó que se podía recomendar el uso de la dermatoscopia porque mejoraba la capacidad del MF en la criba de lesiones sugestivas de cáncer de piel sin aumentar el número de consultas innecesarias a dermatólogos (grado de recomendación A).

El dermatoscopio permite la detección precoz de lesiones sugestivas de melanoma antes de que aumenten de tamaño, permitiendo la derivación urgente/preferente a dermatología y adelantándose el tratamiento. Por tanto, aporta mayor seguridad al médico de familia ante lesiones melanocíticas para derivar de forma preferente ante signos evidentes de sospecha precoz.

La formación en dermatoscopia en el centro de salud permitirá también completar la formación al médico residente en la atención a la patología dermatológica y facilitará la participación de los profesionales en el proyecto piloto de "TELEDERMA" en el que se enviarán fotos tomadas mediante dermatoscopia para facilitar el diagnóstico al servicio de Dermatología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0891

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

RESULTADOS ESPERADOS

Principal: Formar y capacitar a los profesionales en el uso del dermatoscopio.
Secundario: Adquirir conocimientos para participar en proyecto TELEDERMA

MÉTODO

Solicitud a la Dirección de AP y Unidad Docente de dermatoscopios para uso en consulta y para poder poner en marcha el proyecto piloto "TELEDERMA".

Programa formativo inicial en el que se abordará la patología tumoral dermatológica desde un punto de vista clínico y posteriormente con la ayuda del dermatoscopio. Se solicitará acreditación para dicha formación. (enero-marzo).

Sesiones formativas de refuerzo basadas en casos clínicos con el fin de asentar los conocimientos adquiridos y resolver las dudas que hayan surgido con el uso del dermatoscopio. (mayo-octubre).

Sesión informativa sobre el proyecto piloto "TELEDERMA". Posteriormente se realizará otra sobre la toma de imagen digital para optimizar el uso de "TELEDERMA". (Dirección AP/Servicio Dermatología)

INDICADORES

Solicitud dermatoscopio a la Dirección de AP/Unidad Docente. Estándar: SI
nº sesiones impartidas por el EAP. Estándar > 10 sesiones/año
promedio asistentes sesiones. Estándar >50% del EAP.

DURACIÓN

Solicitud dermatoscopio. (P García, S Arquillué, J Bona)

Sesiones formativas iniciales: Ene-Mar 18. Recopilación información y preparación. F Grimal, Ú Ródenas, P Moya, A Berné. Impartidas por J Bona.

Sesiones formativas posteriores: May- oct 18. Recopilación de información y preparación. S Arquillué, Ú Ródenas, P Moya, A Berné, J Bona. Impartidas por Jaime Bona

Participación TELEDERMA (jun-dic), dependiente de SALUD/Dirección AP/Servicio Dermatología/EAP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0204

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD LA ALMOZARA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE SARA VIADAS NUÑEZ
· Profesión EIR
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN BERNAD DANIEL
SANCHEZ VELA ARACELI
SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES
OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA
BUJEDA CAVERO MARIA JOSE
ROCCA JIMENEZ MARTA
RUIZ SANNIKOVA OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo de 2019 se formó el equipo encargado de llevar a cabo este proyecto, poniendo en común los objetivos a cumplir, los distintos temas que se ahondarían durante el mismo y el organigrama. Se acordó que se llevarían a cabo cuatro talleres grupales en el centro de salud, que se realizarían entre octubre y diciembre, según disponibilidad. Se decidió que el número de participantes estaría entre 10 y 15. La forma de captación sería a través de las listas de pacientes que hayan realizado la fase II de rehabilitación cardiaca, aportada por dicho servicio. Cada taller tendría alrededor de una hora de duración, y en cada uno se trataría un tema: ejercicio físico, alimentación saludable, deshabitación tabáquica y adherencia al tratamiento. La estructura de los talleres estaría organizada con una primera parte en la que se presentaría una pequeña introducción teórica apoyada con Power Point y una segunda dinámica de tipo participativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se han alcanzado resultados ya que estamos a la espera de conseguir la lista de pacientes incluidos en la fase II de rehabilitación cardiaca. Se ha aprovechado el contenido de los talleres para llevar a cabo una mejor educación para la salud en consulta de manera individual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es un proyecto interesante que el año anterior obtuvo buenos resultados por lo que sería conveniente seguir con su realización. Aunque no se han hecho los talleres grupales, se ha aprovechado la información para reforzar la EpS de forma individual. Se intentará mejorar la comunicación entre las distintas partes para poder realizarse en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/204 ===== ***

Nº de registro: 0204

Título
IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD LA ALMOZARA

Autores:
VIADAS NUÑEZ SARA, MARTIN BERNAD DANIEL, SANCHEZ VELA ARACELI, SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES, OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA, BUJEDA CAVERO MARIA JOSE, ROCCA JIMENEZ MARTA, RUIZ SANNIKOVA OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0204

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD LA ALMOZARA

La alta prevalencia y coste económico de los Enfermedades Cardiovasculares (ECV) hacen necesario ampliar el enfoque de su tratamiento con la prevención y promoción de la salud a la vez que se controlan los factores de riesgo ligados a estas patologías. Una actuación importante en el campo de la prevención secundaria de las ECV son los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC).

Son numerosos los estudios que evidencian una mejoría en la calidad de vida así como disminución de la mortalidad tras los programas de rehabilitación cardíaca. Sin embargo, pese a los resultados y al efecto positivo coste-efectividad el desarrollo de estos programas es insuficiente en el mundo.

En la actualidad, la fase I y II de los PRC se encuentran en activo en nuestro sector. Sin embargo, la fase III, que consiste en mantener los hábitos de vida saludables adquiridos en las fases previas del programa y la cual se debería abordar desde atención primaria, no se encuentra implantada en este momento.

RESULTADOS ESPERADOS

Generales

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular.

Reducir la mortalidad global y de causa cardiovascular en cardiopatía isquémica y en insuficiencia cardíaca, así como los reingresos.

Específicos

Mantener la capacidad funcional adquirida en la Fase II.

Disminuir los signos y síntomas de la enfermedad de base, tanto en reposo como en el esfuerzo, mejorando así la calidad de vida.

Promover un estilo de vida activo y saludable, mejorando la reinserción socio-laboral.

Mejorar la función cardiovascular, la capacidad física de trabajo, fuerza y flexibilidad.

Apoyo psicológico del paciente y sus familiares para entender y saber llevar la enfermedad cardiovascular con conciencia y corrección del estilo de vida.

Educar a los pacientes para el control de factores de riesgo coronario, alimentación saludable e incorporación de la actividad física.

MÉTODO

La población diana a la que va dirigido el programa son pacientes con ECV que hayan realizado la Fase II del PRC y pertenezcan al centro de salud.

Las actividades que se van a ofertar son 4 talleres grupales sobre los siguientes temas:

Alimentación saludable: promoción de la dieta mediterránea, conocimiento del etiquetado nutricional y elaboración de la cesta de la compra.

Ejercicio físico: habituación al ejercicio físico, correcto desarrollo de la actividad y conocimiento de los limitantes físicos.

Adherencia al tratamiento: aprendizaje de su enfermedad y del tratamiento con la finalidad de que adquieran conocimientos para involucrarse de forma activa en su tratamiento.

Deshabitación tabáquica: reforzar la conducta de abandono del hábito tabáquico y prevenir recaídas en el consumo. Con el fin de garantizar la continuidad en la atención de estos pacientes en consultas de AP, se realizará una sesión formativa al EAP para orientar su actividad en el seguimiento de los pacientes que hayan realizado la Fase II de RHC.

Los talleres tendrán una duración entorno a 1 hora y media y con un número máximo de 15 participantes por taller. Se irán repitiendo ciclos de talleres, según se vayan captando pacientes.

INDICADORES

Nº pacientes interesados en realizar los talleres/Nº pacientes que han pasado por la Fase II de RHC

Nº pacientes acuden al taller de alimentación en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes acuden al taller de ejercicio físico en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes acuden al taller de adherencia al tratamiento en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes acuden al taller de deshabituación tabáquica en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes que valoran con una puntuación de 8 o más su satisfacción con el programa de fase III/ Pacientes que participan en la encuesta de satisfacción.

Estándar 80%

DURACIÓN

Mayo de 2019: presentación del proyecto en equipo

Junio, julio y agosto de 2019: Organización del equipo de trabajo y preparación de los talleres

Septiembre de 2019: captación de los pacientes

Octubre, noviembre, diciembre y enero de 2019: realización de los talleres

Febrero de 2020: evaluación del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0204

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD LA ALMOZARA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0509

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE ACTIVOS COMUNITARIOS, EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS QUE VIVEN SOLOS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE CLARA MARIA PUEYO SALAVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ LOPEZ MERCEDES
UBIDE MARTINEZ MARIA ANGELES
BUJEDA CAVERO MARIA JOSE
RUIZ SANNIKOVA OLGA
ROCCA JIMENEZ MARTA
LOPEZ POSADA MARIO
FOGUED HERNANDEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
2 sesiones de formación en nuestro centro de salud, dirigidas a todo el equipo, 1 sesión específica con las 3 MIR 3 que se han incorporado en el mes de diciembre.
Hemos contactado con el servicio de informática de atención primaria, para poder acceder a los datos de registro en OMI de los pacientes a los que se han realizado prescripción de activos
Nos hemos reunido con los responsables de las instituciones de nuestro barrio, para identificar los activos de salud, las hemos incluido en nuestras agendas y las hemos puesto en conocimiento de todo el equipo
Hemos desarrollado una tabla excel con los datos de los pacientes incluidos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nuestro centro de salud ha cambiado de profesionales en el último año, en casi el 80% de su plantilla habitual. En MFyC, hemos renovado el equipo en 3 ocasiones, concurso de traslados, concurso de incorporación de plazas tras la oposición, adjudicación de plazas restantes que quedan libre. En enfermería otro tanto de lo mismo. En este momento estamos en una fase de inicio de captación, hasta diciembre captamos 23 pacientes
Se han realizados 2 sesiones de formación para medicina y enfermería y otra individualizada para los R3 que se incorporaron en diciembre a la asistencia en el centro de salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este año entre traslados, cambios de facultativos y enfermeras, el verano con consultas cerradas, hasta 5 algún día en nuestro C.S .tanto de Medicina como de Enfermería, por falta de sustitutos, hemos podido realizar pocas actividades que no fueran meramente asistenciales, por eso presentamos este proyecto como de continuidad, con el objeto de captar a un mayor nº de pacientes así como introducir en todo el nuevo equipo la prescripción de activos comunitarios

7. OBSERVACIONES.
Durante el año 2020 cambiarán varios miembros de este equipo, por jubilación o por traslado por lo que cambiarán los titulares del proyecto

*** ===== Resumen del proyecto 2019/509 ===== ***

Nº de registro: 0509

Título
IDENTIFICACION Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS COMUNITARIOS EN PACIENTES DE >65 AÑOS QUE VIVEN SOLOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA

Autores:
PUEYO SALAVERA CLARA MARIA, MARTINEZ LOPEZ MERCEDES, UBIDE MARTINEZ MARIA ANGELES, BUJEDA CAVERO MARIA JOSE, RUIZ SANNIKOVA OLGA, ROCCA JIMENEZ MARTA, LOPEZ POSADA MARIO, FOGUED HERNANDEZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CIAP Z16 SOLEDAD
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0509

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE ACTIVOS COMUNITARIOS, EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS QUE VIVEN SOLOS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según datos del INE, en España, el tipo de hogar que más ha crecido en los últimos años es en el que vive 1 persona sola, llegando a ser el 25.2% del total de hogares, entre ellos el 41,7% tiene más de 65 años. Por edades, debajo de 64 años es mayor el nº de hombres q viven solos que el de mujeres pero por encima de 65 el nº de mujeres es mayor, incrementándose la diferencia conforme avanza la edad. En nuestra zona de salud, estamos pendientes de recibir los datos del último padrón municipal, solicitado al ayuntamiento, del nº de hogares en los que vive solo una persona, pensamos que no será muy diferente al resto del país, pues en los últimos datos demográficos de Almozara del I aest, nuestra población > de 65 años se ha incrementado un 13% en los últimos 7 años. La soledad en los mayores, en muchas ocasiones, es un factor de desigualdad en salud poco abordado desde el sistema sanitario, con este proyecto pretendemos instaurarlo en la práctica diaria de nuestro centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el nº de >65 que viven solos?
Conocer el nº de pacientes incluidos en el proyecto
Implicar al EAP: Admisión, Trabajo Social, Enfermería y Medicina en la identificación de estos pacientes
Implicar a otras instituciones y servicios del barrio: Farmacia, Parroquias, Centros de 3ª edad, Servicios sociales del ayuntamiento y Consejo de salud, en la detección
Conocer los activos comunitarios para la salud disponibles en nuestro barrio
Realizar recomendación de activos comunitarios desde todas las consultas de Medicina, Enfermería y Trabajo Social
Formar al EAP en la prescripción de activos comunitarios
Trabajar en red con otras instituciones, servicios sociales ayuntamiento, IASS
Crear circuito de derivación/ respuesta para las prescripciones comunitarias
Realizar seguimiento periódico a este grupo de pacientes

MÉTODO

Desde hace 2 meses estamos en contacto con los servicios sociales del ayuntamiento de Almozara y con el Centro de Día de S Blas para recoger activos comunitarios y establecer una relación
Presentaremos el proyecto al EAP y realizaremos 2 sesiones de formación en prescripción comunitaria de activos
Mientras recibimos los datos del padrón municipal comenzaremos a realizar la captación desde el centro de salud
En admisión preguntaran a los >65 años que soliciten cita, si viven solos anotando en la cita del paciente "vive solo"
Una vez valorado en las consultas de Trabajo social, Enfermería y Medicina se creara el episodio de OMI Z-28 Soledad
Visitaremos todas las farmacias del barrio para explicar el proyecto y que informen a los pacientes
Realizaremos el mismo procedimiento con la parroquia y centros de convivencia de ancianos
Recogeremos todos los recursos en salud que puedan ofrecer estas instituciones
Tras la identificación se le realizara un ecomapa para conocer su nivel de soledad y de apoyos y realizar la prescripción de activos a través de OMI
Los pacientes serán derivados con informe de prescripción comunitaria y las instituciones realizarán informe de su intervención en la misma hoja de derivación que les entregara el paciente
Todos los pacientes serán seguidos desde nuestras consultas o telefónicamente según su necesidad

INDICADORES

Nºpacientes captados/nº hogares con 1 persona, según datos del padrón municipal %
Nºpacientes derivados a TS/ nº de pacientes captados %
Nºpacientes con prescripción comunitaria/nº pacientes captados %
Nº de pacientes derivados desde admisión / nº pacientes captados %
Nº de pacientes captados en enfermería/ nº pacientes captados %
Nº pacientes captados Medicina/ nº pacientes captados %
Nº pacientes captados TS/ nº pacientes captados %
Nº sesiones a EAP previstas/total sesiones impartidas %
NºPcientes satisfechos/ total pacientes captados %
Nº sanitarios satisfechos/total sanitarios implicados %
Nº instituciones satisfechas/total instituciones implicadas %
Nº pacientes en seguimiento/total pacientes captados %
Nº de pacientes con mejoría de su percepción de salud/total de pacientes captados %
Nº de prescripciones comunitarias informadas por otros organismos/nº de prescripciones realizadas %

DURACIÓN

Marzo: Presentación equipo y en servicios e instituciones del barrio. Recopilación de activos comunitarios.
Captación
Abril: Captación. Recopilación de activos. Sesiones 2ª y 3ª al EAP. Seguimiento pacientes
Mayo: Captación. Seguimiento de pacientes
Junio: Evaluación parcial
Julio: Seguimiento de pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0509

1. TÍTULO

IDENTIFICACIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE ACTIVOS COMUNITARIOS, EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS QUE VIVEN SOLOS

Agosto: Seguimiento de pacientes
Septiembre: Seguimiento de pacientes
Noviembre : Seguimiento de pacientes. Elaboración encuestas pacientes/sanitarios/instituciones
Diciembre: Seguimiento de pacientes
Enero: Seguimiento de pacientes
Febrero: Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0976

1. TÍTULO

MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN EL C.S. ALMOZARA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE RUTH TOMELO MUÑOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PLUMED TEJERO MARIA
GOMEZ DURO ANA
BERNAD ROCHE MARIA JESUS
FOGUED HERNANDEZ CARMEN PILAR
RAMOS FRAILE NURIA
GAZULLA JULIAN MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se pidió colaboración al Servicio de Informática del Atención Primaria del Sector II para obtener datos de la asistencia a nuestro servicio de Atención Continuada. Se han obtenido los siguientes resultados en el periodo del 1 de Enero de 2019 a 23 de julio de 2019:

- En dicho periodo se realizaron 5181 visitas al servicio, sin tener en cuenta aquellos pacientes que acuden al Centro de Salud en su jornada ordinaria (hasta las 17:00h) y que por gran demanda asistencial pasan a ser valorados por el equipo de Atención Continuada. La media mensual es de 740 pacientes, con un máximo de 855 en el mes de marzo 2019 y un mínimo de 519 en julio.
- En cuanto a su distribución por sexo, el 59,2% de los pacientes atendidos fueron mujeres.
- Por rango de edad la distribución fue la siguiente: 14,4% de 0 a 14 años, 63,6% de 15 a 64 años y 22% a partir de 65 años.
- Las patologías más frecuentes fueron: Infecciones respiratorias agudas (R74) y cistitis u otras infecciones urinarias no venéreas (U71). En tercer lugar se encuentra el diagnóstico "Deficiencias vitamínicas y otras enfermedades nutricionales", que atribuimos a los pacientes que por motivos laborales acuden en horario de atención continuada a administrar la dosis mensual de vitamina B12 intramuscular.

Se realizó una revisión en profundidad del material del carro de paradas y otro material de urgencias disponible en el Centro de Salud. Se detectó que parte del material estaba deteriorado o mal conservado como algunas mascarillas y cánulas de Guedel. Además, no se disponía de mascarillas infantiles. Ambos problemas se subsanaron mediante la petición de nuevo material y el acondicionamiento de material previo.

Se han diseñado varios talleres teórico-prácticos sobre RCP que no se han llegado a programar debido a la alta demanda asistencial y a la rotación tanto de miembros del equipo de Atención Continuada como del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Almozara.

Una vez conocemos las patologías más prevalentes, se van a realizar protocolos de actuación para mejorar la asistencia y garantizar la seguridad del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todavía no somos capaces de fijar resultados alcanzados en relación al standard previsto ya que las actividades todavía están en desarrollo y no se pueden valorar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como aspecto positivo, el equipo destaca que se ha realizado una revisión exhaustiva del material y de esta manera se trabaja con más confianza sabiendo que está garantizada la seguridad del paciente.

La extracción de los datos resulta más compleja de lo que pensábamos en un inicio y muchos de los datos que queríamos obtener en un principio no se han podido conseguir. Por ejemplo, las patologías más prevalentes se extraen de una manera aproximada, no específicamente de los diagnósticos que resultan de la visita en Atención Continuada.

De cara a próximos proyectos, en la planificación se valorará primero qué datos exactos se pueden obtener de la base informática OMI-AP.

Se valora que hay que empoderar a la población para que gestionen su salud sin abusar de los recursos sanitarios, ya que con los datos comprobamos que la patología más prevalente es una patología que en la mayoría de los casos resulta banal.

Debido a la demanda asistencial y la rotación de miembros del equipo, consideramos que necesitamos más tiempo para llevar a cabo el proyecto de forma correcta.

7. OBSERVACIONES.

Solicitamos la continuidad del proyecto por las causas mencionadas anteriormente. Nos gustaría saber si debe ser presentado de nuevo en la convocatoria de este año 2020.

Muchas gracias y un saludo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0976

1. TÍTULO

MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN EL C.S. ALMOZARA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/976 ===== ***

Nº de registro: 0976

Título
MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA EN EL C.S. ALMOZARA

Autores:
TOMELO MUÑOZ RUTH, PLUMED TEJERO MARIA, GOMEZ DURO ANA, BERNAD ROCHE MARIA JESUS, FOGUED HERNANDEZ CARMEN PILAR, RAMOS FRAILE NURIA, GAZULLA JULIAN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología que requiera asistencia en el servicio de Atención Continuada
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Atención Primaria, como puerta de entrada del sistema sanitario, debería de ser el punto de inicio de la atención urgente en urgencias de triaje bajo (Niveles IV y V, que suponen un 58,5% de las atendidas en los hospitales públicos de Aragón), evitando así la congestión de los servicios de urgencias hospitalarios y de los dispositivos de emergencia móviles y aliviando el gasto económico que se deriva de la utilización inadecuada de éstos. Por ello, es necesario que el personal esté adecuadamente formado en el manejo de estas situaciones así como en aquellas potencialmente graves, para evitar demoras y garantizar la seguridad de los pacientes. Sin embargo, además de atender estas urgencias, encontramos que existe una mala utilización en los servicios de Atención Continuada, ya que existe una gran demanda de atención no urgente que debería ser atendida por el Equipo de Atención Primaria, perdiéndose la continuidad de cuidados propia de este nivel y aumentando el riesgo de iatrogenia. Debido a esto, consideramos que es necesaria una buena educación a la población acerca de los recursos disponibles, incidiendo en qué problemas pueden resolverse en este servicio y cuales se deben resolver en su médico o enfermero de Atención Primaria

RESULTADOS ESPERADOS
1. Conocer las patologías más prevalentes atendidas en el servicio de Atención Continuada, así como, el grupo poblacional más demandante y, el porcentaje de derivaciones a Urgencias hospitalarias.
2. Ofrecer buena información a la población de la Zona Básica de Salud de los recursos disponibles.
3. Mejorar la comunicación entre el EAP y el equipo de atención continuada.
4. Revisar y asegurar el correcto funcionamiento del material de urgencias.
5. Asegurar la formación y entrenamiento de todo el Equipo de Atención Primaria en Resucitación Cardiopulmonar (RCP).
6. Coordinar la realización y la difusión de protocolos de actuación en las patologías más prevalentes y/o más graves.
7. Registrar las incidencias acaecidas durante la prestación del servicio de atención continuada, dándoles resolución para asegurar la seguridad del paciente.

MÉTODO
El equipo del proyecto realizara reuniones trimestrales para, entre otros, gestionar incidencias y actualizar protocolos de actuación.
Se procederá a la revisión mensual material
Se activara un sistema de comunicación entre el EAP y el equipo de atención continuada, asegurando su continuidad tras la finalización del proyecto.
Se realizaran tres sesiones de reanimación cardiopulmonar al EAP.
Se realizaran dos sesiones informativas a la población sobre la utilización adecuada de los recursos sanitarios disponibles. Previamente, se contactara con activos sociales del barrio para su difusión.
Se procederá a la recogida y análisis de los datos obtenidos del programa OMI-AP sobre: tipo de demanda, frecuentación, derivación a urgencias hospitalarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0976

1. TÍTULO

MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN EL C.S. ALMOZARA

INDICADORES

1. Reuniones de equipo previstas/ Reuniones realizadas (Estándar 75%)
2. Incidencias registradas/ Incidencias resueltas (Estándar 80%)
3. Sesiones informativas a la población previstas / Sesiones realizadas (Estándar 50%)
4. Sesiones de RCP previstas / Sesiones de RCP realizadas al EAP (Estándar 75%)
5. Porcentaje de profesionales del EAP que han asistido a los talleres de RCP (Estándar 80%)
6. Protocolos de actuación ejecutados (Estándar 40 %)
7. Análisis estadístico de los datos obtenidos, extraídos del programa OMI-AP por el servicio de Informática de Sector Zaragoza II

DURACIÓN

Reuniones trimestrales del equipo del proyecto en: marzo, junio, septiembre, diciembre (M.J. Bernad)
Realizar hoja de incidencias y difundirla al EAP: abril 2018 (A. Gómez)
Revisión del material: mensual (T. Gazulla)
Talleres de RCP: junio 2019, septiembre 2019, diciembre 2019 (R. Tomeo, C. Fogued)
Talleres a la población: septiembre 2019, noviembre 2019 (N. Ramos, M. Plumed)
Análisis de datos: noviembre 2019 (R. Tomeo, A. Gómez, M. Plumed)
Protocolos: durante el proyecto (C. Fogued, M.J. Bernad, C. Fogued)
Evaluación del proyecto y extracción de conclusiones: diciembre de 2019 (M.J. Bernad, A. Gómez, T. Gazulla, R. Tomeo, C. Fogued, N. Ramos, M. Plumed)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1341

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP LA ALMOZARA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE BELEN BRUN ALONSO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LA ALMOZARA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUEYO SALAVERA CLARA MARIA
FUERTES EL MUSA FADIA
SANCHEZ VELA ARACELI
RUIZ SANNIKOVA OLGA
ROCCA JIMENEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas. El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de amoxicilina-clavulánico, y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP La Almozara, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrandolo el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

- Abordaje de infecciones respiratorias: fecha 5/06/2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha 21/11/2019

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.

En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.

En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- La selección de casos clínicos ha sido posible gracias al envío por correo electrónico en Junio de 2019, y desde el Servicio de Farmacia de AP, de los listados por CIAS de pacientes tratados en el último año con amoxicilina-clavulánico así como del diagnóstico asociado a éstos, de tal modo que cada profesional revisó dicho listado y seleccionó alguno de los pacientes incluidos en el mismo para reevaluar la necesidad de utilizar dicho antibiótico de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1341

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP LA ALMOZARA

- Se ha entregado a todos los facultativos del equipo un díptico con recomendaciones de manejo de faringoamigdalitis aguda elaborado por el equipo IRASPROA con el objeto de unificar la actuación ante esta patología tan común.
- Se ha trabajado con enfermería el apartado de infección urinaria en el paciente sondado.
- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 2 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico y de enfermería. Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de amoxicilina-clavulánico.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

- o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 10,9, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre 13,08).

- o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de amoxicilina-clavulánico.

En diciembre 2018 el valor era 49% siendo en diciembre 2019 de 52,9

% envases amoxicilina/total envases amoxicilina-clavulánico.

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de amoxicilina-clavulánico de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de amoxicilina-clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron 51,91% y 4,05% respectivamente.

En el año 2019 el % uso de amoxicilina-clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 41,59% y 2,22% respectivamente.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.

Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.

Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1341

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP LA ALMOZARA

Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones. Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1341 ===== ***

Nº de registro: 1341

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LA ALMOZARA

Autores:
BRUN ALONSO BELEN, RUIZ SANNIKOVA OLGA, ROCCA JIMENEZ MARTA, FUERTES EL MUSA FADIA, SANCHEZ VELA ARACELI, PUEYO SALAVERA CLARA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor. La OMS ha publicado la 5ª Revisión de Antimicrobianos de Importancia Crítica para la Medicina Humana, donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: importantes, muy importantes y de importancia crítica donde se incluyen los de máxima prioridad., en base a dos criterios, C1: utilidad para tratar infecciones graves y C2: utilidad para tratar bacterias que adquieren genes de resistencia. Y a partir de estos criterios, la OMS establece tres criterios de priorización. Las penicilinas y dentro de este subgrupo amoxicilina-clavulánico debería reservarse su uso por tratarse de un antibiótico de amplio al que se está incrementado el desarrollo de resistencias por determinados (E. Coli) de forma significativa. Su uso está indicado en infecciones respiratorias comunitarias cuando sea necesario tratar H. influenzae o en infecciones potencialmente polimicrobianas o con participación de enterobacterias como E. coli o anaerobios. Debe evitarse su uso (existen alternativas igual o más eficaces con un espectro más reducido) para el tratamiento de infecciones producidas por S.pneumoniae o S. pyogenes (amoxicilina o bencilpenicilina) o S. aureus (cefalosporinas de 1ª generación). Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP ALMOZARA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de amoxicilina-clavulánico a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias y de piel y partes blandas, reduciendo de este modo el uso de este antibiótico, y aumentando la proporción de prescripción de amoxicilina respecto a amoxi-clavulánico. En el año 2018 el % de envases de amoxicilina respecto a la suma de envases de amoxicilina y amoxi-clavulánico supuso un 48,7 %, porcentaje menor que en el Sector Zaragoza II: 56,5 %.

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles. Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario. Revisar la utilización de amoxicilina-clavulánico según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio, del tracto urinario y piel y partes blandas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1341

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP LA ALMOZARA

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.

Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.

2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.

3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con amoxicilina-clavulánico para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica

4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico

Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico (%): N° envases de amoxicilina (J01CA04) / [n° envases de amoxicilina (J01CA04) + n° envases amoxicilina-clavulánico (J01CR02)] x 100

Valor 2018: 48,7%

Objetivo 2019: =54%

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

% de uso de amoxicilina clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias

Valor 2018: 51,91%

Objetivo 2019: Disminuir

% de uso de amoxicilina clavulánico en procesos infecciosos de piel y partes blandas

Valor 2018: 11,68 %

Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.

-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo

-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de amoxicilina-clavulánico durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0013

1. TÍTULO

NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN MARTES LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES AGORRETA PATRICIA
CARBONELL LOZANO ALEJANDRA PILAR
ARMALE CASADO MARIA JOSE
LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se identificaron las necesidades sentidas por la población a través de una encuesta que se diseñó previamente y que se pasó tanto en el Centro de Salud como en la Fundación el Tranvía. A través de ella se identificaron los temas de formación en salud más demandados en uno y otro centro y se procedió a su difusión así como a la elaboración de un programa de actividades formativas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A través de 320 encuestas realizadas en el Centro de Salud y 71 en la Fundación el Tranvía, se analizaron los temas más demandados por la población para poder adecuar las charlas a las necesidades de la población del barrio de las Fuentes.

Estos temas fueron: enfermedades crónicas, hábitos y cuidados, prevención, enfermedades infantiles, enfermedades nuevas, salud mental y problemática social, ordenados de forma descendente. Se encontraron diferencias entre las encuestas contestadas por usuarios del Centro de Salud, donde interesaban más las enfermedades crónicas, mientras que en la fundación el Tranvía el tema más demandado eran las enfermedades infantiles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la realización de las encuestas, se programaron una serie de charlas en las dos principales entidades sociales del barrio de las Fuentes, La fundación el Tranvía y Centro Cívico Salvador Allende. Los temas que se desarrollaron en las sesiones fueron aquellos demandados por la población, como por ejemplo alimentación sana, cuidando la memoria, promover el ejercicio físico en los más pequeños... Además, se favoreció la comunicación y continuidad de la colaboración con los centros sociales del barrio y se hizo participe a la comunidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/13 ===== ***

Nº de registro: 0013

Título
NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

Autores:
MARTES LOPEZ CARMEN, ANDRES AGORRETA PATRICIA, CARBONELL LOZANO ALEJANDRA PILAR, ARMALE CASADO MARIA JOSE, LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatología
Línea Estratégica ..: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0013

1. TÍTULO

NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

La Educación Para la Salud es una herramienta clave en las políticas sanitarias, pues su acción va dirigida tanto a los diferentes sectores de la salud como a los diferentes colectivos.

La Ley 14/86 General de Sanidad en su artículo 6.0 declara que las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población. Su objetivo, no es sólo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos sino en un cambio cualitativo en las actitudes que lleve a un cambio real de las conductas.

La Educación para la Salud se debe contemplar dentro de una estrategia amplia de Promoción de la Salud, donde el individuo y la comunidad asuman un protagonismo efectivo.

Los escenarios o ámbitos de intervención identifican los lugares donde distintos grupos de población viven, conviven, acuden, se reúnen y/o trabajan puesto que, para actuar con eficacia, las intervenciones de promoción de salud se deben desarrollar e integrarse en los espacios de sociabilidad más habituales y cotidianos.

La atención primaria debe destinar mayores recursos y sus profesionales más esfuerzos para la promoción de la salud, procurando aumentar la capacidad y el acceso a la toma de decisiones de los ciudadanos y sus organizaciones para el cuidado de su salud y en las propuestas de mejora de los servicios sanitarios. Como horizonte de futuro debe favorecerse la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud (Carta de Ottawa 1986).

En esta línea está ubicado nuestro proyecto, primero descubriremos las necesidades sentidas y demandadas por nuestra población para posteriormente poner en marcha actividades formativas adecuadas a las demandas, mediante planes de mejora de calidad tanto en el CS como en el centro de actividades sociales del barrio de las Fuentes (Fundación El Tranvía), en contacto con el Consejo de Salud Las Fuentes Norte.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general:

Poner en marcha planes de promoción de la salud orientados a la población del CS Las Fuentes Norte.

Objetivos secundarios:

- Identificar las necesidades sentidas por los pacientes en relación a su salud.
- Elaborar un programa de actividades formativas dirigidas a la población del CS Las Fuentes Norte.

MÉTODO

Buscar en la bibliografía una encuesta adaptada a las características del proyecto y población (M.L. Lozano, A.P. Carbonell). Si no se encontrara realizar una con el consenso de todos los participantes en el proyecto.

Reunión con la Fundación El Tranvía y con el Consejo de Salud (M.L. Lozano, M.J. Armalé, C. Martes).

Distribución de encuestas en los diferentes departamentos del CS y de la Fundación El Tranvía (todos los participantes).

Tabulación de datos (M.L. Lozano, A.P. Carbonell).

Interpretación de resultados (todos los participantes).

Planificación de actividades formativas (todos los participantes).

Presentación de resultados y plan de las actividades formativas al equipo, al Consejo de Salud y a la Dirección del Sector (M.L. Lozano, M.J. Armalé, C. Martes).

INDICADORES

1. Nivel de respuesta de la encuesta en los diferentes departamentos:

Fórmula: N° de encuestas cumplimentadas * 100 / N° de usuarios a los que se les ha ofertado.

2. Cuantificar la necesidad expresada de formación en salud de la población.

Fórmula: N° de usuarios con interés en formación en salud * 100 / N° de usuarios que cumplimentan la encuesta.

Criterios de inclusión:

- Usuarios del Centro de Salud Las Fuentes Norte y de la Fundación El Tranvía en el periodo de distribución de la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Usuarios con dificultad de lectura y escritura en castellano.

Fuentes de datos:

- Encuestas cumplimentadas en el Centro de Salud y la Fundación El Tranvía.

DURACIÓN

- Fecha inicio: 1/Junio/16
- Fecha de finalización: 28/Febrero/17
- Búsqueda bibliográfica: Junio-Julio/2016
- Diseño de la encuesta: Julio/2016
- Reunión con la Fundación El Tranvía y el Consejo de Salud: Septiembre/2016
- Recogida de datos: Septiembre-Noviembre/2016
- Interpretación datos: Diciembre 2016 / Febrero 2017
- Difusión de resultados: Febrero /2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0013

1. TÍTULO

NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE AFRICA GARCIA ROY
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS LAS FUENTES NORTE
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SARSA GOMEZ ANA MARIA
BELLOSO RODANES MARIA ISABEL
SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL
URIEL PEREZ JOSE ANTONIO
LAMANA LASHERAS MARIA JOSE
VALLES LOBATO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades del proyecto de "Optimización de la anticoagulación oral (ACO) en Atención Primaria (AP)", estudio ACO-ZAR II, fueron planteadas a partir de los resultados del estudio previo de nuestra línea de mejora 2015, estudio ACO-ZAR I, sobre "La características epidemiológicas y de manejo de la población con fibrilación auricular (FA) del centro de salud (C.S.) Las Fuentes Norte", con el objetivo de mejorar la gestión de la ACO en nuestro ámbito.

ACO-ZAR I, reveló que la población con FA tratada en nuestro centro tenía una alta prevalencia (1.7% de la población general), que ascendía de modo exponencial con la edad, suponiendo un 2.98% de los > 40 años, y que los pacientes afectados eran frágiles, por edad avanzada (media de 76.58 ± 10.62 y > de 75 años en un 68%), abundante comorbilidad asociada (fundamentalmente hipertensión arterial en un 76.3%, diabetes mellitus en un 35.2%, insuficiencia renal crónica en un 32.3%, insuficiencia cardiaca en 27.9% y enfermedad tromboembólica en un 18.8%) y alto grado de polimedicación (hasta en un 84.5%).

Estos datos justificaban que la población con FA estudiada en ACO-ZAR I era representativa de las poblaciones estudiadas a nivel nacional, hecho importante a la hora de extrapolar datos de manejo, con estudios de ámbito más amplio que la del propio CS.

Respecto al manejo de la ACO, se observó una baja evaluación de riesgos tromboembólico y hemorrágico, por CHADS2-VASC Y HAS-BELD respectivamente (10.5%), infratratamiento del 24%, empleo de antiagregación (AAG) como prevención primaria en un 13.42%, control subóptimo de antivitamina K (AVK) en un 43%, empleo de anticoagulantes orales directos (ACOD) en el 22.10% y un control exclusivamente desde AP del 34%.

Por tanto, en lo referente a nuestro infratratamiento del 24%, estábamos a nivel nacional (que oscila entre el 16% del estudio FIATE hasta un 23.5% del estudio AFABE), igual que en el porcentaje de control subóptimo con el 43% (datos nacionales entre 40-50% según las series), pero en el control exclusivo por AP con nuestro 34%, estábamos muy por debajo de los datos nacionales que van del 59.6 del FIATE (46.8% en Aragón) al 70 % del PAULA, aunque equiparable a los resultados del proyecto AGORA.

De lo expuesto hasta ahora, concluimos que los objetivos de optimización de la ACO pasaban por:

- I. Aumentar la cobertura de la ACO en nuestros pacientes con FA:
 - Disminuir el infradiagnóstico: mediante el diagnóstico oportunista de FA en las consultas de AP (captación de formas silentes).
 - Disminuir el infratratamiento: mediante valoración de ACO en la FA de forma individualizada, por riesgo tromboembólico/hemorrágico, y no por forma clínica (cobertura de las formas paroxísticas).
- II. Mejorar la calidad de la ACO:
 - Evitar la AAG como prevención primaria del ictus y embolismo sistémico, según recomendación de las actuales guías europeas de manejo de la FA.
 - Disminuir el porcentaje de control subóptimo de la ACO con AVK.
 - Aumentar la penetrancia de ACOD, ofertando tratamiento alternativo a los pacientes en tratamiento con AVK y tiempo en rango terapéutico (TRT) < 60 % durante más de 6 meses, según nuestro marco normativo, regido por el informe de posicionamiento terapéutico (IPT) de la AEMPS (Asociación española del medicamento y productos sanitarios).
- III. Asumir mayor porcentaje de pacientes anticoagulados en consultas de AP.
 - Proceso de descentralización: Recuperación de los pacientes con ACO seguidos en hematología con control INR estable.
- IV. Garantizar el empleo seguro de los ACO.
 - Minimizar riesgos, asegurando un manejo adecuado de los ACO en general y de los ACOD en especial, por su reciente introducción, mediante:
 - A nivel del profesional sanitario: Formación del personal, elaboración de guías de manejo y protocolos de actuación y adaptación de los soportes informáticos y bases de datos, entre otras medidas.
 - A nivel del paciente: Educación sanitaria del paciente y de su entorno.

Para la consecución de la mejora de gestión de la ACO en nuestro C.S. cubriendo los objetivos previos, se seleccionaron las actividades que exponemos a continuación, con la previsión de su ejecución en el intervalo de octubre del 2016 a agosto del 2017. Todo ello realizado por los integrantes del proyecto y empleando los recursos del propio C.S. (salón de actos y medios audiovisuales), sin omitir el esfuerzo extra realizado fuera del propio horario laboral.

1. Para conocer la situación de base:

Se expusieron al equipo de atención primaria (medicina y enfermería), en octubre del 2016, los resultados del estudio ACO-ZAR I, con objeto de sensibilizar a los integrantes del importante problema de salud pública que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

supone la FA y la trascendencia de la anticoagulación en la misma, por un lado, y determinar las debilidades de nuestra actividad, justificando los indicadores seleccionados para el 2017, por otro.

2. Para la facilitar la labor del profesional:

Se procedió a formación del personal sanitario mediante sesiones clínicas, así como a la protocolización de la actividad asistencial, mediante la elaboración de guías rápidas (Guías de manejo de FA, AVK y ACOD) y algoritmos de actuación (Manejo perioperatorio del paciente anticoagulado). La documentación, así como los listados de los pacientes anticoagulados con las diferentes alternativas por CIAS, se facilitaron por escrito, en las sesiones correspondientes, y en la red informática del propio centro, como material de consulta rápida.

Las sesiones impartidas, calendario y materiales distribuidos fueron:

• Sesión 1: Indicaciones de ACO. Manejo de la Fibrilación Auricular. En enero del 2017. Impartida por Sarsa Gómez.

? Guía rápida de manejo de FA en AP. Elaborada por García-Roy y validada por servicio de Cardiología del Hospital universitario Miguel Servet -HUMS- (Dr. Gomollón García).

? Listados de pacientes con FA distribuidos por CIAS, facilitado por el Departamento de informática del sector II.

• Sesión 2: Manejo de AVK. En febrero de 2017. Impartida por Belloso Rodanés.

? Guía de manejo rápido de AVK en AP. Elaborada por García-Roy y validada por el servicio de hematología del HUMS (Dr. Calvo Villas).

? Listados de pacientes en tratamiento con AVK distribuidos por CIAS, facilitado por el Departamento de farmacología del sector II (Dña. Belén Pina Gadea).

• Sesión 3: Manejo de los ACOD. En abril de 2017. Impartida por García Roy.

? Guía de manejo rápido de ACOD en AP. Elaborada por García-Roy y validada por el grupo autonómico de anticoagulación.

? Listados de pacientes en tratamiento con ACOD distribuidos por CIAS, facilitado por el Departamento de farmacología del sector II (Dña. Belén Pina Gadea).

• Sesión 4: Presentación del Protocolo de manejo de ACOD del CS Las Fuentes Norte de Zaragoza. En mayo de 2017. Impartida por García Roy.

? Algoritmo de manejo de ACOD en AP: forma de inicio y periodicidad y contenidos de seguimiento. Elaborada por García-Roy. Pendiente de validación en el grupo autonómico de anticoagulación.

? Información por escrito para el paciente en tratamiento con ACOD. Información sobre aspectos generales y actuación en caso de hemorragia. Elaborada por García-Roy.

3. Para fomentar la descentralización en favor de una atención integral y manejo coordinado del paciente anticoagulado:

• Intentamos establecer cauces de comunicación fluidos con las especialidades implicadas, en especial cardiología y hematología, instaurando la figura del especialista consultor.

? En la actualidad tenemos reuniones periódicas mensuales con nuestro cardiólogo de referencia del CME San José (Dr. Oscar Cerdón).

? De igual modo disponemos de la posibilidad de acceso telefónico directo con la unidad de hemostasia del servicio de hematología de nuestro hospital de referencia, HUMS.

• Planteamos la elaboración del protocolo de recuperación por AP de pacientes con INR estable en seguimiento por hematología, a la unidad de hemostasia del HUMS, representado por el Dr. Calvo Villas y la Dra. Fernández Mosteirín. Dicho protocolo fue asumido y puesto en vigor por todo el Sector II a principios del 2017.

4. Para conseguir un Manejo seguro de los ACOD:

Conscientes de la necesidad de crear una cultura de utilización de los ACOD en AP, se acordó con el EAP la puesta en marcha del Protocolo de Manejo de ACOD en AP en nuestro C.S. en junio del 2017.

Para facilitar esta puesta en marcha, se propuso al sector II una modificación del soporte informático con diversificación de episodios de ACO, ya incluidas en los nuevos episodios de OMI-AP, y plan específico de ACOD, incluyendo información por escrito para el paciente. La misma propuesta fue transmitida a gerencia desde el grupo autonómico de anticoagulación y está pendiente de introducción.

5. El registro y análisis de resultados, se realizó durante agosto de 2017.

Respecto al método de estudio, para la reevaluación de resultados tras la implementación de las actividades propuestas, se repitió la metodología del estudio previo, observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoría de historia clínica, y se incorporó una encuesta estructurada dirigida a los pacientes en seguimiento con ACOD.

Para la obtención de la población diana, se solicitó el listado actualizado de los pacientes con FA del C.S. por CIAS y se cruzó con el listado previo para proceder a las inclusiones o exclusiones pertinentes. De este modo, de la población de partida del estudio ACO-ZAR I de 434 pacientes con exclusión de 49 y población final de 385, llegamos a un a población definitiva en ACO-ZAR II, de 318 pacientes.

Respecto a las fuentes de información para la obtención de datos:

La variables principal (FA) y de comorbilidades se definieron por la existencia de episodio abierto en OMI-AP mediante codificación internacional en atención primaria (CIAP).

Para la evaluación del riesgo tromboembólico y la idoneidad de la indicación de ACO, se empleó la escala CHADS2-VASC y para la evaluación del riesgo hemorrágico la escala HAS-BLED, incluidas en protocolos de OMI-AP.

Para evaluar el grado de control en pacientes en tratamiento con AVK controlados desde AP, se recurrió al tiempo en rango terapéutico directo (TRT) por método directo a partir de los datos de TAONet, considerándose óptimo si TRT > 60% en los últimos 6 meses. Respecto al control en Atención Especializada (AE) por hematología, se recurrió a los datos disponibles en Gota desde INTRANET.

La función renal y hepática se evaluó por datos analíticos de controles recientes solicitados desde AP o desde AE, según registro de Historia clínica electrónica (HCE).

Los datos de tratamientos asociados se obtuvieron de receta electrónica.

Para el análisis de resultados se empleó el paquete estadístico SPSS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

La suplementación mediante encuesta estructurada de los pacientes con ACOD no resultó definitiva por el escaso margen de tiempo desde la puesta en marcha del Protocolo de manejo de ACOD en AP y falta del soporte informático.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores y sus estándares se establecieron a partir de los resultados del estudio ACO-ZAR I, por comparativa, cuando se disponía de un indicador de referencia nacional, o por consenso del equipo, en el caso de que este dato no estuviera disponible.

Así, se seleccionaron los siguientes indicadores:

- Para evaluar la disminución del infratratamiento:
 - I1. Porcentaje de pacientes con registro en historia clínica de Riesgo tromboembólico y hemorrágico evaluado por escalas específicas al respecto (CHADS-VASc Y HAS-BLED).
 - I2. Porcentaje de pacientes con indicación de ACO por CHADS-VASc = 2 que la siguen.
 - Para valorar la mejorar la calidad de la ACO:
 - I3. Porcentaje de pacientes con AAG como prevención primaria.
 - I4. Porcentaje de pacientes en tratamiento con AVK controlados en AP, con control óptimo por TRT directo = 60% en los últimos 6 meses (Disminución del control subóptimo).
 - I5. Penetrancia de ACOD.
- En sustitución del indicador propuesto en el proyecto inicial, I5. Porcentaje de pacientes seguidos en hematología con últimos 3 INR en rango, al ser desestimado tras la puesta en marcha del protocolo de captación de pacientes seguidos en hematología con INR estable.
 - Para valoración de la descentralización de la gestión de ACO:
 - I6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con AVK seguidos por AP.
 - Para garantizar el empleo seguro de los ACO se evaluó del manejo de los ACOD
 - I7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con ACOD incluidos en protocolo específico de manejo.
 - I8. Grado de conocimiento, adherencia y satisfacción de los pacientes en tratamiento con ACOD.
- Los resultados del ACO-ZAR II, mostraron:
 - ? Incremento en la evaluación y registro de riesgos pasando del 10.5 al 35.5% (I1). Al no existir datos de este indicador en estudios nacionales, acordamos conseguir por consenso en el equipo al menos un 50%, que no hemos alcanzado.
 - ? Descenso del infratratamiento del 24 al 16% (I2.), equiparándonos al resultado del estudio FIATE que nos habíamos planteado como objetivo.
 - ? Descenso del empleo de la AAG como prevención primaria del ictus, pasando de un 13.42 al 9% (I3) en la línea de las recomendaciones de la SEC de excluir a la AAG como alternativa a la ACO en la prevención del ictus y embolismo sistémico en FA. Al no existir tampoco datos nacionales de este indicador, nos planteamos reducirlo al 5%, sin conseguirlo.
 - ? Descenso del control subóptimo del 43 al 30% (I4.) mejorando los resultados nacionales.
 - ? Incremento de la penetrancia de ACOD del 22 al 28% (I5) localizándonos en la media nacional,
 - ? Aumento del control por AP del 34 al 69,2% (I6) en línea a los resultados del reciente estudio PAULA.
 - ? Captación del seguimiento de ACOD en consultas de enfermería del 21,9% (I7).
 - ? Grado de conocimiento, adherencia y satisfacción de los pacientes en tratamiento con ACOD (I8) queda pendiente.

Tenemos que insistir en que existe un importante sesgo en los resultados del estudio, respecto al control subóptimo y porcentaje de pacientes en seguimiento por AP, por la imposición del sector II de asumir desde AP a los pacientes seguidos en Hematología del HUMS ya estabilizados, según criterio de 3 INR consecutivos en rango.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El tratamiento anticoagulante oral (ACO) es uno de los avances terapéuticos más importante del último siglo y piedra angular para la prevención y tratamiento de la enfermedad tromboembólica. Cada vez son más los pacientes subsidiarios de la misma, fundamentalmente la fibrilación auricular (FA), indicación de anticoagulación crónica por excelencia.

La FA supone un importante problema de Salud Pública por prevalencia y morbimortalidad asociada y frente a la misma, sólo el tratamiento antitrombótico se ha demostrado capaz de modificar su historia natural. Esto ha hecho que las principales sociedades científicas consideren la profilaxis tromboembólica como la estrategia fundamental a plantear en todos los pacientes con FA, independientemente de su patrón temporal, con el objetivo de mejorar su pronóstico y calidad de vida. Por lo tanto en la actualidad, el empleo de la ACO ante indicación individualizada, es inexcusable dentro de una práctica clínica de calidad.

Además, el paciente afecto de FA es habitualmente un paciente frágil, con edad elevada, múltiple comorbilidad asociada y polimedicado, lo que le convierte en el prototipo de paciente crónico-complejo y subsidiario de un abordaje integral y manejo multidisciplinar, donde AP tiene un importante peso específico, por porcentaje de pacientes diagnosticados y seguidos en nuestras consultas y no podemos eludir esta responsabilidad.

De lo dicho se entiende la prioridad de reducir el infratratamiento de la ACO en pacientes con FA ante indicación individualizada y de aumentar el control desde las consultas de AP, fomentando la descentralización.

Pero, pese al importante problema de salud pública que supone la FA en general y el evento tromboembólico en particular, parece que en ocasiones, las distintas administraciones e inclusive los mismos profesionales, no le den la importancia que tiene.

La gestión sanitaria del paciente anticoagulado, ha estado vinculada a las características de la única medicación disponible hasta hace pocos años, los AVK (acenocumarol). Pero la variabilidad en su respuesta,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

sus interacciones y su estrecha ventana terapéutica, que implica la necesidad de monitorización frecuente, entre otros motivos, han originado la búsqueda de nuevos fármacos que, manteniendo sus ventajas, logren evitar alguno de sus inconvenientes, esto es un "anticoagulante ideal". Así surgen los ACOD, que han demostrado en ensayos clínicos aleatorizados, la no inferioridad o incluso superioridad y mayor seguridad frente a dicumarínicos. La ampliación de la oferta de los anticoagulantes orales supone un cambio en el paradigma de la anticoagulación y ante esto, es inevitable plantarse la necesidad de adaptar el modelo de gestión de la ACO existente hasta ahora, que por otro lado se ha demostrado poco eficiente, a la vista de la situación precaria de la anticoagulación a nivel nacional.

El modelo de gestión aplicado en nuestro C.S, ha resultado satisfactorio en general, en el intento de equipararnos a la situación nacional, todavía por mejorar, quedándonos pendiente el reto de gestión de los ACOD.

Algunos de los puntos claves de la gestión de los ACOD radican en sus peculiaridades de manejo, por sus características propias y diferenciales con los AVK, como son la sencillez, por su efecto previsible a dosis fija sin apenas interacciones medicamentosas, o la comodidad de su uso, por la ausencia de necesidad de monitorización. Pero no debemos olvidar que se trata igualmente de anticoagulantes, de modo que se tendrán que mantener las precauciones y recomendaciones pertinentes. En definitiva, pese a que los ACOD permiten más flexibilidad de manejo que los AVK, es necesario desarrollar un programa de adherencia y seguimiento que optimice los resultados clínicos y prevenga las posibles complicaciones de uso.

Incidir en que respecto a la indicación de los ACOD, es prioritario seleccionar adecuadamente a los mejores candidatos, en base a criterios bien definidos en las recomendaciones nacionales del IPT. Parece lógico comenzar por aquellos pacientes que por diversos motivos no puedan acceder a la monitorización del INR, hecho nada infrecuente en una población mayor con importante pluripatología, máxime en un territorio tan disperso como es nuestra CCAA, o con los que no mantengan un TRT adecuado con acenocumarol (sintrom®), también circunstancia excesivamente frecuente, que más allá de no proteger al paciente, lo somete a riesgos innecesarios. Y nadie más indicado que AP, por su accesibilidad y conocimiento del paciente, para localizar estas circunstancias y contribuir a la elección de la mejor opción terapéutica.

Respecto al seguimiento, la ausencia de necesidad de motorización se ha señalado inclusive como un posible inconveniente, al posibilitar una disminución de la adherencia al tratamiento. Adherencia, si cabe, más importante que en los AVK por la corta vida media de los ACOD, por lo que también tendrán que ser revisados de forma estrecha, aunque con mayor flexibilidad, en AP, con la importante implicación de los profesionales de enfermería. De aquí que en nuestro modelo de gestión, también hayamos priorizado la disminución del control subóptimo y el manejo seguro de ACOD.

De lo dicho concluir que, tras la concienciación de AP sobre su responsabilidad en dispensar una práctica clínica de calidad, garantizando la anticoagulación oral a todo paciente subsidiario y en la alternativa más óptima, surge la necesidad, tanto de salvaguardar la seguridad del usuario de ACOD, mediante la información y fomento de la adherencia terapéutica, como de respaldar al profesional implicado, creando una cultura de utilización, con programas de capacitación y protocolos de actuación que orienten su actividad diaria de forma sencilla, segura y responsable. Con esta pretensión hemos elaborado el Protocolo de manejo de ACOD en AP, que pretendemos evaluar en la continuación de este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/437 ===== ***

Nº de registro: 0437

Título
OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GARCIA ROY AFRICA, SARSA GOMEZ ANA, BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL, URIEL PEREZ JOSE ANTONIO, EZQUERRO CORDON ASCENSION, LAMANA LASHERAS MARIA JOSE, VALLES LOBATO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Fibrilación auricular (FA) es un importante problema de Salud Pública por prevalencia y morbimortalidad asociada, fundamentalmente por eventos tromboembólicos, donde la anticoagulación oral (ACO) es la piedra angular del tratamiento, al ser la única capaz de reducirlos y que en la actualidad ofrece diferentes alternativas, Dicumarínicos y Anticoagulantes orales directos (ACOD). Por otra parte, los pacientes con FA son controlados mayoritariamente en Atención Primaria (AP) y son frágiles por edad avanzada, comorbilidad asociada y polifarmacia. Por tanto somos responsables de garantizar la opción más favorable de tratamiento efectivo en un problema de gran magnitud y en una población especialmente vulnerable. En el elevado número de pacientes con FA atendidos en nuestro centro de salud (CS) se objetiva un infratratamiento de ACO, controles subóptimos de los tratamientos con acenocumarol y alto porcentaje de controles desde hematología. Esto supone un empeoramiento de nuestra calidad asistencial por la pérdida del efecto protector antitrombótico perseguido y de la continuidad de seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Vistos los resultados de nuestro estudio de línea de mejora del 2015 sobre ``Características clínico-epidemiológicas y de manejo del paciente con FA atendido en el CS Las Fuente Norte`` nos planteamos como objetivo general optimizar el manejo de su anticoagulación oral, equiparándolos al menos con los observados a nivel nacional, mediante los siguientes objetivos específicos:

- I. Asegurar la evaluación del riesgo tromboembólico y hemorrágico a todo paciente con FA seguido en nuestro CS.
- II. Garantizar ACO a todo paciente con FA que tenga indicación para la misma.
- III. Garantizar la calidad de la ACO ofreciendo la opción más adecuada de las disponibles según la legislación vigente (Informe de Posicionamiento terapéutico del Ministerio).
- IV. Asumir el mayor control posible de la ACO desde AP.

MÉTODO

Tras la divulgación al equipo de los resultados del estudio del 2015, se determinarán las debilidades y los objetivos a conseguir, por comparativa cuando se disponga de un indicador de referencia nacional o por consenso del equipo en el caso de que este dato no esté disponible. Se facilitarán los listados de pacientes con FA por CIAS y se procederá a la capacitación del equipo mediante talleres impartidos por los componentes de la línea de mejora, según cronograma preestablecido, con soporte por escrito de material de consulta rápida. Se solicitarán a los servicios responsables las adaptaciones pertinentes del soporte informático para la puesta en marcha del Protocolo de manejo de ACOD del CS Las Fuentes Norte (diversificación de episodios de anticoagulación B-83, información por escrito para el paciente, adaptación de los sistemas de seguimiento para control de adherencia terapéutica por Morisky-Green, etc) así como cauces de comunicación fluida con las especialidades implicadas. La reevaluación se realizará repitiendo la metódica del estudio previo observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoría de historia clínica, ampliado en las variables añadidas, de la población con registro de episodio de FA y seguimiento continuado, de los 22513 usuarios del CS. Las fuentes de información serán la historia clínica para la variable principal y comorbilidades, receta electrónica para los tratamientos asociados y los programas informáticos TAOnet y Gota para la evaluación de los INR en AP y hematología respectivamente. Para el análisis de resultados se empleará el paquete estadístico SPSS. Se suplementará con evaluación mediante encuesta estructurada a los pacientes en tratamiento con ACOD. Las conclusiones servirán para la definición de nuevas líneas de mejora.

INDICADORES

Abordando los objetivos específicos mencionados:

- I- II. Porcentaje de pacientes con registro en historia clínica de Riesgo tromboembólico y hemorrágico por escalas específicas al respecto (CHADs-VASc Y HAS-BLED).
 - I2. Porcentaje de pacientes con indicación de ACO por CHADs-VASc = 2 que la siguen.
 - I3. Porcentaje de pacientes con Antiagregación oral como prevención primaria.
 - I4. Porcentaje de pacientes en tratamiento con acenocumarol controlados en AP con control óptimo por Tiempo en rango terapéutico directo (TRT) = 60% en los últimos 6 meses.
 - I5. Porcentaje de pacientes seguidos en hematología con últimos 3 INR en rango.
 - I6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con acenocumarol seguidos por AP.
 - I7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con ACOD incluidos en protocolo específico de manejo.
 - I8. Grado de conocimiento, adherencia y satisfacción de los pacientes en tratamiento con ACOD.
- Dichos indicadores se integraran en las actividades previstas según diagrama de flujo previamente establecido.

DURACIÓN

De octubre 2016 a junio de 2017.

OBSERVACIONES

Dado el ambicioso contenido del proyecto y en base a la limitación de los recursos humanos disponibles, el proyecto debiera desarrollarse secuencialmente durante más de un año, con las ampliaciones pertinentes según resultados y objetivos propuestos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE AFRICA GARCIA ROY
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Recordar que, tras el estudio ACO-ZAR I sobre "Características epidemiológicas y de manejo de la Fibrilación Auricular (FA) en Atención Primaria (AP)", desarrollado de octubre del 2015 a marzo del 2016 en el centro de salud las Fuentes Norte del sector Zaragoza II, incluyendo la totalidad de población con FA asistida (muestra de 434 pacientes de los 22.513 usuarios), se observó que la población atendida en dicho centro era representativa de las poblaciones estudiadas a nivel nacional, hecho importante a la hora de interpretar sus resultados en comparación con estudios de ámbito más amplio; y también se apreció, respecto a la anticoagulación oral (ACO), una situación precaria por infratratamiento y control subóptimo de los dicumarínicos o antivitaminas-K (AVK), además de un escaso seguimiento por AP.

Conocida la situación de base tras el estudio ACO-ZAR I, nos planteamos mejorar la gestión de la ACO del centro de salud con el proyecto ACO-ZAR II de "Optimización de la ACO en AP" incluido en el Acuerdo de gestión/Contrato programa del 2017. En el mismo priorizamos la disminución del infratratamiento y control subóptimo, el aumento del seguimiento de la anticoagulación por AP y el manejo seguro de los anticoagulantes orales directos (ACOD).

Para todo ello planteamos, en el intervalo de octubre del 2016 a agosto del 2017, diversas actividades, realizadas por los integrantes del proyecto y empleando los recursos del propio C.S (salón de actos y medios audiovisuales). Dichas actividades iban orientadas, en línea con las recomendaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), a nivel del paciente, a la educación sanitaria, y a nivel profesional, a la formación del personal sanitario mediante sesiones clínicas, así como a la protocolización de la actividad asistencial, mediante la elaboración de guías rápidas y protocolos de actuación.

Parte de las actividades fueron evaluadas en Junio de 2017 y sus resultados expuestos en la memoria previa, observándose un descenso del infratratamiento del 24 al 16%, equiparándonos al resultado del estudio FIATE, descenso del control subóptimo del 43 al 30%, mejorando los resultados nacionales, aumento del control por AP del 34 al 69,2%, equiparándonos al estudio PAULA, incremento de la penetrancia de los ACOD del 22 al 28%, en línea con la media de nuestra CCAA, y captación para el seguimiento de los ACOD del 21,9%.

Quedó pendiente el IV y último objetivo del Estudio ACO-ZAR II, sobre el manejo seguro de los ACOD, contenido de esta memoria final del Proyecto y cuyas actividades incluyen

a) Encuesta de empleo de ACOD: Para evaluación del manejo previo a la puesta en marcha del protocolo.
b) Implementación del Protocolo de Manejo de ACOD en AP del C.S Las Fuentes Norte, que origina el subestudio ZAR-ACOD.

En cuanto al registro y análisis de resultados

a) Respecto a la encuesta de manejo de ACOD:

Se elaboró una encuesta estructurada compuesta por 10 preguntas, para valoración de la información, adherencia y seguimiento, y escala analógica visual, para valoración de satisfacción del paciente usuario de ACOD.

La captación se realizó por teléfono, del listado de pacientes en tratamiento con ACOD, y se administró mediante entrevista clínica, por personal médico o de enfermería, a 65 pacientes en julio de 2017.

Los resultados se analizaron mediante paquete estadístico SPSS 2015 en septiembre de 2017.

b) Respecto al Protocolo:

Fue elaborado en el propio centro de salud siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas, y difundido al equipo de atención primaria mediante sesión clínica en mayo de 2017, con soporte por escrito que incluía "Algoritmo de manejo de ACOD en AP", con forma de inicio y periodicidad y contenidos de seguimiento, e "Información por escrito para el paciente en tratamiento con ACOD", tanto sobre aspectos generales como de actuación en caso de hemorragia.

La puesta en marcha comenzó a partir de junio de 2017, motivo que impidió su inclusión en la memoria previa por el escaso periodo de aplicación.

Para la evaluación de la implementación del mismo, se continuó con la metódica del estudio ACO-ZAR II, observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoría de historia clínica.

En este caso la población diana estaba formada por los 102 pacientes en tratamiento con ACOD del total de los 318 del estudio ACO-ZAR II.

Respecto a las fuentes de información para la obtención de datos:

Se definió como condición indispensable para considerar la puesta en marcha del protocolo, la existencia de episodio abierto en OMI-AP específico de tratamiento con ACOD, en sus diferentes opciones.

La asociación de comorbilidades se definió por la existencia de episodio abierto en OMI-AP mediante codificación internacional en atención primaria (CIAP).

El registro de peso se consideró válido si estaba realizado a partir de julio de 2017 y el registro del riesgo tromboembólico y de idoneidad de la indicación de ACO, por la existencia de volcado en episodio de FA o tratamiento anticoagulante, de la escala CHADS2-VASC, incluida en protocolos de OMI-AP.

Se consideró existencia de tipificación válida de función renal, ante determinación de estimación de Filtrado glomerular, eFG (ml/min/1,73 m²) en el último año, definiéndose en caso de enfermedad renal crónica los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

grados G3a (59-45), G3b (44-30), G4 (29-15) y G5 (<15).

Como controles de enfermería se admitieron todas aquellas reseñas de dichos profesionales colgadas en el episodio de tratamiento con ACOD durante el último año.

Para la evaluación de la frecuencia de actividad médica, se consideraron los controles analíticos que incluyeran función renal, tanto de AP como de AE, recogidos en Historia clínica electrónica (HCE) en el último año de visado de inspección, según el criterio especificado en el protocolo, basado en las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología (SEC), según edad del paciente, existencia de comorbilidades y función renal por estimación del filtrado glomerular (MDRD-4 o CKD-EPI).

Los datos de tratamiento con ACOD se obtuvieron de receta electrónica.

El análisis de resultados se realizó durante diciembre de 2018 mediante el paquete estadístico SPSS 2015, tras 18 meses de la puesta en marcha del protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Recordar que los indicadores y estándares de ACO-ZAR II se establecieron a partir de los resultados del estudio ACO-ZAR I, por comparativa, cuando se disponía de un indicador de referencia nacional, o por consenso del equipo, en el caso de que este dato no estuviera disponible.

En el objetivo que nos ocupa de empleo seguro de los ACOD, en ZAR-ACOD se seleccionaron los siguientes indicadores:

I. Del Inicio de tratamiento con ACOD, con inclusión en protocolo:

I1. N.º de episodios específicos de Tratamiento con ACOD.

II. Del seguimiento de tratamiento con ACOD:

o Respecto a contenidos:

• Para la consulta de enfermería (CE):

I2. Registro de peso. Estándar 1/año

• Para la consulta Médica (CM):

I3. Registro de CHADS-VASc. Estándar 1/año

I4. Valoración de función renal. Estándar 1/año

o Respecto a frecuencia:

• Para la consulta de enfermería:

I5. N.º CE anual. Estándar 6/año

• Para la consulta Médica: Valoración analítica según condición de fragilidad:

I6. Edad = 75 años. Estándar 2/año

I7. Asociación con comorbilidad. Estándar 2/año

I8. Función renal: En G3a y b: Estándar 2/año y en G4 Estándar 4/año

De los indicadores de ZAR-ACOD no disponemos de valores de referencia nacionales ni previos del centro de salud, salvo para el de captación por inclusión en protocolo específico de manejo (Resultado de partida de 21,9%). En el resto, hemos fijados como estándares las recomendaciones de la SEC, cuando existen.

Los resultados de la encuesta de empleo de ACOD

• Del grupo de ACOD que incluía a 102 pacientes se realizaron un total de 65 encuestas, lo que supone una participación del 63,72%.

• Respecto a la información recibida por el usuario de ACOD:

- Un 15,4% no sabía que tomaba un anticoagulante.

- Hasta en un 43,1% no recibieron información sobre el ACOD en el momento de la prescripción.

- Solo un 21,5% recibió información por escrito.

- Respecto a los contenidos de la información, se contemplaron: la importancia de la adherencia, la actuación en caso de olvido, la necesidad de seguimiento en consulta, el riesgo de sangrado, interacciones medicamentosas y actuación en caso de hemorragia. En Atención Especializada (AE), los contenidos más abordados fueron la importancia de la adherencia con un 84% y la necesidad de seguimiento con un 68,42%. En AP a la cabeza se encontró la información sobre el riesgo de sangrado con un 100%, seguido de la importancia de la adherencia con un 90%. La necesidad de seguimiento se abordó en el 60%.

• La adherencia correcta de los tratamientos con ACOD admitida por el paciente fue del 100%.

• Respecto al seguimiento:

- Reconocían un seguimiento periódico en la consulta un 66,2%.

- El seguimiento era fundamentalmente a expensas de Médico de AP (por CE en un 2,3%, MAP 58,1% y conjunta 39,5%)

• Satisfacción: Se sentían satisfechos o muy satisfechos el 66,1%, con satisfacción neutra el 21,5% y con poca o muy poca satisfacción el 12,3%.

Los resultados del subestudio ZAR-ACOD, muestran:

Un incremento de la captación de manejo de ACOD de un 12,2% del objetivado en 2017 (con paso de 21,9% a 34,1%)

(I1)

Respecto a la adecuación de contenidos, pese a ser datos claves en la indicación y el ajuste de dosis, no existe registro de peso en un 18,7% (I2), del CHADS-VASC en el 41,8% (I3) y de la función renal en el 8,8% (I4).

Respecto al seguimiento en consulta de CE (I5), hasta en el 90,1% del total de pacientes con ACOD y en el 71% de los captados en el protocolo, no existe ninguna CE específica para ello y en los escasos pacientes seguidos por CE, en el 100% ha sido con frecuencia inferior a la recomendada en el protocolo de cada 1,5-2 meses (6-8 consultas al año) en línea con las recomendaciones de la SEC.

En lo concerniente al seguimiento en CM, contemplando las recomendaciones de la SEC sobre la frecuencia de controles analíticos según condición de fragilidad, resulta correcto en solo un 39,3% de los pacientes =75 años (I6), 38% en coexistencia con comorbilidad (I7) y en el 25% de pacientes con enfermedad renal crónica (I8), no siguiéndose las recomendaciones de frecuencia de control analítico en el 100% de ERC G4 y en el 50% de los G3. Y hasta en un 16,5 % de nuestros pacientes con ACOD existía interacción medicamentosa con ISRSS (sertralina),

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Amiodarona, Diltiazem, Dronedarona, AINES y AAG.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cada vez son más los pacientes subsidiarios de la anticoagulación oral (ACO), fundamentalmente por FA, indicación de anticoagulación crónica por excelencia e importante problema de salud pública, donde sólo el tratamiento antitrombótico se ha demostrado capaz de modificar su historia natural. Esto ha hecho que las principales sociedades científicas consideren la profilaxis tromboembólica como la estrategia fundamental a plantear en todos los pacientes con FA y, por tanto, el empleo de la ACO, ante indicación individualizada por riesgo tromboembólico, es inexcusable dentro de una práctica clínica de calidad.

Además, el paciente que sufre FA es habitualmente un paciente frágil, por edad elevada, múltiple comorbilidad asociada y polimedicación, lo que le convierte en el prototipo de paciente crónico-complejo y subsidiario de un abordaje integral y manejo multidisciplinar, donde AP tiene un importante peso específico, por porcentaje de pacientes diagnosticados y seguidos en nuestras consultas, no pudiendo eludir esta responsabilidad.

Con la ampliación de la oferta de los anticoagulantes orales se produce un cambio en el paradigma de la anticoagulación y ante esto, es inevitable plantearse la necesidad de adaptar el modelo de gestión de la ACO existente hasta ahora, que por otro lado se ha demostrado poco eficiente, a la vista de la situación precaria de la anticoagulación a nivel nacional.

La incorporación de los ACOD, con características farmacológicas diferentes, modifica las necesidades de manejo y obliga a plantear nuevos sistemas de gestión, teniendo en consideración no solo a los profesionales sanitarios implicados, sino también a la administración sanitaria y a los propios pacientes. En efecto, estos sistemas de gestión deben supeditarse a la realidad de nuestra normativa nacional, por lo que más allá de conocer las recomendaciones de las principales sociedades científicas, tenemos que adaptarnos a las recomendaciones de la AEMPS y a las de la SECA.

En el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS), el empleo de los ACOD en FANV para prevención del ictus y del embolismo sistémico, está delimitado por el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de AEMPS. El IPT del 23 de diciembre de 2013, reconoce que los tres ACOD comercializados hasta entonces han demostrado un beneficio-riesgo favorable frente a los AVK en diversas condiciones clínicas y se nos plantea una introducción prudente. Así, se especifica de forma pormenorizada como hacer la elección del anticoagulante oral, aspecto que queda controlado con la supeditación al visado de inspección. Sin embargo, el mencionado informe es menos explícito y detallado en lo relativo al seguimiento, indicando solo la necesidad de que sea frecuente y realizado por personal cualificado y con la recomendación de que los centros sanitarios dispongan de protocolos de actuación para su manejo.

La SECA, paralelamente, elabora una serie de recomendaciones de buena práctica para el uso seguro de ACOD en pacientes anticoagulados. En conclusión, la SECA recoge la necesidad de actividades formativas de los profesionales sanitarios, la formación e información de pacientes con soporte unificado y por escrito y la elaboración de procedimientos normativos de trabajo que disminuyan la variabilidad de la práctica clínica.

En esta línea nos planteamos dentro del estudio ACO-ZAR II la formación del profesional sanitario mediante sesiones clínicas, la creación de una guía de manejo rápido y la elaboración del "Protocolo de Manejo de ACOD en el CS las Fuentes Norte", con objetivo de mejorar la gestión de los mismos asegurando una práctica clínica de calidad.

En el IPT del 23 de diciembre de 2013, se recoge en su sección 3 el criterio de indicación de tratamiento anticoagulante oral en pacientes con FANV. En la actualización del IPT del 21 de noviembre del 2016 se modifica la escala de evaluación de riesgo tromboembólico, adoptándose el CHADS-VASC =2. La evaluación del riesgo hemorrágico se realizará por la escala de puntuación HAS-BLED. Ambas escalas disponibles en Protocolos de OMI-AP.

En el mismo IPT queda definido el criterio de elección del tipo de tratamiento ACO en su sección 4, apartado 2, de modo que las situaciones que permiten el empleo de ACOD de inicio serían la hipersensibilidad o contraindicación conocida a dicumarínicos, antecedentes de hemorragia intracraneal o el ictus isquémico con criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC. En el resto de situaciones, está supeditado a los dicumarínicos por la imposibilidad de acceso al control de INR convencional, tratamientos con acenocumarol con imposibilidad de mantener un control de INR dentro de un TRT pese a un buen cumplimiento terapéutico y episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de tratamientos con AVK con INR bien controlados. En definitiva, se trataría de una segunda opción terapéutica. Todo esto habiéndose descartado contraindicación de ACO (sección 4, apartado 3).

Tras lo dicho, solo queda precisar quién debe realizar la indicación, y dado que la indicación de ACO viene ligada al mismo diagnóstico, se podrá realizar tanto desde AP como desde AE. Incidir en que, respecto a la indicación de los ACOD, es prioritario seleccionar adecuadamente a los mejores candidatos, en base a criterios bien definidos en las recomendaciones nacionales del IPT. Parece lógico comenzar por aquellos pacientes que por diversos motivos no puedan acceder a la monitorización del INR, hecho nada infrecuente en una población mayor con importante pluripatología, máxime en un territorio tan disperso como es nuestra CCAA, o con los que no mantengan un TRT adecuado con acenocumarol (sintrom®), también circunstancia excesivamente frecuente, que más allá de no proteger al paciente, lo somete a riesgos innecesarios. Y nadie más indicado que AP, por su accesibilidad y conocimiento del paciente, para localizar estas circunstancias y contribuir a la elección de la mejor opción terapéutica.

El inicio de tratamientos con ACOD está contemplado en la sección 5 del IPT del Ministerio de Sanidad como "Precauciones en el inicio y seguimiento del tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular no valvular". No podemos evitar insistir en que el tema se aborda de forma mucho más somera que lo referente a la selección del ACO. El primer punto a desarrollar sería quien debe iniciar el tratamiento con ACOD. Como en el caso de la indicación, parece lógico que los profesionales responsables de atender las diferentes circunstancias clínicas que aconsejan su empleo sean los que inicien su manejo. El cómo iniciarlo queda sistematizado en la Guía rápida de manejo de ACOD de forma sencilla.

En cuanto al seguimiento de los ACOD, presenta unas peculiaridades de manejo, por sus características propias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

y diferenciales con los AVK, como son la sencillez, el efecto previsible a dosis fija sin apenas interacciones medicamentosas, o la comodidad de su uso, por la ausencia de necesidad de monitorización. Pero no debemos olvidar que se trata igualmente de anticoagulantes, de modo que se tendrán que mantener las mismas precauciones y recomendaciones que con los dicumarínicos.

En definitiva, pese a que los ACOD permiten más flexibilidad de manejo que los AVK, es necesario desarrollar un programa de adherencia y seguimiento que optimice los resultados clínicos y prevenga las posibles complicaciones de uso. En la misma Guía rápida de manejo de ACOD se definieron la periodicidad y contenidos de estos controles, tanto para la CM como para la CE, seguidos en el "Protocolo de Manejo de ACOD en AP".

Los resultados de la evaluación de la implementación de dicho protocolo tras un año y medio, en el subestudio ZAR-ACOD, nos han mostrado que, respecto a la gestión de los ACOD, la formación del profesional sanitario y la elaboración de Guías de manejo rápido han sido eficientes en la captación del protocolo y en su inicio correcto, pero insuficientes para conseguir un seguimiento adecuado y en suma para garantizar la práctica clínica de calidad de manejo de los ACOD buscada.

Por tanto, el modelo de gestión aplicado en ACO-ZAR II ha resultado satisfactorio en general, como vimos en la memoria previa, en el intento de equipararnos a la situación nacional, todavía por mejorar, en lo que a infratratamiento, control subóptimo y manejo por AP se refiere, pero insuficiente en el reto de la gestión de los ACOD, hecho que nos hace reflexionar sobre la necesidad de apoyos técnicos, como recomendaba la SECA. De aquí surge la "Propuesta de Modificación del soporte informático OMI-AP", con la inclusión de un plan de cuidados personales, PCP-TRATAMIENTO DE ACOD, trasladado al Grupo Autonómico de anticoagulación oral.

Para concluir, insistir en que tras la concienciación de AP sobre su responsabilidad en dispensar una práctica clínica de calidad, garantizando la anticoagulación oral a todo paciente subsidiario y en la alternativa más óptima, surge la necesidad, tanto de salvaguardar la seguridad del usuario de ACOD, mediante la información y fomento de la adherencia terapéutica, como de respaldar al profesional implicado, creando una cultura de utilización, con programas de capacitación y protocolos de actuación con un soporte adecuado, que orienten su actividad diaria de forma sencilla, segura y responsable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/437 ===== ***

Nº de registro: 0437

Título
OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GARCIA ROY AFRICA, SARSA GOMEZ ANA, BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL, URIEL PEREZ JOSE ANTONIO, EZQUERRO CORDON ASCENSION, LAMANA LASHERAS MARIA JOSE, VALLES LOBATO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Fibrilación auricular (FA) es un importante problema de Salud Pública por prevalencia y morbimortalidad asociada, fundamentalmente por eventos tromboembólicos, donde la anticoagulación oral (ACO) es la piedra angular del tratamiento, al ser la única capaz de reducirlos y que en la actualidad ofrece diferentes alternativas, Dicumarínicos y Anticoagulantes orales directos (ACOD).
Por otra parte, los pacientes con FA son controlados mayoritariamente en Atención Primaria (AP) y son frágiles por edad avanzada, comorbilidad asociada y polifarmacia. Por tanto somos responsables de garantizar la opción más favorable de tratamiento efectivo en un problema de gran magnitud y en una población especialmente vulnerable. En el elevado número de pacientes con FA atendidos en nuestro centro de salud (CS) se objetiva un infratratamiento de ACO, controles subóptimos de los tratamientos con acenocumarol y alto porcentaje de controles desde hematología.
Esto supone un empeoramiento de nuestra calidad asistencial por la pérdida del efecto protector antitrombótico perseguido y de la continuidad de seguimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS

Vistos los resultados de nuestro estudio de línea de mejora del 2015 sobre ``Características clínico-epidemiológicas y de manejo del paciente con FA atendido en el CS Las Fuentes Norte`` nos planteamos como objetivo general optimizar el manejo de su anticoagulación oral, equiparándolos al menos con los observados a nivel nacional, mediante los siguientes objetivos específicos:

- I. Asegurar la evaluación del riesgo tromboembólico y hemorrágico a todo paciente con FA seguido en nuestro CS.
- II. Garantizar ACO a todo paciente con FA que tenga indicación para la misma.
- III. Garantizar la calidad de la ACO ofreciendo la opción más adecuada de las disponibles según la legislación vigente (Informe de Posicionamiento terapéutico del Ministerio).
- IV. Asumir el mayor control posible de la ACO desde AP.

MÉTODO

Tras la divulgación al equipo de los resultados del estudio del 2015, se determinarán las debilidades y los objetivos a conseguir, por comparativa cuando se disponga de un indicador de referencia nacional o por consenso del equipo en el caso de que este dato no esté disponible.

Se facilitarán los listados de pacientes con FA por CIAS y se procederá a la capacitación del equipo mediante talleres impartidos por los componentes de la línea de mejora, según cronograma preestablecido, con soporte por escrito de material de consulta rápida.

Se solicitarán a los servicios responsables las adaptaciones pertinentes del soporte informático para la puesta en marcha del Protocolo de manejo de ACOD del CS Las Fuentes Norte (diversificación de episodios de anticoagulación B-83, información por escrito para el paciente, adaptación de los sistemas de seguimiento para control de adherencia terapéutica por Morisky-Green, etc) así como cauces de comunicación fluida con las especialidades implicadas.

La reevaluación se realizará repitiendo la metodología del estudio previo observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoría de historia clínica, ampliado en las variables añadidas, de la población con registro de episodio de FA y seguimiento continuado, de los 22513 usuarios del CS.

Las fuentes de información serán la historia clínica para la variable principal y comorbilidades, receta electrónica para los tratamientos asociados y los programas informáticos TAOnet y Gota para la evaluación de los INR en AP y hematología respectivamente.

Para el análisis de resultados se empleará el paquete estadístico SPSS.

Se complementará con evaluación mediante encuesta estructurada a los pacientes en tratamiento con ACOD.

Las conclusiones servirán para la definición de nuevas líneas de mejora.

INDICADORES

Abordando los objetivos específicos mencionados:

- I- II. Porcentaje de pacientes con registro en historia clínica de Riesgo tromboembólico y hemorrágico por escalas específicas al respecto (CHADS-VASc Y HAS-BLED).
- I2. Porcentaje de pacientes con indicación de ACO por CHADS-VASc = 2 que la siguen.
- I3. Porcentaje de pacientes con Antiagregación oral como prevención primaria.
- I4. Porcentaje de pacientes en tratamiento con acenocumarol controlados en AP con control óptimo por Tiempo en rango terapéutico directo (TRT) = 60% en los últimos 6 meses.
- I5. Porcentaje de pacientes seguidos en hematología con últimos 3 INR en rango.
- I6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con acenocumarol seguidos por AP.
- I7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con ACOD incluidos en protocolo específico de manejo.
- I8. Grado de conocimiento, adherencia y satisfacción de los pacientes en tratamiento con ACOD.

Dichos indicadores se integraran en las actividades previstas según diagrama de flujo previamente establecido.

DURACIÓN

De octubre 2016 a junio de 2017.

OBSERVACIONES

Dado el ambicioso contenido del proyecto y en base a la limitación de los recursos humanos disponibles, el proyecto debiera desarrollarse secuencialmente durante más de un año, con las ampliaciones pertinentes según resultados y objetivos propuestos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0451

1. TÍTULO

OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRONICAS

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE ARMALE CASADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTES LOPEZ CARMEN
FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS
EZQUERRO CORDON ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un cuestionario tipo test para medir el nivel de conocimientos en el cuidado de heridas crónicas con 16 preguntas. El test se pasó a los estudiantes de grado de enfermería al inicio de su ciclo de prácticas en el centro de salud y a los profesionales de enfermería de nueva incorporación previo al inicio del taller y a todos al final del taller.

Para la prueba de competencias objetivas en el cuidado de heridas crónicas se realizaron videograbaciones a todos los participantes donde se evaluaba siguiendo los criterios de las guías de practica clinica la valoración la herida y su tratamiento.

El taller consiste en 3 sesiones de 90 minutos de duración cada una de ellas; 2 sesiones con impartición de teoría y 1 práctica con el visionado y análisis de grabaciones. En total se han realizado 4 talleres durante la duración del proyecto.

Los datos obtenidos han sido dados a conocer a todos los participantes del proyecto y al resto del equipo en una sesión clínica.

El cumplimiento del cronograma se ha realizado en los plazos establecidos.

Los recursos humanos empleados han sido 7 profesionales de enfermería: 5 enfermeras y 2 EIR de enfermería familiar y comunitaria. Como recursos materiales se precisó de una videocámara y proyector y diferente material de curas de heridas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Participantes:36 estudiantes de grado de Enfermería y 10 enfermeros de reciente incorporación en nuestro centro de salud.

Resultados del test de conocimientos: La media de respuestas acertadas entre los estudiantes de Enfermería antes del taller es de 8 (50%) sin diferencias significativas entre universidad pública o privada o entre sus primeras prácticas o siguientes, al finalizar el taller la media de aciertos es de 13,3 (81%), habiendo aumentado sus conocimientos teóricos un 31%.

Los profesionales empezaban con un nivel de conocimientos del 75% (12respuestas correctas) y terminaron con un 98% (15,8 respuestas correctas).

Resultados de las videograbaciones entre los estudiantes: distinguen la etiología de las heridas en un .72,3%, valoran correctamente el estado de la herida (tamaño, lecho, bordes, signos de infección un 86,5%, eligen el tratamiento mas adecuado a cada caso siguiendo el procedimiento TIME un 74,3%.

Ha existido un nivel de participación del 100% tanto entre los estudiantes de pregrado como de los profesionales de nueva incorporación.

El aumento de conocimientos en el cuidado de heridas ha sido de un 31% entre los estudiantes de grado de enfermería y un 23% entre los enfermeros.

El conocer el procedimiento TIME para la valoración de heridas y su puesta en práctica como presentar todos los productos existentes en el mercado para el tratamiento de las heridas ha sido valorados muy positivamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con este proyecto se ha intentado mejorar la calidad de cuidados enfermeros y disminuir la variabilidad de práctica clínica en el cuidado de heridas crónicas, tanto en su prevención como en su tratamiento implementando las nuevas recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Tras valorar la buena acogida y resultado del proyecto, nuestro empeño se canaliza hacia la realización de una nueva edición de los talleres siempre que vengan a formarse a nuestro centro de salud estudiantes de grado de Enfermería y daremos la oportunidad de asistir también si lo creen necesario los compañeros enfermeros que se van incorporando a la Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/451 ===== ***

Nº de registro: 0451

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0451

1. TÍTULO

OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRONICAS

OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRONICAS

Autores:
ARMALE CASADO MARIA JOSE, LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, ANDRES AGORRTEA PATRICIA, MARTES LOPEZ CARMEN, FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS, EZQUERRO CORDON ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El tratamiento de las heridas crónicas y su prevención supone un reto para enfermería. Una mejora en la calidad de los cuidados enfermeros viene determinada por recibir una formación adecuada. Percibimos una carencia formativa en este tema tanto a nivel pregrado como postgrado.

RESULTADOS ESPERADOS

- Valoración de los conocimientos teóricos y de las habilidades prácticas en materia de cuidados de heridas crónicas previos a su estancia clínica en el CS de los estudiantes de enfermería y profesionales de nueva incorporación.
- Diseñar 1 taller formativo de cuidado de heridas crónicas (3 sesiones).
- Evaluar el impacto de nuestra actuación en los estudiantes de enfermería y profesionales.
- Incrementar los conocimientos y habilidades de los estudiantes de enfermería en materia de heridas crónicas y profesionales de enfermería.
- Mejorar la calidad asistencial en el tema de cuidados de heridas.

MÉTODO

- Diseño de un cuestionario sobre conceptos teóricos en el cuidado de heridas crónicas.
- Diseño de una prueba de competencias objetivas en el cuidado de heridas crónicas.
- Recogida de datos y análisis de los mismos por los miembros del equipo de mejora.
- Elaboración de taller formativo en cuidado de heridas crónicas.

Actividades:

- Cumplimentación del cuestionario en el cuidado de heridas crónicas pre y post estancia clínica en el CS.
- Videograbación.
- Puesta en marcha del taller formativo.
- Difusión de los datos obtenidos.
- Recogida de datos:M^a Luisa Lozano del Hoyo, Patricia André Agorreta,Carmen Martes López, M^a José Armalé Casado.
- Diseño de cuestionario:Patricia André Agorreta,Carmen Martes López.
- Taller formativo:M^a Luisa Lozano del Hoyo,Patricia André Agorreta
- Carmen Martes López, M^a de los Desamparados Forés Catalá, Ascensión Ezquerro Cordón, M^a José Armalé Casado.
- Evaluación de encuestas y videograbaciones:M^a Luisa Lozano del Hoyo,Patricia André Agorreta, Carmen Martes López, M^a de los Desamparados Forés Catalá, Ascensión Ezquerro Cordón, M^a José Armalé Casado.
- Difusión de resultados: M^a Luisa Lozano del Hoyo,Carmen Martes López, M^a José Armalé Casado, Desamparados Forés Catalá.

INDICADORES

- Encuesta de conocimientos. Mejora de conocimientos teóricos un 20%
- Mejora de estándares de calidad en cuidados de heridas crónicas según guías de práctica clínica en un 20% evaluado a través de la videograbación.

DURACIÓN

- Duración:julio2016-julio2017.
- Recogida de datos, bibliografía:julio-agosto.
- Diseño de cuestionario y taller formativo: septiembre.
- Intervención educativa:de septiembre2016 a abril de 2017.
- Evaluación parcial: noviembre, febrero, abril y junio
- Evaluación final: junio 2017.
- Difusión: julio 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0451

1. TÍTULO

OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRONICAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE TAMARA RODRIGUEZ POLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El método de trabajo debe permitir tratar las vivencias, percepciones e interpretaciones de las usuarias asumiendo la realidad dinámica y subjetiva de este fenómeno y por ello, se ha elegido la metodología cualitativa con un abordaje etnográfico.

Los escenarios del proyecto van a ser el C.S Fuentes Norte y la Fundación el Tranvía.

Las participantes van a ser las mujeres de etnia gitana de la localidad de Zaragoza en edad fértil y sexualmente activas.

La captación se realizará principalmente en el barrio de Las Fuentes a través del criterio metodológico "bola de nieve".

ACTIVIDAD 1: "Soy gitana, soy mujer y este es mi cuerpo".

Tras una breve lectura, se lanzarán una serie de preguntas con el objetivo de que las participantes identifiquen cuáles son las características que les representan como mujeres. Se proyectará posteriormente de forma didáctica las características anatómicas y fisiológicas del cuerpo femenino.

La primera sesión tendrá una duración de dos horas aproximadamente.

ACTIVIDAD 2: "El ciclo menstrual"

Se realizará una breve presentación en donde se pondrá énfasis a las características del ciclo menstrual femenino.

Se repartirá a las participantes un calendario menstrual en donde ellas puedan identificar en que momento del ciclo se encuentran así como las características físicas y emocionales que representan en cada momento del ciclo menstrual.

La segunda sesión tendrá lugar en el C.S Fuentes Norte y tendrá una duración aproximada de 2 horas y 30 minutos.

ACTIVIDAD 3: "Mitos y realidades".

De acuerdo a la información de diferentes investigaciones acerca de las diferentes presentaciones, valores y creencias de las mujeres gitanas acerca del significado del cuerpo y aspectos relacionados con la fecundidad, se expondrán diferentes mitos y creencias con el objetivo de que ellas identifiquen su grado de acuerdo y desacuerdo.

ACTIVIDAD 4: "Planificación familiar".

Se lanzarán varias preguntas abiertas creando grupo de discusión acerca de qué se entiende por método planificación familiar.

La tercera parte del proyecto estará protagonizada por los profesionales de la salud y el objetivo de este apartado es identificar los prejuicios y estereotipos. Para ello, se pasará un cuestionario para identificar prejuicios y estereotipos sobre la población gitana

CRONOGRAMA

Duración total del proyecto: seis meses.

Octubre 2016: Captación activa de los participantes.

Noviembre 2016: Preparación de la sala, materiales y análisis de cuestionario.

Diciembre 2016: Primera sesión y registro de indicadores.

Enero 2017: Segunda sesión y registro.

Febrero 2017: Encuentro entre los profesionales y planteamiento de propuestas

Marzo 2017: Redacción de memoria y conclusiones del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realiza una memoria de la actividad dirigida a la mujeres de etnia gitana en relación al uso y conocimiento de métodos anticonceptivos de acuerdo a los valores, creencias y prácticas de su propia cultura. Se ha realizado la sesión clínica con la colaboración del centro social Fundación El Tranvía en el barrio de Las Fuentes (Zaragoza), realizando una captación de las mujeres gitanas por parte del C.S Fuentes Norte a través de un desayuno saludable y distendido donde se propuso tratar temas de planificación familiar.

Título actividad: DESAYUNOS CON TAMARA.

Responsable actividad: Tamara Rodríguez Pola.

Observadores no participantes: Amparo Forés Catalá (Enfermera) y estudiante de enfermería del C.S Fuentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Norte

El escenario donde se ha realizado el encuentro con las mujeres gitanas ha sido la Fundación El Tranvía, a petición de las mujeres que participaron en el grupo. Las participantes mujeres de etnia gitana de la localidad de Zaragoza, realizando su captación principalmente en el barrio de Las Fuentes.
Participantes: Acudieron 7 mujeres, de edades comprendidas entre los 30 y 55 años aproximadamente. Todas ellas gitanas excepto una joven que suizo participar que era procedente de Republica Dominicana.

ACTIVIDAD 1: Se presenta la actividad que lleva por título: "Marcianos en Las Fuentes"

Descripción: "Aterrizas en Las Fuentes una nave espacial llena de marcianos ansiosos por conocer nuestro planeta y a los habitantes que vivimos aquí. Para nuestra sorpresa, ¡Todos los marcianos son iguales! En nuestra tierra tenemos algunas diferencias así que tendremos que explicar qué es una mujer y qué es un hombre y las características de cada uno para que conozcan cómo es nuestra especie".

Las respuestas fueron las siguientes:

"Podemos tener hijos. Hace falta un hombre pero el principal trabajo es nuestro"

"Tenemos un sexto sentido".

"Nuestro carácter es diferente"

"Nosotras las gitanas somos diferentes al resto, nos dedicamos más a la casa, a la familia, al marido..."

ACTIVIDAD 2: "El ciclo menstrual".

Descripción: "Sara acaba de cumplir doce años, tiene el pelo ondulado y los ojos perlados. Le gusta montar en bicicleta, ir a la piscina y el bizcocho de su abuela Carmen. Una mañana, al despertarse de la cama, Sara vio que había manchado de sangre la sábana azul turquesa. Se miró bien en el espejo para ver dónde quedaba esa herida que se había abierto mientras dormía...pero no la encontró. ¿Alguna se ha sentido identificada con Sara?"

Evaluación de la actividad: Una vez realizada esta breve introducción, se realizó una breve presentación en donde se puso énfasis a las características del ciclo menstrual femenino. Se repartieron a las participantes un calendario menstrual en donde ellas pudieron identificar en que momento del ciclo se encontraban, así como las características físicas y emocionales que representaban en cada momento del ciclo menstrual.

La explicación del ciclo menstrual fue interrumpida con las siguientes preguntas: ¿Qué días somos más fértiles?, " Si tomo la píldora y me olvido, ¿me quedo embarazada?"

Se hablo del Síndrome Premenstrual. Las respuestas de las participantes fueron las siguientes:

"Nos cambia el carácter"

"Estamos más depresivas y hambrientas"

"Me duelen los pechos y la espalda"

ACTIVIDAD 3: " El semáforo"

Descripción: De acuerdo a la información de diferentes investigaciones acerca de las diferentes presentaciones, valores y creencias de las mujeres gitanas acerca del significado del cuerpo y aspectos relacionados con la fecundidad, se expusieron diferentes mitos y creencias comunes con el objetivo de que ellas identificasen el grado de acuerdo y desacuerdo con la ayuda de los colores del semáforo:

Rojo: "Totalmente desacuerdo"

Amarillo: "Ni acuerdo ni desacuerdo"

Verde: "Totalmente de acuerdo"

A continuación se presentan algunas de las afirmaciones que se realizaron y las respuestas de las participantes:

1: A partir de los 40 años no me puedo quedar embarazada.

Respuesta No les gustaría pero están de acuerdo en que sí se puede.

"Hasta que no llega la menopausia podemos quedarnos embarazadas".

2: Si tomas mucho vinagre en el embarazo el niño nace con poco pelo.

Respuesta: Lo han oído. Reconocen que la ingesta de vinagre les provoca mucha acidez. En cambio, si creen en los antojos y marcas de nacimiento.

3 :Puedo quedarme embarazada aunque esté dando el pecho.

Respuesta: Sí, todas lo afirman con seguridad

4: Cuando estás embarazada, es bueno lavarse los genitales varias veces al día y con agua caliente.

Respuesta: "La higiene debe de ser la misma, pero cn agua tibia, no muy caliente"

ACTIVIDAD 4: Planificación familiar

Descripción: Se lanzaron varias preguntas abiertas creando grupo de discusión acerca de qué se entiende por método planificación familiar. El objetivo de esta actividad era resolver dudas y preguntas acerca de los diferentes métodos respetando sus preferencias.

Evaluación de la actividad: Se explicaron los diferentes métodos anticonceptivos mostrando muestras de ellos. La mayoría conocen los métodos naturales (calendario, temperatura basal, control del flujo...) pero reconocen que nos son fiables. En cuanto a la actividad, hubo controversia en las mujeres respecto a las preferencias

Anillo vaginal: En general no les gusta. " Yo no me lo pondría", "Yo no sabría"

Parche: " No se mueve, está bien"

Anticonceptivos orales: Muestran preferencia a los anticonceptivos orales mostrando como inconveniente el olvido de las tomas. Se explican los márgenes de seguridad.

DIU (dispositivo intrauterino): " Ay que miedo", " Me lo compré y lo devolví". Una de las participantes comenta que está contenta con esta medida pero que la asocia con ganancia de peso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Implante: No lo conocían.

Métodos quirúrgicos. Dos de las participantes se habían realizado ligadura de trompas.

Métodos de barrera: No sabían que existía el preservativo femenino.

Para finalizar la actividad, además de las recomendaciones médicas de cada paciente se les recomienda elección del método anticonceptivo en función de tres preguntas.

1- ¿Qué tipo de pareja tengo?

2- ¿ Quiero tener más hijos?

3- ¿ Cuánto dinero puedo gastarme?

ACTIVIDAD: ¿Cuál le recomendarías?

Descripción: Se exponen cuatro situaciones de mujeres que desean realizar una planificación familiar. Por grupos y con ayuda del material entregado en la actividad anterior, llegan a un acuerdo para recomendar a dichas mujeres los métodos de planificación familiar que creen más adecuados para ellas según sus necesidades.

Lola tiene 18 años. No tiene pareja estable pero desde hace dos meses tiene relaciones sexuales con Carlos que es un poco más mayor que ella. Lola tiene miedo de quedarse embarazada o de tener alguna enfermedad de transmisión sexual de las que le han explicado en el instituto. Viene a nuestra consulta a pedir información. ¿Qué le recomendarías?

RECOMENDACIÓN: Preservativo.

María acaba de cumplir cuarenta años. Tiene tres hijos y actualmente está dando el pecho a su hija Marta. Marta ha cumplido un año pero le encanta la teta de mamá. Durante este año no ha tomado ninguna precaución al tener relaciones sexuales pero ahora que Marta se hace más mayor y toma menos pecho, María está preocupada por si puede volver a quedarse embarazada. ¿Qué crees que podría ser lo más adecuado para ella?

RECOMENDACIÓN: Anticonceptivos orales compatibles con lactancia materna.

Paula va a dar a luz en mes. Es su cuarto hijo. Nos cuenta en la consulta que está muy feliz por el nuevo nacimiento de su bebé pero tiene problemas económicos y teme volver a quedarse embarazada. Su marido no quiere usar el preservativo y ella dice que le sientan muy mal las píldoras anticonceptivas. Viene a nuestra consulta dispuesta a encontrar una solución. ¿Qué le recomendarías?

RECOMENDACIÓN: Implante o ligadura de trompas

Isabel tiene 24 años y acaba de casarse con su novio Raúl. Los dos han hablado de que les encantaría ampliar la familia pero Isabel quiere esperar un año para poder así terminar sus estudios de magisterio. Por sus creencias, Isabel es algo reticente a utilizar métodos anticonceptivos artificiales y viene a nuestra consulta a buscar información. ¿Qué le dirías?

RECOMENDACIÓN: Preservativo o DIU

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se realizó observación no participante por 2 observadores de manera . Recogida de información no estructurada, relato del encuentro con transcripción literal de intervenciones más significativas. Se destacan los momentos relevantes: silencios, dinámica entre ellas, risas, bromas.... Posteriormente se realiza transcripción y análisis, contrastando lo recogido por los dos observadores.

Buena valoración de la experiencia por parte de las mujeres, mostraron gran interés y manifestaron estar interesadas en realizar más encuentros.

Valoración positiva de la experiencia por los profesionales del C. de Salud.

Interesante llevar a cabo otros encuentros similares.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/991 ===== ***

Nº de registro: 0991

Título
PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Autores:
RODRIGUEZ POLA TAMARA, FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La etnia gitana, se trata de la minoría étnica más numerosa e importante en nuestro medio en la que se observan importantes diferencias culturales respecto a la sociedad mayoritaria. En base a un estudio realizado por la responsable de dicho proyecto cuyo objetivo fue comprender el conjunto de creencias, valores y prácticas que giran en torno a la fecundidad de las mujeres gitanas, se comprobó que el uso de métodos anticonceptivos está ligado a diferentes aspectos socioeconómicos y culturales. De acuerdo con la guía realizada por El ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) Y Fundación Secretariado Gitano se expone que se conoce la existencia de los distintos métodos anticonceptivos pero que muchas de las mujeres gitanas no suelen utilizarlos por las expectativas de su comunidad en relación con los aspectos reproductivos. Las generaciones más jóvenes van tomando cada vez más decisiones sobre la planificación de los embarazos. Por ello, surge la necesidad de prestar una educación sanitaria enfocada y dirigida a la comunidad gitana respetando todo el bagaje cultural que les rodea.

RESULTADOS ESPERADOS

- Potenciar la captación de la población gitana de la localidad para el desarrollo de actividades enfocadas a mejorar su salud y calidad de vida.
- Averiguar los métodos anticonceptivos que utilizan y conocen las mujeres gitanas y si esta preferencia guarda relación con las características socioculturales.
- Conocer las pautas de conducta, representaciones socialmente transmitidas y creencias respecto a los métodos de planificación familiar.
- Desmitificar ciertas ideaciones, mitos y creencias en relación a los aspectos reproductivos.

MÉTODO

Tras formular los objetivos, es necesario escoger un método de trabajo que trate las vivencias, percepciones e interpretaciones de las usuarias asumiendo la realidad dinámica y subjetiva de este fenómeno y para ello, hemos decidido utilizar la metodología cualitativa con un abordaje etnográfico. Los escenarios del proyecto van a ser el C.S Fuentes Norte y la asociación Fundación el Tranvía. Las participantes van a ser las mujeres de etnia gitana de la localidad de Zaragoza en edad fértil y sexualmente activas, realizando su captación principalmente en el barrio de Las Fuentes a través del criterio metodológico "bola de nieve". La primera sesión tendrá una duración de dos horas aproximadamente.

ACTIVIDAD 1: "Soy gitana, soy mujer y este es mi cuerpo". Tras una breve lectura, se lanzarán una serie de preguntas con el objetivo de que las participantes identifiquen cuáles son las características que les representan como mujeres. Se proyectará posteriormente de forma didáctica las características anatómicas y fisiológicas del cuerpo femenino.

ACTIVIDAD 2: "El ciclo menstrual": Se realizara una breve presentación en donde se pondrá énfasis a las características del ciclo menstrual femenino. Se repartirá a las participantes un calendario menstrual en donde ellas puedan identificar en que momento del ciclo se encuentran así como las características físicas y emocionales que representan en cada momento del ciclo menstrual.

La segunda sesión tendrá lugar en el C.S Fuentes Norte y tendrá una duración aproximada de 2 horas y 30 minutos.

ACTIVIDAD 3: "Mitos y realidades". De acuerdo a la información de diferentes investigaciones acerca de las diferentes presentaciones, valores y creencias de las mujeres gitanas acerca del significado del cuerpo y aspectos relacionados con la fecundidad, se expondrán diferentes mitos y creencias con el objetivo de que ellas identifiquen su grado de acuerdo y desacuerdo.

ACTIVIDAD 4: "Planificación familiar". Se lanzarán varias preguntas abiertas creando grupo de discusión acerca de qué se entiende por método planificación familiar.

La tercera parte del proyecto estará protagonizada por los profesionales de la salud y el objetivo de este apartado es identificar los prejuicios y estereotipos. Para ello, se pasará un cuestionario para identificar prejuicios y estereotipos sobre la población gitana

INDICADORES

Indicadores cuantitativos

- Cantidad de mujeres interesadas y cantidad de mujeres que asisten a las sesiones.
- Rango de edad de las participantes.
- Análisis del cuestionario realizado a los profesionales de la salud.

Indicadores cualitativos

- Grado de participación en las actividades.
- Percepción y opinión de las mujeres gitanas respecto a las situaciones que se van desarrollando a lo largo del proyecto.
- Identificar los roles de género en los cuales las mujeres se sienten identificadas.

DURACIÓN

Se prevé que la duración total del proyecto sea de aproximadamente seis meses.

Octubre 2016: Captación activa de los participantes.

Noviembre 2016: Preparación de la sala, materiales y análisis de cuestionario.

Diciembre 2016: Primera sesión y registro de indicadores.

Enero 2017: Segunda sesión y registro.

Febrero 2017: Encuentro entre los profesionales y planteamiento de propuestas

Marzo 2017: Redacción de memoria y conclusiones del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1301

1. TÍTULO

LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA LOZANO DEL HOYO
 · Profesión ENFERMERO/A
 · Centro CS LAS FUENTES NORTE
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 ANDRES AGORRETA PATRICIA
 URIEL PEREZ JOSE ANTONIO
 SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se desarrolla en un barrio urbano. Se estudian las necesidades de educación sanitaria de la población demandante, tanto en el CS como en la Fundación el Tranvía, a través de un cuestionario. También se analizan los temas de promoción de la salud que interesa a esta población.

Tras una primera reunión con el centro social se forma un grupo de trabajo estable y multidisciplinar que realiza el proceso de análisis de los resultados de la encuesta de necesidades de salud sentidas por la población y realiza la toma de decisiones, diseña el programa de acción a llevar a cabo, propone el calendario de reuniones, estudia si se precisa una dotación económica para el proyecto y como conseguir ese recurso y se encargará de contactar con los medios de comunicación local para difundir el programa.

El centro de salud ofertará a la población de la zona una serie de charlas de educación grupal que completen y amplíen el trabajo que se realiza en consulta individual.

En el marco de esta experiencia, se intentará construir una comisión de trabajo para seguir desarrollando la promoción de la salud en el barrio.

Se diseña un programa de 6 sesiones educativas que se adapten a las necesidades de salud sentidas por la población, de dos horas de duración cada una, 3 se impartirán en el centro de salud (CS) y 3 en la Fundación El Tranvía (FT).

Sesiones:

En la Fundación El Tranvía:

- La obesidad infantil un riesgo a corto y largo plazo
- La higiene como prevención de enfermedades
- Vacunación infantil, ¿cual es su importancia?

En el Centro de Salud:

- Diabetes y obesidad. Una epidemia del siglo XXI
- Cancer. ¿Qué hay de nuevo?
- El estrés como riesgo cardiovascular.

Se publicitará en los medios de comunicación local: prensa, radio y televisión. La Fundación el Tranvía se encarga de la difusión a través de carteles en lugares de mayor confluencia vecinal: colegios, mercadillos, centros deportivos...

Los folletos informativos se solicitarán al Servicio Provincial de Salud

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El grupo estable se compone de 2 enfermeras, 1 enfermera residente de enfermería familiar y comunitaria del CS y 1 trabajador social de la FT.

La tabla expuesta resume los resultados de la encuesta de necesidades de salud sentidas por la población y realizada en el CS y la FT la cual es la base para este proyecto.

COMPARATIVA ENTRE LOS DOS GRUPOS:

	CS	FT
MUJERES	62'1%*	80'3%*
EDAD	56'1±15'2*	47'6±15'9*
PATOLOGÍA CRÓNICA	56%*	36'6%*
INTERÉS POR SU SALUD	90'6%*	77'4%*
INTERÉS POR SU FORMACIÓN	73'4%	66'2%
DÓNDE RECIBEN MÁS INFORMACIÓN:	CS el 63'3%*	CS el 54'9%*
DÓNDE LES SERÍA MÁS CÓMODO:	CS el 55'3%	FT el 60'6%
CÓMO LES GUSTARÍA RECIBIR FORMACIÓN:		
Prof. Sanitarios	45%	54'9%
Folletos	35'1%	25'2%
HAN ASISTIDO A CHARLAS DE EDUCACIÓN:		
En el CS		12'5%*
En otro lugar	24%	33'8%
DISPUESTOS A ACUDIR AL CS A FORMACIÓN	79'7%*	64'8%*
TEMAS:		
Enfermedades CRÓNICAS	31'7%*	21'2%*
HÁBITOS Y CUIDADOS	18'8%	23'3%
PREVENCIÓN	15'8%	12'4%
Enfermedades INFANTILES	9%*	17'2%*
Enfermedades NUEVAS	8'6%	8'2%
SALUD MENTAL	10%	10'9%
PROBLEMÁTICA SOCIAL	6'1%	6'9%

*Diferencias significativas p<0'05

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1301

1. TÍTULO

LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La existencia de evidencias científicas que apoyan las acciones de participación comunitaria justifican su importancia e implicación por parte de los equipos de Atención Primaria. En nuestro caso, nos encontramos con una población con alto interés por su salud y formación en temas sobre la misma y una entidad de carácter social (FT) implicada con la que trabajar conjuntamente. Tras estudiar y analizar las necesidades en temas de salud expresadas por la población de la Zona Básica de Salud de las Fuentes Norte se ha decidido la elaboración de un Programa de Salud con diferentes sesiones que intenten cubrir las expectativas y demandas de la población. Observamos que las enfermedades crónicas, los hábitos y cuidados, la prevención y las enfermedades infantiles son los temas que más interesan a ambos grupos. Se plantean temas de educación sanitaria infantil en la FT (por ser un ser un lugar de confluencia de personas más jóvenes con hijos a su cargo con predominio de inmigrantes) como vacunación infantil y su importancia, la higiene como prevención de enfermedades y la obesidad infantil, impartidas por enfermeras y un pediatra. En el CS los temas a tratar son diabetes y obesidad, influencia del estrés en el riesgo cardiovascular y relación del cáncer con los estilos de vida, sesiones impartidas por enfermeras y médicos de familia. En nuestro sector sanitarios se dispone de un gabinete de prensa que facilita la publicitación del programa en los medios de comunicación local: prensa, radio y televisión. La FT se encarga de la difusión a través de carteles en lugares de mayor confluencia vecinal: colegios, mercadillos, centros deportivos... Los folletos informativos se solicitarán al Servicio Provincial de Salud.

CONCLUSIONES

Esta actividad pretendemos que se enmarque dentro de nuestra cartera de servicios del CS y que sea un proyecto estable dentro de la FT, siguiendo un modelo inspirado en los criterios y subcriterios del modelo EFQM.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1301 ===== ***

Nº de registro: 1301

Título
LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

Autores:
LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, ARMALE CASADO MARIA JOSE, ANDRES AGORRETA PATRICIA, MARTES LOPEZ CARMEN, URIEL PEREZ JOSE ANTONIO, SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ESTILO DE VIDA Y PREVENCIÓN
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Promoción de la Salud es un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud, no sólo por su condición de problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida, con la satisfacción y el disfrute. Pero para llevar a cabo las estrategias de Promoción de la salud es necesario una participación activa, que implique:desarrollar políticas que apoyen la salud, crear entornos favorables, reforzar la acción comunitaria en la toma de decisiones a cualquier nivel, adquirir aptitudes individuales para el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr opciones de vida saludables, tanto a nivel personal como social y reorientar los servicios asistenciales hacia una asistencia que realmente tenga la salud como objetivo. Habitualmente, el diagnóstico de las necesidades de salud en los centros sanitarios es un diagnóstico de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1301

1. TÍTULO

LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

demanda de atención y cuando se obtiene información es de los registros de las consultas sobre la población adscrita. Sin embargo, no debemos perder de vista que la no demanda en la población no usuaria también refleja indirectamente otra parte de las necesidades de salud. Esta limitación provoca que no haya una relación definida entre la identificación de las necesidades de salud y los servicios otorgados.

La AP es la puerta de entrada al Sistema Sanitario, se encarga de actuar como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos y unifica actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

En el marco de la AP, la educación para la salud es un pilar fundamental, un ejemplo lo encontramos en la Cartera de Servicios de AP del SALUD en el 2018, 25 de los 38 servicios existentes incluían aspectos de educación para la salud y 45 de 183 normas definidas en la Cartera de Servicios estaban relacionadas con actuaciones de educación para la salud (consejo individual, educación a grupos y educación con centros educativos).

Para llegar a establecer estrategias y hacer consideraciones y propuestas de mejora en promoción y educación para la salud, es necesario en primer lugar conocer las necesidades de la población con la que trabajamos. Con el Proyecto "Necesidades sentidas de formación de la población del barrio de Las Fuentes. Una oportunidad de mejora"10 hemos descubierto dichas necesidades formativas a través de una encuesta de necesidades sentidas de formación en el Centro de Salud (CS) y La Fundación El Tranvía (FT). Una vez evaluado y sabiendo de lo que partimos desde AP, tenemos la posibilidad de abordar estos problemas de salud elaborando el programa que nos ocupa.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES:

-Elaborar un programa de sesiones educativas multidisciplinares que se adapten a las necesidades de salud sentidas

por la población de la ZS Fuentes Norte

-Adecuar las sesiones educativas a las necesidades sentidas de formación sanitaria por la población de nuestra zona básica de salud

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Ofrecer una educación grupal a la población RETO que acude al CS y a la FT

MÉTODO

Se diseña un programa de 6 sesiones educativas, de dos horas de duración cada una, 3 se impartirán en el CS y 3 en la FT.

El diseño del cronograma de sesiones formativas se ha adaptado a las necesidades sentidas y expresadas por la población usuaria del CS Fuentes Norte y la Fundación el Tranvía, dando así una cobertura específica a sus intereses. Esta oferta se prevé adaptar cada año según las necesidades de la población o poblaciones reto del barrio.

El Grupo de Formación y Educación "Las Fuentes" utilizando el Modelo Europeo de Excelencia EFQM trabajará y realizará propuestas de mejora de forma anual a los dos centros de trabajo el CS y la Fundación el Tranvía. Siempre con el objetivo de mejorar y adecuar las sesiones a las necesidades de la población y con la población.

Sesiones:

-En la Fundación el Tranvía:

-La obesidad infantil un riesgo a corto y largo plazo.

-La higiene como prevención de enfermedades.

-Vacunación infantil, ¿cuál es su importancia?

- En el CS:

-Diabetes y obesidad. Una epidemia del siglo XXI

-Cancer. ¿Qué hay de nuevo?

-El estrés como riesgo cardiovascular.

Se publicitará el servicio en los medios de comunicación radio y televisión local y mediante carteles en el CS, colegios, FT y mercadillos en la zona.

Se proporcionará material escrito a los asistentes a las sesiones relativos al tema tratado.

No se precisa dotación económica puesto que se utilizarán las instalaciones y recursos de la FT y el CS

INDICADORES

La evaluación se realizará mediante una encuesta de satisfacción y nivel de asistencia.

DURACIÓN

- Fecha inicio: 1/Junio/17
- Fecha de finalización: 31/Enero/18
- Búsqueda bibliográfica: Junio-Julio/2017
- Diseño de la encuesta: Julio/2017
- Recogida de datos: Septiembre-Noviembre/2017
- Interpretación datos: Diciembre 2017/Enero 2018
- Difusión de resultados: Febrero /2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1301

1. TÍTULO

LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0058

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE DOLORES MUSEROS SOS
· Profesión MIR
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RODRIGUEZ SERRA LAURA
TEJADA DE LOS SANTOS LAURA
SARVISE MATA MARIA
FRAILE MUÑOZ ALBA
GARCIA RODRIGUEZ JAVIER
URDIN MUÑOZ BLANCA
CASASNOVAS NAVARRO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Hemos creado el blog "Fuentes Norte" para dar visibilidad a las actividades que se realizan en el Centro de Salud y aportar consejos sanitarios.

-Hemos promocionado el blog tanto en nuestro centro de salud como en el resto de centros y asociaciones del barrio, nos hemos coordinado para hacer los posts quincenales y hemos hecho reuniones de equipo frecuentemente.

-De forma programada, entre todos los participantes, se ha planificado un orden de publicaciones para subir las entradas al blog y, así, actualizar las actividades/talleres que se hacen en el centro/barrio, dar información sobre patologías prevalentes en cada momento y añadir nuevos enlaces de interés sanitario.

-Hemos realizado una encuesta en formato papel y virtual para evaluar los conocimientos adquiridos a través del blog, ver la frecuencia con la que han accedido y si han sido de utilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Hemos alcanzado tres de los cuatro objetivos (dar visibilidad a las actividades del centro, poner a la disposición de la población herramientas para su cuidado y realizar educación para la Salud fuera de la consulta).

El cuarto objetivo (crear un espacio virtual en la comunidad), está en desarrollo debido a que todavía no tenemos los permisos pertinentes para que exista un feed-back entre pacientes y profesionales.

-Se han realizado 57 entradas tratando diversos temas: enfermedades crónicas, actividades realizadas en la comunidad, prevención y promoción de la salud (dejar de fumar, taller de espalda sana, antibióticos, charlas gratuitas de salud mental, gripe, alimentación y ejercicio...).

-Para evaluar si los pacientes realmente leen y entienden los posts, periodicidad con la que acceden al blog, qué entradas les han gustado más, cuáles nos sugieren estudiar para "colgar" en el blog y tipo de pacientes que lo visitan; hemos realizado, como teníamos previsto, encuesta en formato papel y virtual obteniendo los siguientes resultados de las 100 primeras:

-Más del 60% (61%) de las personas que han respondido las encuestas, son mujeres.

-Más del 75% (78%) de personas que han respondido las encuestas, entra menos de una vez al mes en el blog.

-Han visitado y aprovechado los contenidos del blog en su vida cotidiana un más de un 75% (77.7%) de las personas que han respondido las encuestas.

-Los 3 posts más visitados han sido "Colesterol, ¿Qué sabemos?", "Campaña antigripal" y "Despierta desayuno".
-Los pacientes nos han sugerido muchísimos temas de los que les gustaría que les informásemos. Algunos de ellos son: sugerencias de dietas a seguir, ejercicios en casa, osteoporosis, cómo cuidar a nuestros mayores, psoriasis, diabetes y un largo etcétera.

-De la encuesta, las 4 últimas preguntas son un pequeño test para ver si los pacientes entienden el material del blog o no. Podemos concluir que más del 80% (82.4%) han respondido correctamente el test, por lo que se deriva que en general los pacientes entienden y recuerdan los posts cuando los leen.

Las encuestas en papel las repartimos a los pacientes aprovechando cuando vienen a las consultas de enfermería o medicina. Para acceder a la encuesta vía virtual, los pacientes tienen un enlace directo desde el blog a un formulario GoogleDrive sencillo que constaba de 10 preguntas.

Dado que el análisis y resumen de los resultados, son analizados de manera automática por GoogleDrive, pasamos las encuestas obtenidas en papel al cuestionario online y así los resultados obtenidos en la carpeta de Drive, son de la totalidad de las encuestas recogidas, no solo de las hechas vía virtual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El blog está vivo y en constante actualización (colgamos posts cada dos semanas) pero, a pesar de haber intentado darle difusión, hemos encontrado dificultad para dar a conocer el blog y que los usuarios lean nuestras entradas. Consideramos que puede influir en este factor, la edad, el nivel cultural de nuestra población...

Al ser conscientes de este problema, hemos tratado de solucionarlo contactando con otras asociaciones y servicios del barrio para trabajar en red.

Tener que realizar publicaciones quincenales, nos ha estimulado a identificar las posibles demandas y/o necesidades de los pacientes en nuestra consulta diaria, centrándonos en las mismas para redactar nuestros posts.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0058

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE

Como objetivos futuros de mejora de este proyecto, debemos centrarnos en buscar métodos de difusión adaptados a este tipo de población.

Consideramos que una segunda mejora sería la participación activa de todos los profesionales de nuestro centro de salud. Para poder llevar a cabo este tipo de proyecto, creemos que es imprescindible una buena coordinación y motivación tanto por parte de la población como del equipo de Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/58 ===== ***

Nº de registro: 0058

Título
BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE

Autores:
MUSEROS SOS DOLORES, RODRIGUEZ SERRA LAURA, TEJADA DE LOS SANTOS LAURA, SARVISE MATA MARIA, FRAILE MUÑOZ ALBA, GARCIA RODRIGUEZ JAVIER, URDIN MUÑOZ BLANCA, CASASNOVAS NAVARRO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Varias patologías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Facilitar información sanitaria y facilitar la comunicación entre personal médico y pacientes

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La deficiente educación sanitaria conlleva unos costes sanitarios elevados y en muchas de las ocasiones innecesarios. Mediante la información divulgada en el blog pretendemos que la población pueda conocer de manera fácil, rápida y gratuita los problemas de salud más prevalentes; cómo abordarlos y cuándo es necesario consultarlos con su médico. Además, pueda disponer de información actualizada sobre los recursos disponibles en el barrio de las Fuentes y pueda tener acceso a páginas web de interés socio-sanitario a través de enlaces directos proporcionados a las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS
-Dar visibilidad a las actividades del centro.
-Crear un espacio virtual de contacto con la comunidad.
-Poner a la disposición de la población herramientas para su cuidado.
-Educación para la Salud fuera de la consulta.

MÉTODO
-Actividades: Hemos promocionado el blog tanto en nuestro centro de salud como en el resto de centros y asociaciones del barrio, nos coordinamos para hacer los posts bimensuales y hacemos reuniones de equipo frecuentemente.
-Oferta de servicios: De forma programada (mínimo cada 15 días) se actualizan las actividades/talleres que se hacen en el centro/barrio, se da información sobre patologías prevalentes en cada momento y se añaden nuevos enlaces de interés sanitario.

INDICADORES
Realizaremos encuestas aleatorias a la población del barrio de Las Fuentes sobre los contenidos de la website para evaluar los conocimientos adquiridos a través del blog y ver si les han sido de utilidad.

DURACIÓN
-El blog nació en agosto del 2017 y se ha ido actualizando cada 15 días.
-Presentamos nuestro proyecto al equipo de nuestro centro de salud para darlo a conocer y recibir su aprobación el día 2 de agosto.
-Iniciamos la creación de la plataforma virtual el 16 de agosto.
-Durante los meses de septiembre a diciembre, estuvimos a la espera de la aprobación por parte de dirección del sector II.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0058

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE

-Posteriormente y una vez con la aprobación del Salud, hicimos una nueva reunión de equipo para presentar las normas de publicación e iniciar la promoción a los pacientes del blog mediante carteles, tarjetas...
-El calendario previsto para este 2018, es continuar con posts cada 2 semanas y al final de año realizar las encuestas de evaluación a los pacientes.

OBSERVACIONES

La experiencia está siendo enriquecedora, ha sido gratificante ver cómo iba tomando forma y crear algo desde cero.

Fue duro y desmotivador ver parado todo el trabajo realizado por temas burocráticos y no haber podido lanzarlo a la web durante meses, y que además no nos permitan hasta la fecha que los pacientes puedan hacer preguntas o comentarios sobre los posts.

La encuesta final también nos podría servir para preguntar a los pacientes si les gustaría hacer algún cambio o mejora en la plataforma y para que nos hiciesen sugerencias sobre que actividades o posts añadir.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0610

1. TÍTULO

FORMACION A PACIENTE ACTIVO EN DIABETES

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA LOZANO DEL HOYO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ROY AFRICA
GARCIA MUÑO RUBEN
SAZ FRANCO JOSE ANTONIO
CILLERUELO ENCISO SILVIA
CALERO FERNANDEZ ESPERANZA
GIL FERNANDEZ INMACULADA
SASTRE MOHAMED SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Selección de pacientes diabéticos, formación de los pacientes en diabetes y en técnicas de comunicación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha reforzado la acción comunitaria entre iguales formando Pacientes Activos con diagnóstico de diabetes tipo 2. Creando un grupo empoderado y compacto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos todos los profesionales gratamente satisfechos con el grupo creado y su cohesión

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/610 ===== ***

Nº de registro: 0610

Título
FORMACION DE PACIENTE ACTIVO EN DIABETES

Autores:
LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, GARCIA MUÑO RUBEN, CILLERUELO ENCISO SILVIA, SASTRE MOHAMED SARA, GIL FERNANDEZ INMACULADA, EZQUERRA ABION CRISTINA, GARCIA SORIANO JUAN MANUEL, CALERO FERNANDEZ ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. En la actualidad la diabetes es un serio problema de salud en el mundo occidental y un problema de salud mundial que afecta a unos 382 millones de personas en todo el mundo, y se espera que aumente a 592 millones en 2035.

Según el estudio di@bet.es elaborado por CIBERDEM, la prevalencia total de diabetes mellitus (DM2) sitúa a España en 13,8%, (más de 5,3 millones de personas). De este porcentaje, un 7,8% corresponde a casos de DM2 conocida (casi 3 millones de personas), mientras que un 6% de la población española desconoce que sufre esta patología (más de 2,3 millones de personas).

Desde la Declaración de Alma-Ata en el año 1978 y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la Organización Mundial de la Salud insta a los pacientes a una participación tanto individual como colectiva en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0610

1. TÍTULO

FORMACION A PACIENTE ACTIVO EN DIABETES

la salud. En este contexto, y en conjunción con un creciente interés por la promoción y la protección de los derechos del usuario, en la década de 1980 se acuña por primera vez el término «toma de decisiones compartida». Si bien no existe en la actualidad una definición totalmente consensuada, se acepta que la toma de decisiones compartida implica un proceso de decisión conjunta entre pacientes y profesionales sanitarios, que tiene como principal objetivo que los pacientes estén informados y adopten un papel más activo en las decisiones sobre su salud. Estamos hablando, en definitiva, de un cambio de paradigma del Sistema Sanitario en su conjunto, hacia una atención centrada en la persona.

La atención primaria es el contexto principal de estos programas, como primera receptora de las personas con una enfermedad crónica. Y donde sería oportuno orquestar el cambio de trabajar en las necesidades de los profesionales para hacerlo en las necesidades de los pacientes.

De hecho, los últimos estudios consultados destacan la importancia de la educación entre iguales y de los programas tipo «paciente experto o activo». No obstante, en nuestra Comunidad autónoma no existe ningún trabajo en este sentido, por lo que nos proponemos un proyecto en dos fases, durante la primera fase (2018) se planificará el proyecto de educación a pacientes diabéticos y se dotará de sesiones formativas a los pacientes líderes. La segunda fase (2019) se realizará la educación a grupos de pacientes diabéticos con y sin pacientes activos, para su posterior evaluación.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general:

-Reforzar la acción comunitaria entre iguales formando Pacientes Activos con diagnóstico de diabetes tipo 2.

Objetivos secundarios Primera Fase:

-Incrementar los hábitos orientados a mejorar su salud en los pacientes activos.

-Adquirir técnicas de comunicación por parte del Paciente Activo

MÉTODO

-Elaboración de un proyecto de formación a Pacientes Activos, duración y contenido.

-Formación a pacientes para conseguir líderes en educación en diabetes

INDICADORES

-Evaluación en conocimientos de los Pacientes Activos antes y después de la intervención, mediante encuesta validada con un aumento del 20% de contestaciones acertadas en la encuesta posterior

-Mejor control metabólico de la Hg1A1c, con disminución de un 0,5% en los Pacientes Activos, pre y pos formación.

-Evaluación de técnicas de educación, por medio de videos pre y pos formación.

DURACIÓN

-1er semestre 2018: elaboración del proyecto, reuniones con activos de la comunidad y de la Asociación de diabetes. Selección de pacientes

-2º semestre 2018: formación en diabetes y técnicas de comunicación del grupo seleccionado.

OBSERVACIONES

El proyecto se remitirá a la CEICA para su aprobación

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0687

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA ANDRES AGORRETA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

APARICIO JUEZ SARAY
FORMENTO MARIN NATALIA
GARCIA JULVEZ MARIA
GARCIA MUÑO RUBEN
MARTES LOPEZ CARMEN
FORES CATALA AMPARO
ARMALE CASADO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado un grupo multidisciplinar con los componentes del equipo y representantes de los principales recursos del barrio y se ha establecido una relación y coordinación con ellos para el desarrollo del proyecto.

Mediante una sesión, se amplió el conocimiento sobre las características sociodemográficas de la Zona Básica de Salud de Las Fuentes Norte.

También se delimitó el área geográfica que íbamos a mapear y se repartió en diferentes grupos de trabajo que salieron a mapear.

Conforme se iban identificando los recursos, se comprobaba en internet si tenían página web, para ampliar la información. Además, algunos de ellos se visitaron para ampliar la información sobre los recursos o actividades que ofrecen al barrio.

Por último, se compuso un mapa virtual, en la plataforma Google Maps y se presentó a todo el equipo participante y a los profesionales del centro de salud y se colgó una entrada y el enlace en el blog del centro de salud y se difundió entre los vecinos del barrio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la encuesta de satisfacción que se entregó a todos los participantes al finalizar el proyecto, las sensaciones habían sido muy buenas para todos. El equipo sentía una mayor pertenencia al barrio y el centro de salud parecía más accesible y cercano a los recursos del barrio.

Los indicadores, a pesar de su dificultad para su valoración, se han cumplido satisfactoriamente:

En cuanto al Número de recursos identificados/ número de recursos totales x100.

Estándar: 90% El mapa virtual está abierto a modificación y de momento, ningún vecino ni profesional ha añadido ningún recurso más tras su elaboración. Por lo que creemos que se han identificado la mayoría de recursos.

Otro indicador, Número de personas clave de los recursos que acuden a la reunión/ número de personas clave convocadas a la reunión x100.

Estándar: 90% Se ha superado el estándar previsto, ya que en todas las reuniones han asistido el 100% de las personas convocadas.

Y por último, Visualizaciones del mapa desde que se cuelga en el blog/ visualizaciones del mapa desde su creación x100.

Estándar 40%

Las visualizaciones que tiene el blog actualmente son: 2893 visitas, un número mayor de lo esperado desde su creación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La bibliografía consultada, insistía en emplear una metodología participativa con la comunidad y a pesar de haber hecho partícipes a numerosas entidades del barrio, el desarrollo del proyecto ha sido en su mayoría llevado a cabo por el grupo promotor por falta de tiempo y difícil coordinación. Por lo que, una lección aprendida para futuros proyectos comunitarios, es intentar aumentar la participación ciudadana, pero en el plazo de un año es casi imposible comenzar y terminar un proyecto comunitario junto con el resto de nuestro trabajo diario en consulta. Pero la satisfacción del personal que ha participado nos lleva a quedarnos con las ganas e ilusión de seguir realizando proyectos parecidos al mapeo de activos y de seguir en comunicación y trabajando en red, por una salud comunitaria mejor.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/687 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0687

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE

Nº de registro: 0687

Título
MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE

Autores:
ANDRES AGORRETA PATRICIA, APARICIO JUEZ SARAY, FORMENTO MARIN NATALIA, GARCIA JULVEZ MARIA, GARCIA MUÑO RUBEN, MARTES LOPEZ CARMEN, FORES CATALA AMPARO, ARMALE CASADO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Promocion salud y trabajo en red

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde los años 70, el médico-sociólogo Aaron Antonovsky desarrolló la teoría de la salutogénesis. Esta teoría presenta la concepción del modelo de salud en positivo, centrado en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones a partir de los propios recursos, alejándose del enfoque biomédico centrado en la enfermedad. Se considera que la salud no es un proceso aislado del entorno, ya que se ve influenciada por factores sociales y económicos, existe bibliografía que respalda la idea de proyectos que coordinan los servicios socio-sanitarios y los recursos de los barrios, haciendo a la población participe de su propia salud y mejorando la comunicación entre los diferentes profesionales y recursos. Con el fin de integrar este modelo de atención en nuestra realidad y mejorar la comunicación del Centro de Salud y los recursos del barrio, nos propusimos desarrollar un mapa interactivo, que agrupara y mostrara todos los recursos que pueden mejorar la salud de la comunidad. Un mapa de activos de salud se concibe como una herramienta poderosa para aumentar el conocimiento de los recursos a disposición de los profesionales y de la comunidad para aumentar el bienestar, conservar y/o mejorar la salud y ayudar a disminuir las desigualdades sociales. El barrio de las Fuentes cuenta con una población de 42.192 habitantes, dividida en 2 Zonas básicas de Salud (Fuentes Norte y Torre Ramona). Se trata de una población muy envejecida, con una tasa de envejecimiento del 213,70%, además cabe destacar que 1289 personas mayores de 84 años viven solas. Como hemos citado anteriormente, existe diferencias socioeconómicas entre ambas zonas básicas de salud siendo, peores los resultados en desempleo, trabajos eventuales, instrucción insuficiente... en Las Fuentes Nortes respecto a Torre Ramona.

También se observan diferencias en los resultados de salud de ambas comunidades, presentando una población de enfermos de mayor complejidad en las Fuentes Norte.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar una reunión con los principales entes sociales y recursos del barrio para conocer las actividades del barrio y establecer lazos de conexión entre todos.
-Constituir un equipo de personas clave de las diferentes organizaciones del barrio.
-Realizar un mapeo de activos en el barrio de las Fuentes.
-Crear un mapa de activos interactivo y accesible a la población

MÉTODO
La metodología de realización de un mapa de activos debe ser un modelo participativo con la comunidad, de manera que su resultado sea lo más representativo posible. Además, de favorecer la relación, el trabajo en red y la coordinación entre todas las entidades del lugar. Para la realización se ha seguido una secuencia similar a la propuesta por Botello, pero adaptada a nuestras capacidades, recursos y población:
1. Creación de un grupo multidisciplinar en el centro de salud para el desarrollo de la actividad.
2. Conocer la comunidad con la que vamos a trabajar, sus necesidades, recursos y posibilidades.
3. Delimitar el área geográfica.
4. Trabajo de campo del grupo de trabajo en la comunidad: Salir a conocer los recursos de la comunidad, identificar personas clave de las distintas entidades del barrio que promueven la salud.
5. Establecer relaciones con las personas clave de los recursos.
6. Visitar las webs de las entidades y se contrastará la información recopilada.
7. Creación de un mapa virtual en la plataforma Google Maps, denominado Las Fuentes Activa, abierto a la modificación de las personas y entidades del barrio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0687

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE

Los recursos se clasificarán en diferentes categorías:

Recursos de salud, educación y formación, cultura y ocio, deporte y actividad física, juventud, mayores, asociaciones, parroquias y entidades religiosas, otros.

8. Visibilizar el resultado en el blog del centro de salud, accesible para los profesionales y toda la comunidad.

INDICADORES

- Para la evaluación se desarrollará una encuesta de satisfacción para los profesionales que han participado, tanto del centro de salud como de los principales recursos.

- Número de recursos identificados/ número de recursos totales x100.

Estándar: 90%

- Número de personas clave de los recursos que acuden a la reunión/ número de personas clave convocadas a la reunión x100.

Estándar: 90%

- Visualizaciones del mapa desde que se cuelga en el blog/ visualizaciones del mapa desde su creación x100.

Estándar 40%

DURACIÓN

El proyecto comienza en enero, con la revisión bibliográfica, y reunión con las diferentes personas involucradas del centro de salud.

En marzo se crea el equipo multidisciplinar del centro de salud.

En abril- mayo se estudia las características de la comunidad.

Durante los meses de junio, julio, septiembre y octubre se delimitará el área geográfica y se saldrán a conocer y recopilar los recursos.

En noviembre se realizará una reunión con las personas clave de los recursos y entidades del barrio.

Durante diciembre, enero, febrero y marzo se recopilará la información y se creará el mapa virtual.

Para en abril visibilizarlo en el blog del centro de salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS Y FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ALBA FRAILE MUÑOZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES AGORRETA PATRICIA
FORES CATALA AMPARO
LAMBAN CASAMAYOR ELISA
CILLERUELO ENCISO SILVIA
ABAD HONTORIA ANGEL
GASPAR CALVO ELENA
MARIN IBAÑEZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han llevado a cabo los paseos programados durante el año 2018. Cabe recordar, que "Las Andarinas del Tranvía" es una actividad que se realiza todos los lunes no festivos de septiembre a junio. Se planteó desde los Centros de Salud apoyar la actividad acudiendo 2 lunes al mes.

Se decidió en una reunión mantenida con el Centro de Recursos Comunitario El Tranvía (CRCT) realizar una planificación de los días que se acudiría desde el Centro de Salud. Desde septiembre de 2018, se ha elaborado un plan con las fechas y los profesionales encargados del paseo, algo que profesionales y usuarios han valorado positivamente.

Además de acompañar a las Andarinas en sus paseos, se realiza una breve intervención educativa sobre temas de salud y se finaliza con ejercicios de estiramientos.

Los temas que se han tratado durante el 2018 son los siguientes:

Alimentación: pirámide nutricional, lectura de etiquetas, alimentación equilibrada y raciones recomendadas, preparaciones culinarias saludables, alimentación en personas diabéticas y edulcorantes.

Beneficios del agua.

La fibromialgia: qué es y cuáles son sus cuidados.

La gripe: prevención y cuidados.

Diferencias entre artrosis y artritis.

Beneficios del ejercicio físico.

Las rutas que se han realizado son las siguientes: "Camino de la Alfranca", "Ruta de los Puentes", "A orillas del río Gállego" y "Soto de Cantalobos". Todas estas caminatas son entornos situados cerca del barrio de Las Fuentes. La ruta de los Puentes consiste en andar a orillas del Ebro por ambas márgenes del río, recorriendo los distintos puentes que lo cruzan.

Los lunes, que la lluvia impidió salir a caminar, se realizó la intervención educativa en el gimnasio de la Fundación el Tranvía y se practicaron estiramientos, ayudando así a las asistentes a mejorar la técnica. Se buscó también fortalecer la relación de grupo, haciéndoles participar en la actividad.

Además de los paseos, se llevaron a cabo 2 Talleres, uno de "Espalda Sana" dirigido por uno de los fisioterapeutas del centro, y otro de "Reanimación Cardiopulmonar" (RCP) por los residentes de enfermería y medicina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Encuesta de Satisfacción

Los datos recogidos, a la finalización del curso en junio de 2018, corresponden a la encuesta de satisfacción que desde la Fundación el Tranvía pasan a sus usuarios. Se trata de una encuesta general para todas las actividades que se realizan en el CRCT. Sólo la realizaron 9 usuarios de 39 apuntadas. En la valoración global de la actividad, las participantes la valoraron con un 10. Como sugerencias apuntaron realizar menos estiramientos y un día más de actividad.

Los profesionales, que participan en el proyecto, valoran la actividad como satisfactoria. Además, se ha conseguido una coordinación efectiva y la implicación de todos sus miembros.

Evaluación de Actividades

"Los Paseos" han sido evaluados por un observador participante por medio de una rejilla de observación. Entre los datos aportados encontramos:

El número de participantes en los paseos va de 13 a 35.

A parte del tema tratado en la intervención educativa, durante los paseos "las Andarinas" suelen preguntar a los profesionales que acuden, por temas como: eficacia de las leches fermentadas y bebidas para bajar el colesterol, dieta para la hipertensión o para perder peso, cómo actuar ante una hipoglucemia, cuáles son las reacciones adversas de la vacuna antigripal, cuidados de la diabetes y dudas sobre la técnica de inyección de insulina, cuidados con el colesterol o si el agua puede ser sustituida por zumos o infusiones.

Las Andarinas tienen conocimientos sobre la importancia de comer variado y evitar precocinados, conocen las características de los alimentos procesados, la necesidad de beber 2 litros de agua y comer 5 raciones de fruta/verdura al día.

También se abordan durante el paseo aspectos como la depresión o el suicidio y se comparten experiencias y emociones al respecto. En alguna ocasión, algún componente del grupo ha querido compartir cómo es vivir con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS Y FUENTES NORTE

una determinada enfermedad y hablar de ello al resto.

Otro aspecto que se recoge en la rejilla de observación es el estado de ánimo del grupo, y en líneas generales se puede decir que es animado, participativo, entusiasta y motivador.

"Los Talleres" fueron evaluados mediante encuesta y observador, en general, la evaluación fue muy positiva.

Solicitan realizar el taller de RCP cada año para afianzar conocimientos. En cuanto al de Espalda Sana solicitan realizar más sesiones.

Valoración de hábitos de las Andarinas

En septiembre de 2018, en el inicio del curso para "Andarinas", se pasó una ficha para valorar los hábitos de vida:

De las 39 encuestadas, el 76.3% si realiza algún tipo de actividad física. Entre las actividades que realizan se encuentra caminar, baile, zumba, nadar, espalda sana, bicicleta, yoga y gimnasia. En cuanto a la frecuencia con la que realizan el ejercicio, realizan 3 o más veces por semana ejercicio el 67.6% de las participantes.

El medio que utilizan habitualmente para desplazarse por la ciudad es el autobús (62.2%) y andando (59.5%).

En cuanto a sus hábitos tóxicos (fumar, alcohol) más del 90% no consume tabaco ni alcohol.

Con respecto a los indicadores planteados:

Número paseantes/ número inscritos (estándar > 50% en el 80% de los casos). Para este indicador se planteó un registro de las asistentes en cada paseo. Las usuarias se quejaron por el retraso que suponía para empezar a caminar, así que se decidió simplificarlo y hacer un contaje de los asistentes. Entre los meses de febrero a junio de 2018 no se llegó al 50% de asistencia en el 80% de los casos. Pero de los meses de septiembre a diciembre han asistido el 50% de las participantes en un 100% de los casos.

Realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar 80% participantes): hasta el momento un 67.6% participantes.

La encuesta de hábitos de vida se recogió en septiembre (inicio de curso). Al final del curso en junio de 2019, se les preguntará en la encuesta de satisfacción por la frecuencia con la que realizan ejercicio, para ver si ha aumentado desde el inicio de curso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente realizar la encuesta de satisfacción y valorar la cantidad de ejercicio físico que realizan a la semana al acabar el curso de "Andarinas" en junio de 2019. Con esto pretendemos objetivar, si acudir a un grupo de paseo una vez por semana, ayuda a aumentar la frecuencia de ejercicio semanal.

Un aspecto pendiente de mejorar, es la integración en el mismo grupo, de participantes que tienen un ritmo más rápido de caminar con los que lo tienen más lento.

Durante el año 2019, se pretende consolidar el grupo de Andarinas como Escuela de Salud, incorporando de forma sistemática los temas de salud tratados durante los paseos, implicando en el desarrollo a las propias Andarinas. Se va a coordinar la realización de un paseo conjunto junto con otras actividades con otros grupos del barrio, en lo que hemos llamado "Las Fuentes en Marcha".

Por último, se valorará la Calidad de Vida y el Nivel de Estrés de las Andarinas a través de escalas validadas, ya que para este año se va a tratar, por petición de las Andarinas, el tema de la ansiedad y el aspecto emocional, tanto en un Taller de Relajación como en los temas abordados en los paseos.

Tanto Andarinas como participantes de los Centros de Salud consideran la relación de grupo que se crea con la actividad una buena herramienta para combatir la soledad y mejorar la calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/702 ===== ***

Nº de registro: 0702

Título
PROYECTO ANDARINAS Y FUENTES NORTE

Autores:
FRAILE MUÑOZ ALBA, ANDRES AGORRETA PATRICIA, FORES CATALA AMPARO, LAMBAN CASAMAYOR ELISA, CILLERUELO ENCISO SILVIA, ABAD HONTORIA ANGEL, GASPAS CALVO ELENA, MARIN IBAÑEZ PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes sanos o con patologías crónicas que deseen mejorar su condición física o puedan favorecerse de los beneficios del ejercicio.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS Y FUENTES NORTE

Otro tipo Objetivos:

Enfoque
Otro Enfoque.....

PROBLEMA

En la zona básica de salud de Las Fuentes Norte la morbilidad (dislipemia, sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, tabaquismo y abuso crónico de alcohol) es elevada. En Aragón, el 45% de los adultos no realiza ejercicio físico en su tiempo libre, llegando al 50% en las mujeres. El estilo de vida de la sociedad actual favorece la inactividad física. Este comportamiento sedentario viene determinado por múltiples factores de tipo sociocultural, económico y medioambiental, por lo tanto, el abordaje requiere un enfoque multifactorial e intersectorial. La Fundación el Tranvía lleva a cabo actividades dirigidas a promover el ejercicio físico en la población del barrio de Las Fuentes a través de paseos en el proyecto "Andarinas del Tranvía". Tras una encuesta de valoración de las necesidades de formación en la población que se realizó desde el C.S. Las Fuentes Norte, se priorizaron los siguientes temas de intervención: recomendaciones de ejercicio físico, prevención de enfermedades cardiovasculares, estilo de vida y alimentación saludable. Después de realizar unas actividades de educación grupal en la Fundación el Tranvía, se vio la oportunidad de establecer una colaboración más estable entre los dos centros, así como extenderlo al de Torrera, participando en la actividad de las Andarinas del Tranvía e incorporando los temas de interés recogidos en la encuesta. Según el Programa de Salud 2030 de Aragón, los programas de actividad física deben considerarse como una auténtica prescripción médica y revisarse cada 6 meses para evaluar los resultados funcionales. Otro aspecto que recoge es que no solo debe abordarse los problemas de salud física, sino también los de soledad, de exclusión y de brecha digital, y creemos que a través de este proyecto se pueden trabajar dichos aspectos.

RESULTADOS ESPERADOS

Fomentar una vida activa por medio de paseos.
Reconocer los beneficios del ejercicio a través de una valoración de su actividad diaria.
Crear un grupo estable que fomente una red social de andarinas.
Mejorar su capacidad al ejercicio, a través de las rutas de paseo programadas.
Modificar hábitos de desplazamiento.

MÉTODO

El grupo de Andarinas saldrá todos los lunes de septiembre a junio con los profesionales del Tranvía. Los profesionales del Centro de Salud acudirán dos lunes al mes. El grupo está abierto a todos los participantes mayores de 18 años. Se plantea formar dos grupos, uno de actividad básica y otro de actividad moderada. El horario es de 9.30 a 11.30 horas y el punto de encuentro la Fundación el Tranvía. Las rutas se realizarán por lugares cercanos al barrio de las Fuentes. Dependiendo del grupo y la ruta a realizar, los itinerarios oscilarán entre los 45-90 minutos. Al finalizar el paseo, se realizarán estiramientos. Al inicio y final del curso se les pasará a los andarines una encuesta de hábitos. Los lunes que acudan profesionales de los centros de salud, se realizarán intervenciones educativas sobre los siguientes temas: ejercicio físico, dieta mediterránea, lectura de etiquetas, estrés, estiramientos y sobre temas que demanden los andarines. Tras los paseos se completará una rejilla de observación. Los Talleres se realizarán en el Tranvía o en el C. Salud y serán de espalda sana, de relajación y de reanimación cardiopulmonar básica. Las reuniones del Equipo Andarinas Fuentes Norte se realizarán en el CS y serán mensuales y las reuniones con El Tranvía serán bimensuales y se realizarán en el Tranvía o en el CS.

INDICADORES

Nº de paseantes/ nº de inscritos (estándar: > 50% en el 80% de los casos)
Encuesta de Satisfacción (estándar: nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes)
Encuesta de hábitos: realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar: en el 80% de los participantes)

DURACIÓN

La Evaluación se plantea a lo largo de todo el proceso: inicial, de seguimiento y final. Todos los integrantes realizarán funciones de evaluación en distintos momentos y en las reuniones de evaluación.
Encuesta de Satisfacción: Se valorará la satisfacción de andarinas y del equipo de trabajo.
Evaluación de Actividades: Se evaluarán las actividades con rejilla de observación y observador no participante/participante según la actividad. La observación será mixta, estructurada por medio de un check-list, y no estructurada por diario de campo.
Evaluación de Reuniones: por medio de las actas y por el desarrollo de las mismas.
Valoración de hábitos de las Andarinas: ficha de recogida de datos previa a los paseos y posterior.
Fecha de inicio febrero de 2018 y fecha de finalización diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS Y FUENTES NORTE

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ALBA FRAILE MUÑOZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FORES CATALA AMPARO
LAMBAN CAÑAMAYOR ELISA
MARIN IBAÑEZ PILAR
ANDRES AGORRETA PATRICIA
GASPAR CALVO ELENA
ABAD HONTORIA ANGEL
ALIAGA GONZALEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las Andarinas del Tranvía es una actividad que consiste en llevar a cabo paseos todos los lunes no festivos de septiembre a junio, desde el Centro de Recursos Comunitario El Tranvía (CRCT), y a los cuales, el personal de los centros de salud del barrio de Las Fuentes, acude 2 lunes al mes.

A lo largo de estos 2 años, se ha mejorado la organización de los paseos, llegando a elaborar un plan con las fechas y los profesionales encargados del paseo, algo que profesionales y usuarios hemos valorado positivamente. Además de acompañar a las Andarinas en sus paseos, realizamos una breve intervención sobre temas de salud, y después de andar, llevamos a cabo estiramientos.

Los temas que se han tratado durante estos 2 años son los siguientes:

Alimentación: pirámide nutricional, lectura de etiquetas, alimentación equilibrada y raciones recomendadas, preparaciones culinarias saludables, alimentación en personas diabéticas y edulcorantes, cómo bajar de peso de forma saludable.

Beneficios del agua.

La fibromialgia: qué es y cuáles son sus cuidados.

La gripe: prevención y cuidados.

Diferencias entre artrosis y artritis: cuidados y recomendaciones.

Beneficios del ejercicio físico.

Beneficios y peligros del sol: La importancia de la vitamina D y los fotoprotectores solares.

Cuidados y recomendaciones sobre higiene postural.

Sobrecarga del cuidador.

Menopausia: los sofocos y cómo mitigarlos.

Estiramientos: cómo realizarlos sin sufrir lesiones.

Cuidados de la HTA: qué es, cuáles son las cifras y cómo se diagnostica, alimentación, ejercicio y sus beneficios.

Varices, qué son, qué las provoca y cómo actuar contra ellas.

Las rutas que hemos realizado son las siguientes: "Camino de la Alfranca", "De los Puentes", "A orillas del río Gállego" y "Soto de Cantalobos". Todas estas caminatas son entornos situados cerca del barrio de Las Fuentes. La ruta de los Puentes consiste en andar a orillas del Ebro por ambos márgenes del río, recorriendo los distintos puentes que lo cruzan.

Los lunes que la lluvia impidió salir a caminar, realizamos la intervención educativa en el gimnasio de la Fundación el Tranvía y practicamos estiramientos, ayudando así a las asistentes a mejorar la técnica. Se buscó también fortalecer la relación de grupo, haciéndoles participar en la actividad.

Además de los paseos, se llevaron a cabo talleres, dos de espalda sana, dirigido por los fisioterapeutas del centro, dos de reanimación cardiopulmonar (RCP) por los residentes de enfermería y medicina, y uno de relajación dinamizado por enfermeras del centro de salud.

Para llevar a cabo el proyecto hemos elaborado registros que nos han permitido evaluar los paseos, la satisfacción y los hábitos de los participantes de Andarinas. El material y recursos empleados para desarrollar los talleres son las instalaciones de La Fundación el Tranvía y del Centro de Salud Fuentes Norte (proyector, maniquís para RCP, colchonetas).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Encuesta de satisfacción: los datos recogidos a la finalización del curso en junio de 2018, corresponden a la encuesta de satisfacción que desde la Fundación el Tranvía pasan a sus usuarios. Se trata de una encuesta general para todas las actividades que se realizan en el CRCT. Sólo la realizaron 9 usuarias de 39 apuntadas, y en varias preguntas no contestaron todas. En la valoración global de la actividad, las 5 participantes que contestaron, la valoraron con un 10. Cómo sugerencias apuntaron realizar menos estiramientos y un día más de actividad.

En mayo de 2019, a la finalización del curso de 2018, se pasó una encuesta de satisfacción elaborada por el centro de salud. De las 21 participantes preguntadas, 13 valoran con un 10 de forma global la actividad y 5 con un 9 en una escala del 0 al 10. Se les preguntó si deseaban que los profesionales del centro de salud participasen en los paseos, y el 95.2% valoró con 9 y 10 esta afirmación. En cuanto a los conocimientos impartidos y la claridad en la exploración, las 21 usuarias los puntúan entre 8 y 10.

Los profesionales que participan en el proyecto, valoran la actividad como satisfactoria. Además, se ha conseguido una coordinación efectiva y la implicación de todos sus miembros y de más personal del centro de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS FUENTES NORTE

Evaluación de Actividades: después de cada paseo se ha llevado a cabo una evaluación con rejilla de observación. Entre los datos aportados encontramos:

El número de participantes en los paseos va de 10 a 46.

A parte del tema tratado en la intervención educativa, durante los paseos "las Andarinas" suelen preguntar a los profesionales que acuden, por temas relacionados con alimentación o dudas sobre aspectos personales. También se aprovecha para profundizar sobre el tema tratado en la intervención educativa y salen nuevos temas que tratar en futuras intervenciones.

Los usuarios que acuden a los paseos, tienen conocimientos sobre la importancia de comer variado y evitar precocinados, conocen las características de los alimentos procesados, que hay que beber 2 litros de agua y comer 5 piezas de fruta al día o que no se debe abusar de la sacarina. También tienen conocimientos sobre la utilización de fotoprotectores, aunque desconocen alguna advertencia y modo de utilización. Saben que la grasa abdominal es un indicador de riesgo cardiovascular, que algunos alimentos contienen calcio y características básicas de las varices. También se abordan durante el paseo aspectos como la depresión o el suicidio y se comparten experiencias y emociones al respecto. En alguna ocasión, algún componente del grupo ha querido compartir cómo es vivir con una determinada enfermedad y hablar de ello al resto.

Otro aspecto que se recoge en la rejilla de observación es el estado de ánimo del grupo, y en líneas generales podemos decir que es animado, participativo, entusiasta y motivador. En alguna ocasión hemos observado que alguna de las participantes se siente incómoda por ver que algunas compañeras llevan un ritmo superior al suyo. Se ha intentado trabajar en este aspecto, explicando la importancia de un buen compañerismo y de empezar a andar poco a poco a modo de calentamiento.

Los talleres fueron evaluados mediante encuesta y, en general, la evaluación fue muy positiva. Entre los aspectos que nos han pedido mejorar del taller de RCP han sido los maniqués y solicitan realizarlo cada año para refrescar conocimientos. En cuanto al de Espalda Sana y al de relajación solicitaron realizar más sesiones.

Valoración de hábitos de las Andarinas: en septiembre de 2018, en el inicio del curso para "Andarinas", se pasó una ficha para valorar los hábitos de vida. De las 39 encuestadas, el 76.3% si realiza algún tipo de actividad física. Entre las actividades que realizan se encuentra caminar, baile, zumba, nadar, espalda sana, bicicleta, yoga y gimnasia. En cuanto a la frecuencia con la que realizan el ejercicio, realizan 3 o más veces por semana ejercicio el 67.6% de las participantes. El medio que utilizan habitualmente para desplazarse por la ciudad es el autobús (62.2%) y andando (59.5%). En cuanto a sus hábitos tóxicos (fumar, alcohol) más del 90% no consume tabaco ni alcohol.

En septiembre de 2019 se apuntan a Andarinas 46 personas, y el 97.8% realiza algún tipo de actividad física. Las actividades que más realizan son: caminar (91.1%), baile (37.8%), gimnasia (26.7%) y nadar (11.1%). El 46.7% realiza actividad física 3 o más veces por semana y el 26.7% 2 veces por semana. Al igual que en 2018, el medio que utilizan para desplazarse por la ciudad es el autobús (42.2%) y andando (84.4%). Más del 90% no consume tabaco, y en cuanto al alcohol, 18 personas consumen cerveza y una vino, con una frecuencia de 1-2 a la semana.

Con respecto a los indicadores planteados:

Número paseantes/ número inscritos (estándar > 50% en el 80% de los casos). Para este indicador se planteó pasar lista de asistencia en cada paseo. Las usuarias se quejaron por el retraso que suponía para empezar a caminar, así que se decidió simplificarlo y hacer un recuento de los asistentes. Entre los meses de febrero a junio de 2018 no se llegó al 50% de asistencia en el 80% de los casos. Pero de los meses de septiembre a diciembre asistieron el 50% de las participantes en un 100% de los casos (Inscritas en los paseos 39. Asistencia de 20 a 35). En 2019 solo se ha llegado al 50% de asistentes en el 60% de los casos. Entre los motivos se encuentra el método de recogida de datos, que es poco preciso y que se limita a los días en los que acude personal del centro de salud, varios de esos días, con mal tiempo o lluvia y poca asistencia al paseo.

Realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar 80% participantes): en 2018 un 67.6% de los participantes realizaba 3 veces por semana ejercicio al inicio del curso de Andarinas. Al finalizar el curso fue de un 47%. Hay que tener en cuenta que la encuesta en junio se pasó a 21 de las participantes y no al total (35). En 2019 se preguntó a los 46 participantes que se apuntaron a Andarinas al inicio del curso, sobre la frecuencia con la que realizan ejercicio a la semana, y el 46.7% realizaba 3 veces o más a la semana.

Encuesta de Satisfacción (estándar: nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes). En la encuesta de satisfacción realizada al final del curso en junio de 2019, obtuvimos un nivel de satisfacción óptimo en todos los ítems preguntados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En cuanto a los indicadores planteados, se ha superado el estándar de satisfacción. No se han llegado a alcanzar los estándares del resto de indicadores. Esto puede deberse al método de recogida de datos o a que el grupo de Andarinas es dinámico, con usuarias que vienen y van. El hecho de no haber podido realizar la encuesta de hábitos de vida a las mismas personas que empezaron el curso, hace que los resultados no puedan interpretarse, al igual que no se haya podido pasar lista al inicio de los paseos. El número de participantes que se han inscrito en la actividad, ha ido aumentando en estos dos años, lo que consideramos algo positivo.

Durante el año 2019, se han incorporado de forma sistemática los temas de salud tratados durante los paseos: alimentación saludable, beneficios del ejercicio físico y bienestar emocional. También ha participado más personal del centro de salud.

Consideramos clave la planificación de los días que se acude desde los centros de salud para el buen funcionamiento del proyecto. Esto ha permitido que el personal se organice, se prepare la intervención educativa y que las usuarias conozcan los días que hay participación por parte del centro de salud.

El proyecto de Andarinas Fuentes Norte ha permitido conocer el nivel de conocimientos y los intereses de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS FUENTES NORTE

nuestros usuarios en cuanto a temas de salud y poner en práctica hábitos saludables como es el caminar. Además, se ha conseguido afianzar la relación de grupo que se crea con la actividad, lo que consideramos una buena herramienta para combatir la soledad y mejorar la calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/702 ===== ***

Nº de registro: 0702

Título
PROYECTO ANDARINAS Y FUENTES NORTE

Autores:
FRAILE MUÑOZ ALBA, ANDRES AGORRETA PATRICIA, FORES CATALA AMPARO, LAMBAN CASAMAYOR ELISA, CILLERUELO ENCISO SILVIA, ABAD HONTORIA ANGEL, GASPAS CALVO ELENA, MARIN IBÁÑEZ PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes sanos o con patologías crónicas que deseen mejorar su condición física o puedan favorecerse de los beneficios del ejercicio.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la zona básica de salud de Las Fuentes Norte la morbilidad (dislipemia, sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, tabaquismo y abuso crónico de alcohol) es elevada. En Aragón, el 45% de los adultos no realiza ejercicio físico en su tiempo libre, llegando al 50% en las mujeres.
El estilo de vida de la sociedad actual favorece la inactividad física. Este comportamiento sedentario viene determinado por múltiples factores de tipo sociocultural, económico y medioambiental, por lo tanto, el abordaje requiere un enfoque multifactorial e intersectorial.
La Fundación el Tranvía lleva a cabo actividades dirigidas a promover el ejercicio físico en la población del barrio de Las Fuentes a través de paseos en el proyecto "Andarinas del Tranvía". Tras una encuesta de valoración de las necesidades de formación en la población que se realizó desde el C.S. Las Fuentes Norte, se priorizaron los siguientes temas de intervención: recomendaciones de ejercicio físico, prevención de enfermedades cardiovasculares, estilo de vida y alimentación saludable.
Después de realizar unas actividades de educación grupal en la Fundación el Tranvía, se vio la oportunidad de establecer una colaboración más estable entre los dos centros, así como extenderlo al de Torreramona, participando en la actividad de las Andarinas del Tranvía e incorporando los temas de interés recogidos en la encuesta.
Según el Programa de Salud 2030 de Aragón, los programas de actividad física deben considerarse como una auténtica prescripción médica y revisarse cada 6 meses para evaluar los resultados funcionales. Otro aspecto que recoge es que no solo debe abordarse los problemas de salud física, sino también los de soledad, de exclusión y de brecha digital, y creemos que a través de este proyecto se pueden trabajar dichos aspectos.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar una vida activa por medio de paseos.
Reconocer los beneficios del ejercicio a través de una valoración de su actividad diaria.
Crear un grupo estable que fomente una red social de andarinas.
Mejorar su capacidad al ejercicio, a través de las rutas de paseo programadas.
Modificar hábitos de desplazamiento.

MÉTODO
El grupo de Andarinas saldrá todos los lunes de septiembre a junio con los profesionales del Tranvía. Los profesionales del Centro de Salud acudirán dos lunes al mes. El grupo está abierto a todos los participantes mayores de 18 años. Se plantea formar dos grupos, uno de actividad básica y otro de actividad moderada. El horario es de 9.30 a 11.30 horas y el punto de encuentro la Fundación el Tranvía. Las rutas se realizarán por lugares cercanos al barrio de las Fuentes. Dependiendo del grupo y la ruta a realizar, los itinerarios oscilarán entre los 45-90 minutos. Al finalizar el paseo, se realizarán estiramientos.
Al inicio y final del curso se les pasará a los andarines una encuesta de hábitos. Los lunes que acudan

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS FUENTES NORTE

profesionales de los centros de salud, se realizarán intervenciones educativas sobre los siguientes temas: ejercicio físico, dieta mediterránea, lectura de etiquetas, estrés, estiramientos y sobre temas que demanden los andarines. Tras los paseos se completará una rejilla de observación. Los Talleres se realizarán en el Tranvía o en el C. Salud y serán de espalda sana, de relajación y de reanimación cardiopulmonar básica. Las reuniones del Equipo Andarinas Fuentes Norte se realizarán en el CS y serán mensuales y las reuniones con El Tranvía serán bimensuales y se realizarán en el Tranvía o en el CS.

INDICADORES

Nº de paseantes/ nº de inscritos (estándar: > 50% en el 80% de los casos)
Encuesta de Satisfacción (estándar: nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes)
Encuesta de hábitos: realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar: en el 80% de los participantes)

DURACIÓN

La Evaluación se plantea a lo largo de todo el proceso: inicial, de seguimiento y final. Todos los integrantes realizarán funciones de evaluación en distintos momentos y en las reuniones de evaluación.
Encuesta de Satisfacción: Se valorará la satisfacción de andarinas y del equipo de trabajo.
Evaluación de Actividades: Se evaluarán las actividades con rejilla de observación y observador no participante/participante según la actividad. La observación será mixta, estructurada por medio de un check-list, y no estructurada por diario de campo.
Evaluación de Reuniones: por medio de las actas y por el desarrollo de las mismas.
Valoración de hábitos de las Andarinas: ficha de recogida de datos previa a los paseos y posterior.
Fecha de inicio febrero de 2018 y fecha de finalización diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE AFRICA GARCIA ROY
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TEJADA DE LOS SANTOS LAURA
GARCIA RODRIGUEZ JAVIER
ARRATA LINARES ROSARIO
INEVA SANTAFAE MARIA CARMEN
SARVISE MATA MARIA
URDIN MUÑOZ BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El tabaco es la segunda droga más consumida, sólo por detrás del alcohol, tanto en población adulta como en población adolescente, con prevalencias superiores en Aragón a las del conjunto de España (23.1% de la población) y es la causa aislada más importante de morbimortalidad prematura prevenible en los países desarrollados.

En cuanto a las embarazadas españolas, el 33% fuma antes del embarazo y aunque el 25% abandona el hábito durante la gestación, hasta el 80% recae en los dos años posteriores. Respecto a Aragón el 20% de las gestantes fuma, con la consecuente repercusión sobre su salud y la de su futuro hijo.

Las actividades del proyecto surgen al priorizar las intervenciones sobre el tabaquismo, en línea con el planteamiento de la Estrategia nacional sobre adicciones ENA 2017-2024, que contempla el abordaje de las drogas legales, incluido el tabaco, como uno de sus cuatro ejes fundamentales de actuación, destacando la importancia de Atención Primaria (AP), como puerta de entrada al sistema sanitario, y de las acciones comunitarias de prevención en el ámbito local, fundamentalmente en menores y mujeres, en especial en edad reproductiva y embarazo.

Por otro lado, pese a que la actuación sobre el tabaco está considerada como el patrón oro de las intervenciones preventivas, en nuestro Centro de Salud (CS) se constata una actuación insuficiente sobre el mismo, tanto en la captación como en la intervención, extensible al resto del sector Zaragoza II y a Aragón, como muestran los indicadores de evaluación de actividad profesional de AP sobre el tabaco, incluidos en los Acuerdos de Gestión: -Detección Tabaco: Que en febrero del 2018 era del 68% en Aragón, 72% en Zaragoza II y 63% en el CS Las Fuentes Norte.

-Intervención sobre tabaco: Que en igual fecha fue de 36% en Aragón, 44% en el Sector Zaragoza II y 39% en el CS. Es el momento de plantearse las posibilidades de mejora en la actuación sobre el tabaquismo desde AP en general y si la gestación favorece la intervención antitabaco desde este ámbito en particular.

Los objetivos de intervención contemplados fueron:

- Objetivo general:
Reducción de la prevalencia del tabaquismo en las embarazadas atendidas en el CS Las Fuentes Norte y el mantenimiento del cese tras el parto.
- Objetivos específicos:
 - Prevención del tabaquismo pasivo en la embarazada mediante la promoción del ambiente libre de humo en el entorno familiar.
 - Promoción del abandono del tabaquismo en la embarazada fomentando el cese del hábito a través del consejo antitabaco, y orientando a la fumadora en la deshabituación.
 - Visibilización de las actuaciones realizadas en el entorno del barrio, a través de los recursos disponibles.

Con las actividades planteadas en este proyecto, hemos querido abordar la prevención, sin dejar de cubrir los circuitos de deshabituación, para contemplar todas las posibles intervenciones comunitarias que persiguen finalmente disminuir el tabaquismo.

Tanto en la prevención del tabaquismo como en la deshabituación tabáquica, el pilar de intervención es la educación sanitaria.

Para esta educación sanitaria y para el consejo antitabaco planteamos actividades de intervención comunitaria y actividades asistenciales, mientras que la deshabituación la centramos en la actividad clínica.

? Descripción de actividades:

Como ya especificamos en la descripción del proyecto, establecimos un circuito de captación y seguimiento del total de embarazadas atendidas en "EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL" de nuestro CS. Dicho circuito fue difundido al Equipo de AP (EAP) mediante sesión clínica e incluía las siguientes actividades.

- En la captación, realizada por la matrona:
 - Facilitación de consejo antitabaco.
 - Evaluación del consumo tabáquico por entrevista y cooximetría, para detección de posible ocultación de hábito (niveles de CO superiores a 5 ppm).
 - Identificación de la situación de la embarazada respecto al consumo como no fumadoras, o exfumadoras (de más de un año) y fumadoras, elaborándose listados específicos.
 - Oferta a todas las gestantes de la actividad de intervención grupal y a las fumadoras de la consulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

antitabaco, y orientación para citación en agendas específicas, al servicio de admisión.

- En el total de embarazadas:
 - o En consulta:
 - ? La matrona: En todas sus valoraciones (1º, 2º, 3º trimestre y preparación al parto)
 - Reiteración de consejo antitabaco (intervención breve) reforzando la conducta de no fumar y el ambiente libre de humo y promoción de la asistencia a las intervenciones grupales.
 - Derivación a consulta antitabaco específica para intervención intensiva, a las gestantes y convivientes que soliciten apoyo para la deshabituación, mediante citación en el Servicio de Admisión en agenda específica.
 - ? Pediatría:
 - Reiteración de consejo antitabaco (intervención breve) reforzando la conducta de no fumar en la puérpera y en su entorno familiar.
 - o Intervención grupal, sobre la embarazada y familiares (pareja y/o padres), realizada por el grupo de intervención.
 - Captación telefónica para la intervención grupal, como refuerzo de la orientación de la matrona, a todas las gestantes captadas en el mes y familiares convivientes y futuros cuidadores del recién nacido. Dicha captación se empleó a modo de consejo breve para el abandono del tabaco y promoción de ambiente sin humos.
 - Talleres de intervención comunitaria (tras la captación y previa al parto).
 - En las embarazadas fumadoras:
 - o En consulta específica antitabaco realizada por el grupo de intervención:
 - Reevaluación del consumo por entrevista y cooximetría.
 - Estudio del hábito tabáquico y factores asociados, para establecer prevalencias y tipología de la gestante fumadora, con el objeto de evaluación y establecimiento de estrategias futuras de intervención.
 - Asistencia en la deshabituación mediante intervención intensiva psicosocial de tipo conductual, según protocolo específico de OMI-AP, suplementado por la adaptación de la "Metodología de abordaje a tiempo real 1-15-30 de la semFyC", con apoyo farmacológico con Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) si fuera necesario.
 - Refuerzo con consulta telefónica en el 2º y 3º trimestre.
 - o Seguimiento tras el parto, para evitar la recaída en el hábito tabáquico, realizado por parte de Pediatría en la captación del recién nacido y posteriormente por el grupo de intervención al mes y tres meses mediante llamada telefónica.
 - Refuerzo de la conducta de no fumar y del ambiente familiar libre de humos.

a) Respecto a la intervención Grupal:

Constituía la parte específica de intervención comunitaria, fundamentada en la educación sanitaria con objetivo de promocionar el ambiente libre de humos e iba dirigida a la embarazada y su entorno familiar. Elaboramos 2 talleres de intervención grupal, con soporte audiovisual, para realizar a la captación (perseguía exponer el efecto nocivo del tabaquismo activo y pasivo para la embarazada y el feto) y previa al parto (incidía en los efectos nocivos sobre el futuro hijo, reforzando la necesidad de mantener la abstinencia por parte de la madre y convivientes) Inicialmente se planteó en una frecuencia de 2 sesiones al mes, que terminó reduciéndose a una mensual por falta de asistencia.

Fueron realizadas por el equipo en la sala de reuniones del CS en horario de mañana y tarde.

b) Respecto a la intervención clínica:

Se insistió en la importancia de la evaluación del hábito y en su caso de la intervención, priorizando la intervención breve a través de consejo sanitario claro, directo y personalizado y explicando el manejo de las herramientas disponibles entre los profesionales del EAP mediante sesión clínica.

Además, se expuso el proyecto de intervención sobre tabaquismo de la embarazada en nuestro CS.

Elaboración de la herramienta de Intervención

En nuestro soporte informático OMI-AP disponemos del Servicio 304-Prevención Enfermedades Cardiovasculares, con el PC-ADULTO HABITOS TOXICOS, donde se evalúa el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y del Servicio 319-Atención al Paciente Dependiente del Tabaco, activo tras creación de un episodio de TABACO (CIAP P17) y que consta de cuatro posibles actividades

- PC-TABACO ORIENTACIÓN. Anual
- PC-TABACO INTERVENCIÓN BREVE. Semestral
- PC-TABACO INTERVENCIÓN INTENSIVA. Anual
- PC-TABACO SEGUIMIENTO. Cuatrimestral

Conscientes de la necesidad de una intervención intensiva en la población de embarazadas seleccionada y de las carencias de nuestro soporte OMI-AP para ello, decidimos reforzarlo con la Metodología de abordaje a tiempo real 1-15-30 de la semFyC.

Comenzamos por comparar ambas herramientas, de modo que en la Metodología 1-15-30, observamos que la primera parte podría corresponder al PC-TABACO CAPTACION y a partir del test de Fagerstrom al PC-TABACO INTERVENCIÓN INTENSIVA. Decidimos complementar contenidos, conformando la documentación empleada "Metodología 1-7-15-30-90 del CS Las Fuentes Norte", con soporte de información por escrito, elaborada por el equipo de intervención (Anexos1-11) y ante la necesidad de apoyo farmacológico con TSN un consentimiento informado (Anexo 12).

Este material tenía que testarse en la consulta, para lo que empleamos pacientes fumadores no embarazadas.

? Duración y cronograma

- Diseño del proyecto y aceptación por calidad: 05-06/2018
- Presentación al EAP y creación de agendas: 07/2018
- Elaboración del material: 08-09/2018
- Implantación de actividades: 09/2018 a 01/2019
- Registro, análisis, evaluación de resultados y conclusiones: 02/2019.

La elaboración del proyecto, aceptación por calidad, presentación al equipo y elaboración del material

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

retraso la puesta en marcha de las actividades a septiembre de 2018, con tiempo de implantación de solo 5 meses, insuficiente para completar el seguimiento previsto de 12 meses (gestación y tres meses postparto).

? Todo ello realizado por los integrantes del proyecto y empleando los recursos del propio C.S

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

a) Respecto a la intervención comunitaria:

La consecución de los indicadores planteados para la evaluación del proyecto fue la siguiente.

• Respecto a la evaluación del diseño: se consiguieron los indicadores propuestos de:

- Inclusión de los integrantes del proyecto en el grupo de Atención comunitaria.

- Inclusión del proyecto en la Agenda comunitaria.

- Inclusión en orden del día de Consejo de Salud de Zona.

- Realización de Mapa de activos.

• En lo concerniente a la evaluación del proceso: Se consiguió

- El diseño del diagrama de flujo y su difusión al EAP.

- Establecimiento de Cronogramas de implementación de talleres, fijados en la semana 4ª de cada mes.

- Inclusión de la consulta antitabaco específica para gestantes en la agenda del centro con 2 horas semanales, lunes y martes.

- Registro de actividades mensual.

Respecto a los indicadores propuestos

- I1: N° de talleres grupales realizados.

Se consiguieron los mínimos planteados de uno al mes.

- I2: N° de participantes, en los talleres sobre el total de las mujeres embarazadas y captadas para la intervención.

Solo un 10% de las embarazadas seguidas en el centro decidió acudir a la intervención grupal comunitaria.

Los familiares fueron exclusivamente los cónyuges, pese a que se esperaba más asistencia de los futuros abuelos, por mejor disponibilidad horaria.

Por la escasa asistencia se solicitó colaboración a la matrona del CS Torre Ramona, próximo a nuestro CS y del mismo sector, en diciembre de 2018 con derivación mediante documento específico.

- I3: N° de talleres grupales realizados por embarazada.

Por la duración del proyecto ha resultado imposible la evaluación de este indicador, que pretendía conseguir 2 talleres por gestante, aunque por la asistencia conseguida en el primer taller, sería previsible la obtención de malos resultados.

• Para la evaluación de resultados nos planteamos evaluar la modificación del tabaquismo pasivo en ambiente familiar, social y laboral tras el parto y al finalizar baja maternal.

Por el momento de evaluación, con solo una muestra de 10 pacientes en puerperio inmediato, no podemos evaluarlo.

b) Respecto a la intervención clínica:

El Método de estudio previsto fue: observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoría de historia clínica (HC), y suplementación con encuesta estructurada, dirigida a las pacientes gestantes atendidas en el CS Las Fuentes Norte del sector Zaragoza II de mayo de 2018 a mayo de 2019, teniendo que adelantar su finalización a febrero de 2019.

Respecto a la Población:

• Criterios de inclusión: Inicialmente Gestantes incluidas en EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL del CS, entre mayo de 2018 a mayo de 2019.

Por la escasa captación se hizo extensiva la oferta al CS Torre Ramona a partir de diciembre de 2018, mediante documento específico.

• Criterio de exclusión: Seguimiento de embarazo en sistema privado, imposibilidad de comunicación o negativa expresa del paciente.

Las fuentes de información: fueron la HC y encuesta estructurada, de elaboración propia con datos sociodemográficas y de tabaquismo activo y pasivo.

Tras las actividades descritas se programó la recogida de información en el momento de la captación, en el postparto y a los tres meses previo a la finalización de la baja maternal.

Análisis por paquete estadístico SPSS 2017.

Resultados:

En el periodo mayo de 2018 a febrero de 2019 fueron captadas 81 embarazadas de las que se perdieron 9 por aborto, quedando una muestra final de 72 gestantes sobre las que se realizó revisión de historia clínica en el 100% y encuesta en 82% (59 pacientes).

En lo que se refiere a la actividad clínica, evaluamos

• Variables sociodemográficas de las gestantes atendidas en el CS.

Las gestantes atendidas en el CS son de edad elevada con una mediana de 31 años y sin antecedentes médicos reseñable en el 72.45%. Tienen un buen nivel de preparación (estudios secundarios o superiores en el 62.1%), en activo en el 74% y con empleo cualificado en el 60.5%. El 34.7% son inmigrantes.

Los datos de inmigración y de actividad laboral son similares a los de nuestro sector Zaragoza 2, mientras que el nivel de preparación se encuentra por encima del sector.

• Grado de tabaquismo de las gestantes, activo y pasivo (familiar, laboral y social)

Respecto al tabaquismo activo en las gestantes, el 68.1% nunca ha fumado, el 13.9% son exfumadoras y fumadoras el 18.1% (15.5% con cese en menos de 12 meses previos al embarazo, 46.15% cese al inicio de la gestación y el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

38.46 continúa fumando).

La prevalencia tabaquismo activo en inmigrantes es 8% y en no inmigrantes 23.4%.

No fue posible verificar el no consumo (ocultación) como teníamos previsto, por no disponer de cooxímetro.

Y frente al 18.1% de tabaquismo activo, en gestantes se descubre hasta un 83% de tabaquismo pasivo, tanto en ambiente familiar (54.2%), social (49.2%) como laboral (39%).

- Indicadores de cobertura de intervención sobre tabaquismo activo.

- I4: Detección de tabaquismo en gestantes.

I4: nº de fumadoras con episodio de tabaquismo abierto/Total de embarazadas fumadoras atendidas en el CS (N) x100
En las gestantes fumadoras, solo el 23% tiene el episodio de dependencia tabaco abierto previamente a la captación y en un 38.46% no se abre episodio después de la misma. O, dicho de otro modo, en las gestantes fumadoras que no tienen episodio de tabaquismo abierto en la captación (aproximadamente un 62%) hasta en el 50% no se abre.

- I5: Intervención sobre el tabaquismo de la gestante

I5: nº de fumadoras que han recibido intervención breve o intensiva/Total de embarazadas fumadoras atendidas en el CS (N) x100

Hasta en un 33.3% no se interviene sobre el tabaquismo de la gestante. La intervención más frecuente es el consejo breve 58.3%, (realizado por DUE 62.5%, Matrona 12.5, MAP 25%).

Del total de embarazadas fumadoras, solo una acudió a consulta antitabaco específica para intervención intensiva, sin completar la intervención ni conseguir la deshabitación.

- Indicadores de resultados.

- I6: Reducción del hábito tabáquico durante el embarazo

I6: nº fumadoras previo al embarazo (na)-nº fumadoras al final del embarazo (nb)/ Total de embarazadas atendidas en el CS (N) x100

Nuestras gestantes fumadoras dejan de fumar en el 46.2% y todas ellas en el primer trimestre, en línea con resultados de nuestro sector. Además reducen en un 30.8% y siguen fumando en un 23%.

- I7: Mantenimiento del cese del hábito tabáquico

I7: nº exfumadoras al final del puerperio (nc)/nº de exfumadoras al final del embarazo (na - nb) x100

No evaluado por falta de duración del proyecto.

- I8: Porcentaje de ocultación de consumo.

I8: % de embarazadas con cooximetría positiva - % de mujeres que reconocen hábito por entrevista/Total de embarazadas atendidas en el CS (N), por trimestre.

No evaluado por no disponibilidad de cooxímetro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por prevalencia y repercusión sanitaria, el tabaquismo supone un importante problema de salud pública, siendo indiscutible la rentabilidad de la intervención sobre el mismo.

Es imprescindible que la comunidad tenga conciencia del riesgo del tabaquismo y que las iniciativas comunitarias tengan un apoyo masivo de la legislación, medios de comunicación y profesionales sanitarios, además de mantenerse varios años con recursos fácilmente disponibles.

Si bien el enfoque comunitario constituye una parte importante de las actividades de promoción de la salud, es desalentador que los estudios de mayor tamaño y mejor diseño hayan sido incapaces de detectar un efecto sobre la prevalencia de tabaquismo. Queríamos empezar por asumir la limitación de inferencia de datos de nuestro estudio, por el pequeño tamaño muestral, por lo que no insistiremos en los resultados de prevalencia y socioculturales similares a los de nuestro sector.

Más bien queremos reflexionar, asumiendo que AP es el lugar idóneo para las actividades de prevención y promoción, sobre las posibilidades de intervención y el empleo de las mismas desde AP durante la gestación, dando por hecho que se trata de un momento de especial motivación para las mujeres, donde serán vistas con regularidad, facilitando una actuación estructurada para evitar el tabaquismo activo y pasivo.

Tras admitir un empleo deficiente de las herramientas clínicas disponibles en nuestro sistema, consideramos necesario la concienciación del personal implicado (matronas, DUE, MAP, pediatras y ginecólogos) y el fomento del empleo de las mismas con formación por un lado y disponibilidad de tiempo por otro, o al menos el recurso de consulta antitabaco específica para ello.

No obstante, tras insistir en estos puntos claves durante nuestro proyecto, no hemos conseguido mejorar los indicadores de detección e intervención y desgraciadamente no existe un indicador de efectividad de intervención, por % de cesación conseguida, por otro lado, imposible de detectar con la configuración de nuestro sistema informático, al carecer de episodio específico de exfumador, lo que constituye un importante obstáculo para la investigación, punto de mejora a considerar en el futuro.

En lo referente a la intervención comunitaria, se convierte en protagonista de nuestro proyecto en cuanto que el tabaquismo pasivo afecta a un porcentaje altísimo de gestantes, muy superior a la del tabaquismo activo (80% frente a 18%).

La escasa respuesta a las actividades propuesta, ha sido objeto de reflexión en nuestro grupo antitabaco, llegando a la conclusión de que puede estar originada fundamentalmente por la falta de conciencia de riesgo, tanto de la embarazada como del entorno familiar próximo, chocando la falta de implicación de los abuelos, futuros cuidadores del niño y sin problema de tiempo para asistencia al centro.

En definitiva, la intervención antitabaco sobre la gestante, fumadora activa o pasiva, tiene que ser proactiva y sistemática, incluida en nuestra actividad diaria y fundamentada en la protección de la paciente más allá de la de su embarazo, para conseguir el mantenimiento del cese.

Y pese a no haber podido concluir el proyecto en su totalidad, dada la respuesta de la población objeto,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

desgraciadamente la intervención planteada no parece ser rentable mientras se haga en exclusividad en solo un centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/830 ===== ***

Nº de registro: 0830

Título
REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

Autores:
GARCIA ROY AFRICA, SARSA GOMEZ ANA, MONEO HERNANDEZ ISABEL, INEVA SANTAFE MARIA CARMEN, TEJADA DE LOS SANTOS LAURA, MUSEROS SOS DOLORES, SARVISE MATA MARIA, CASASNOVAS NAVARRO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tabaco es el factor de riesgo cardiovascular más importante y la principal causa aislada de morbilidad prematura prevenible en los países desarrollados, lo que lo convierte en un importante problema de salud pública. Respecto al embarazo, situación especialmente vulnerable, en España el 33% de las gestantes fuman, 25% abandonan el hábito, pero el 80% recaen en los dos años posteriores. En Aragón el 20% de las gestantes fuma.

RESULTADOS ESPERADOS
• Objetivo general: reducción de la prevalencia del tabaquismo en las embarazadas atendidas en el centro de salud Las Fuentes Norte.
• Objetivos específicos:
- Prevenir el tabaquismo pasivo en la embarazada mediante la promoción del ambiente libre de humo en el entorno familiar.
- Promover el abandono del tabaquismo en la embarazada fomentando el cese del hábito a través del consejo antitabaco y orientando a la fumadora en la deshabituación.
- Visibilizar las actuaciones realizadas en el entorno del barrio, a través de los recursos disponibles.

MÉTODO
La integración y continuidad del proyecto será facilitada con la implicación del resto del EAP mediante información sobre el proyecto, capacitación con sesiones clínicas y no sobrecargando su trabajo. Estableceremos un circuito de captación y seguimiento del total de embarazadas atendidas en EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL de nuestro CS entre mayo de 2018-2019, que incluirá las siguientes actividades:
• En la captación, la matrona:
- Facilitará consejo antitabaco.
- Evaluará el consumo tabáquico por entrevista y cooximetría, para detección de posible ocultación de hábito (niveles de CO superiores a 5 ppm).
- Identificará su situación respecto al consumo elaborando listados específicos.
• En el total de embarazadas:
Con previsión de 150 a 180 embarazadas, por comparativa con años previos.
o En consulta:
? La matrona: En todas sus valoraciones.
- Insistirá en el consejo antitabaco reforzando la conducta de no fumar y promoviendo la asistencia a las intervenciones grupales.
- Remitirá a consulta antitabaco específica a las gestantes que soliciten apoyo para la deshabituación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

- ? Pediatría:
- Insistirá en el consejo antitabaco reforzando la conducta de no fumar en la puerpera y en su entorno familiar, y del mismo modo, transmitirá los efectos negativos del tabaquismo pasivo en el feto y recién nacido.
- o Intervención grupal, sobre la embarazada y familiares (pareja y/o padres) mediante charlas con soporte audiovisual, realizada por el grupo de intervención, tras la captación y previa la parto.

- En las embarazadas fumadoras:
- o En consulta específica antitabaco realizada por el grupo de intervención:
- Revaluación del consumo por entrevista y cooximetría.
- Intervención Antitabaco a los 1, 15 y 30 días, según protocolo específico de OMI-AP con apoyo farmacológico con TSN si fuera necesario. Se suplementara con consulta telefónica en el 2º y 3º trimestre.
- o Seguimiento tras el parto, para evitar la recaída en el hábito tabáquico, por parte de Pediatría en la captación del recién nacido y posteriormente por el grupo de intervención al mes y tres meses.

INDICADORES

- En lo que se refiere a la actividad clínica, evaluaremos "los indicadores de cobertura de intervención sobre tabaquismo y de resultados".
- I1: Reducción del hábito tabáquico durante el embarazo
- I1: n° fumadoras previo al embarazo (na) - n° fumadoras al final del embarazo (nb) / Total de embarazadas atendidas en el CS (N) x 100
- I2: Mantenimiento del cese del hábito tabáquico
- I2: n° exfumadoras al final del puerperio (nc) / n° de exfumadoras al final del embarazo (na - nb) x 100
- I3: Porcentaje de ocultación de consumo.
- I3: Porcentaje de embarazadas con cooximetría positiva - Porcentaje de mujeres que reconocen hábito por entrevista/ Total de embarazadas atendidas en el CS (N), por trimestre.
- La evaluación de la intervención comunitaria se basará en el grado de desarrollo e integración del proyecto en la actividad habitual del centro, para asegurar su mejora y continuidad.
- ? Para la evaluación del diseño utilizaremos entre otros la definición del grupo de Atención comunitaria:
- Inclusión del proyecto en la Agenda comunitaria.
- Inclusión en orden del día de Consejo de Salud de Zona.
- Realización de Mapa de activos.

- ? Para la evaluación del proceso:
- Existencia de diagramas de flujo.
- I4: Número de talleres grupales realizados por embarazada.
- I5: Número de participantes, en los talleres sobre el total de las mujeres embarazadas y captadas para la intervención.
- Cronogramas de implementación de talleres.
- Inclusión de la consulta antitabaco específica para gestantes en la agenda del centro.
- Registro de actividades.
- ? Para la evaluación de resultados incluiremos:
- Grado de intervención en el grupo contabilizando el número de intervenciones por parte de las pacientes.
- Grado de conocimientos adquiridos en talleres y satisfacción, mediante cuestionarios específicos.

DURACIÓN

Se comenzará con la población de embarazadas captadas al inicio del proyecto, con la intención de integrar las actividades de forma mantenida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0028

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS

Fecha de entrada: 19/12/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA LOZANO DEL HOYO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MUÑO RUBEN
CILLERUELO ENCISO SILVIA
GIL FERNANDEZ INMACULADA
CALERO FERNANDEZ ESPERANZA
GARCIA ROY AFRICA
SAZ FRANCO JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nuestro objetivo principal fue Promover la alfabetización en salud mejorando el autocuidado entre iguales formando Pacientes Activos con diagnóstico de diabetes tipo 2.

Nuestros objetivos específicos en la Primera Fase: Incrementar el cumplimiento de hábitos orientados a mejorar su salud en los pacientes activos y la adquisición de técnicas de comunicación por parte del Paciente Activo y en la Segunda Fase: Alcanzar una mayor autonomía en autocuidados de los pacientes diabéticos y familiares y mejorar los hábitos de alimentación y cuidado de pie diabético orientados a incrementar su salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Formación de Pacientes Activos: Se realizaron 9 sesiones de 1 hora de duración distribuidas a lo largo de 5 semanas.

En la formación del grupo de Pacientes activos intervinieron profesionales del centro de salud (enfermería y medicina), miembros de la Asociación de Diabéticos de Aragón y Trabajadores Sociales de la Fundación El Tranvía.

Formación de grupos de población diabética:

Se desarrollaron 4 grupos de educación diabetológica, de los cuales en dos fueron formados por Pacientes Activos y dos por profesionales del centro de salud.

Consideramos el Grupo Intervención (GI) aquel en el que participan dando un 90% de la formación a grupos los Pacientes Activos y Grupo Control (GC) en el que solo dan formación profesionales sanitarios.

La captación de personas para los grupos fue hecha directamente por los profesionales sanitarios (medico/a y enfermero/a) y se registró en OMI-AP.

Criterios de inclusión en la educación grupal:

- Capacidad suficiente de aprendizaje.
- Haber pasado por la educación de acogida individual.
- Paciente con motivación.
- No haber recibido educación grupal en los 2 años anteriores.
- Mal control metabólico.

La evaluación de realizó mediante un cuestionario de conocimientos, Escala de conocimientos en diabetes ECODI de Bueno y col pre y post intervención. Parámetros de control bioquímicos pre y post intervención.

Características del grupo se buscó que los grupos fueran homogéneos en función del nivel de instrucción. Cada grupo estaba formado por un número máximo de 15, entre diabéticos y cuidadores o familiares. Deberían ser grupos pequeños (12-15 personas) con características socioculturales semejantes, favoreciendo el dialogo entre los miembros a fin de intercambiar experiencias.

El número de sesiones fue de 4 y la periodicidad de 2 por semana. La duración de 1 hora y media.

Guion de sesiones:

1ª Sesión: Presentación de los asistentes. Presentación-curso-objetivos. Concepto glucemia-energía. Tipos de diabetes. Síntomas y consecuencias. Hipoglucemias. Complicaciones. Tratamiento

2ª Sesión: Rueda de alimentos. Distribución de los alimentos. Alimentación en la diabetes. Plan de alimentación por raciones. Consejos dietéticos

3ª Sesión: Relación dieta-ejercicio. Ejercicio físico y diabetes. Cuidado de los pies. Consejos prácticos

4ª Sesión: Tratamiento con Insulina, factores que pueden modificar su acción. Autocontrol. Hipoglucemia, refuerzo de conceptos. Situaciones especiales. Enfermedades Intercurrentes.

Chesklist: dos personas, profesionales de enfermería, actuaron como evaluadores de los docentes, antes de las sesiones consensuaron cada uno de los ítems para minimizar los sesgos.

Estadística:

La evaluación de los datos se lleva a cabo con el programa SPSS 21.

Se realizó, un análisis descriptivo inicial para conocer la distribución de todas las variables, usando el número de casos y los porcentajes. La asociación entre la variable dependiente y cada una de las independientes se analizó mediante tablas de contingencia y test de chi cuadrado o a través de la prueba de Kruskal-Wallis en su caso, con un nivel de significación del 95%. Posteriormente se efectuó un análisis de regresión.

Análisis descriptivo: Se calcularon la distribución de frecuencias de los porcentajes de cada categoría para cada variable cualitativa. Las variables estudiadas cuantitativas fueron exploradas con la prueba de conformidad de Kolmogorov - Smirnov (prueba de bondad de ajuste a una distribución normal) y se calcularon indicadores de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o percentiles).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0028

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

PACIENTE ACTIVO: Fue evaluado en el proyecto del año 2018.

GRUPOS DE EDUCACIÓN:

En el GI el porcentaje de diabéticos es del 76,5% y el 23,5% es de acompañantes. El 53,8% son mujeres y el 46,2% varones, con una edad media de 69,3±8,4 años, una Hg1A1c de 7,9% (máximo 14,1 y mínimo de 5,8), un LDL-colesterol de 100,4±34, un IMC de 29,8±4,5, la TAS es de 133,2±16,3 y la TAD de 68±6,5.

En el GC el porcentaje de diabéticos es del 79,4% y el 20,6% es de acompañantes. El 57,1% son mujeres y el 42,9% varones, con una edad media de 69,2±20,7 años, una Hg1A1c de 7,0% (máximo 14,1 y mínimo de 5,7), un LDL-colesterol de 105,7±33, un IMC de 31,7±27,4, la TAS es de 140,2±17,3 y la TAD de 60±9,1.

En el GI todas las contestaciones menos 1 mejoran, en el GC todas mejoran, al comparar los resultados finales de los dos grupos no hay diferencias significativas entre ellos tabla 1.

CHEKLIST:

Se evalúa a 29 personas, el 44,8% profesionales y el 55,2% pacientes activos. De ellos el 1,5% de los profesionales se identifican como muy mejorable o regular en algunas de las actividades evaluadas y un 16,2% en el caso de Pacientes Activos, bueno se consideraría un 4,2% de profesionales y un 28,7% de Pacientes Activos y muy buenos o perfectos el 94,2% de los profesionales y el 54,3% de Pacientes Activos. Con diferencias significativas.

TABLA 1. EDUCACIÓN GRUPAL. ESCALA DE CONOCIMIENTOS EN DIABETES ECODI DE BUENO Y COL. RESPUESTAS ACERTADAS ANTES Y DESPUES DE LA EDUCACIÓN EN AMBOS GRUPOS

PREGUNTAS	GRUPO INTERVENCIÓN		GRUPO CONTROL	
	N=17	N=17	N=17	N=17
La insulina es	9	9	6	9
Los niveles normales de azúcar	13	13	17	13
Aumento de sed, orinar más, pérdida de peso, azúcar en orina	8	9	4	8
Nivel de azúcar alto	10	12	10	13
Si nota sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos	12	16	8	16
Hipoglucemia	4	8	5	10
Cuántas comidas al día	14	17	14	17
Alimento no comer	12	17	15	17
Alimento no abusar	5	7	6	9
Alto contenido en fibra vegetal	6	6	15	6
Una buena fuente de fibra	11	11	15	12
Buen control de la diabetes	8	8	11	8
Mantener un peso ideal	9	14	14	14
Actividad corporal	11	16	15	17
Cuando debe hacer ejercicio	11	11	17	16
Con el ejercicio físico	11	16	16	15
Cuidar los pies	12	16	11	17
Control de la diabetes	12	12	15	10
Analizarse la sangre	11	15	13	17

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DISCUSIÓN

Al evaluar los dos grupos se observa como mejoran en ambos grupos, ligeramente mejor el grupo impartido por profesionales, si bien es cierto que los asistentes a las sesiones agradecieron mucho el tener a otras personas con diabetes dando la formación, esta sensación puede mejorar la adherencia con su patología, siendo esto difícil de evaluar en una encuesta, si bien es cierto, que la conversación en cuanto a experiencias fue muy enriquecedora para ellos.

Los dos observadores evaluaron mejor a los profesionales que a los pacientes activos, pensamos que en gran medida por que los profesionales han recibido mayor formación en esta actividad y por su profesión tienen un mayor dominio del tema. Esta actividad nos permite mejorar y para ello nos hemos citado profesionales y pacientes activos, para hacer en una tormenta de ideas entre todos y trabajar los ítems más bajos.

CONCLUSIONES

La experiencia de los profesionales ha sido magnífica y hemos aprendido mucho de ella. Aunque la técnica de los pacientes activos sea mejorable, los resultados son similares a los de los profesionales, por lo que lo falta de técnica lo suplen con interés y cercanía a los pacientes a educar. Los pacientes activos están dispuestos a participar en nuevos retos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/28 ===== ***

Nº de registro: 0028

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0028

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS

EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS

Autores:

LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, GARCIA MUÑOIO RUBEN, GARCIA ROY AFRICA, CALERO FERNANDEZ ESPERANZA, GIL FERNANDEZ INMACULADA, SAZ FRANCO JOSE ANTONIO, CILLERUELO ENCISO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha observado que cuando los pacientes son informados de manera apropiada sobre diferentes procedimientos terapéuticos de efectividad comparable, tienden a elegir los menos invasivos y a iniciar los tratamientos más precozmente, y pueden alcanzar decisiones de mejor calidad. Las herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida son un campo en clara expansión en la literatura científica, y se dispone de gran número de ellas, sobre todo en algunas áreas (cáncer de próstata, de mama y colorrectal, diabetes, asma, etc.). Su desarrollo está motivado, entre otros factores, por el uso apropiado de los recursos y la reducción de costes innecesarios, y la expansión de los criterios de mejora de la calidad de la atención en salud, al incluir la satisfacción de las personas con el asesoramiento acerca de las opciones disponibles. Según los resultados de las evaluaciones realizadas sobre estas experiencias, destacan el aumento en la confianza del paciente para autocuidarse, las mejoras en la calidad de vida y en el bienestar psicológico, y el incremento de la autoestima y de la actividad. Potenciar la percepción de autoeficacia a través de intervenciones estandarizadas, sobre todo en el contexto de atención primaria, utilizando programas tipo «paciente experto o activo», podría suponer una disminución del gasto asociado al consumo de medicamentos. La atención primaria es el contexto principal de estos programas, como primera receptora de las personas con una enfermedad crónica. Y donde sería oportuno orquestar el cambio de trabajar en las necesidades de los profesionales para hacerlo en las necesidades de los pacientes. Los últimos estudios consultados destacan la importancia de la educación por iguales, en nuestra Comunidad autónoma no hay ningún trabajo en este sentido, por lo que nos proponemos evaluar la educación a grupos de pacientes diabéticos con y sin pacientes activos.

RESULTADOS ESPERADOS

-Objetivo general:
Reforzar la acción comunitaria entre iguales formando Pacientes Activos con diagnóstico de diabetes tipo 2.
-Objetivos secundarios Segunda Fase:
-Alcanzar una mayor autonomía en autocuidados de los pacientes diabéticos y familiares.
-Incrementar los hábitos orientados a mejorar su salud en alimentación y cuidado de pie diabético.

MÉTODO

-Realización de sesiones educativas grupales con Pacientes Activos (grupo intervención)
-Realización de sesiones educativas grupales sin Pacientes Activos (grupo control)

INDICADORES

-Evaluación en conocimientos de los pacientes en actividades grupales antes y después de la intervención, mediante encuesta validada con un aumento del 20% de contestaciones acertadas en la encuesta posterior
-Mejor control metabólico de la Hg1A1c, con disminución de un 0,5% en los pacientes, pre y pos formación.
-Evaluación de hábitos saludables, por medio de videos pre y pos formación.
-Disminución del número de visitas a demanda al año en un 10%.

DURACIÓN

-Sesiones de educación grupal con la incorporación del Paciente Activo en el Centro de Salud Las Fuentes Norte.
-Sesiones de educación grupal sin Paciente Activo en el Centro de Salud Las Fuentes Norte.

OBSERVACIONES

El proyecto esta aprobado por la CEICA

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0028

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA FORMACION A PACIENTES DIABETICOS POR PACIENTES ACTIVOS VS PROFESIONALES SANITARIOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE REHABILITACION CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE EVA MARIA PELET LAFITA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARMALE CASADO MARIA JOSE
FRAILE MUÑOZ ALBA
MARTES PEREZ CARMEN
GASPAR CALVO ELENA
MORENO FRAILE RAQUEL
BLASCO GASCA OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante mayo del 2019 se presentó el proyecto en el Centro de Salud al resto de profesionales. Se plasmaron los objetivos y actividades que se iban a llevar a cabo. De esta manera, se integró parte del equipo en el proyecto y se dio a conocer la iniciativa para difundirla en la consulta a los pacientes. En los meses de junio a agosto se organizó el trabajo en equipo y se prepararon los talleres. Se formó al personal y, se preparó el material necesario para llevar a cabo los talleres sobre alimentación saludable, ejercicio físico, adherencia al tratamiento y deshabituación tabáquica. Para la dinámica de estos talleres se prepararon diferentes power point (uno por cada taller) y se prepararon otros recursos como ordenador y proyector, alimentos naturales y artificiales y un espacio amplio (sala multiusos del Centro de Salud). La duración de cada taller estaba planeada para que durase una hora con un número de participantes por taller entre 12-15 personas. En septiembre, se comenzó a intentar captar a los pacientes para poder llevar a cabo los talleres. Todavía se está esperando una lista del hospital provincial y Miguel Servet con las personas que finalizaron la fase II de rehabilitación cardiaca (RHC). En octubre, con el objetivo de mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, asistimos a unas jornadas de la Sociedad Aragonesa de Enfermería Cardiológica para mejorar la captación de los pacientes que habían finalizado la fase II de RHC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todavía estamos pendientes de recibir la lista de pacientes que han finalizado dicha fase. Aprovechando la formación impartida a los profesionales del Centro de Salud, desde las consultas, se ha intentado realizar un seguimiento individualizado de cada persona integrante de esta fase y realizar la educación para la salud pertinente. Si se consigue un número suficiente de participantes se empezaría a realizar los talleres debido a que los profesionales ya cuentan con la formación y se dispone de los recursos necesarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La falta de una buena comunicación entre los distintos niveles asistenciales junto con la falta de coordinación ha dificultado la captación de los pacientes la cual no ha podido ser llevada a cabo como se hubiese querido. Por ello, no se han podido realizar los talleres propuestos. Consideramos necesario potenciar la visibilidad de la enfermería para aquellos pacientes que terminan la fase II de RHC y concienciar al resto de profesionales de la importancia del papel de enfermería en el seguimiento de estos pacientes. No solo es necesario que acudan a consulta de medicina de atención primaria sino también a su enfermera para llevar a cabo un seguimiento exhaustivo y proporcionarle la educación sanitaria e intervenciones necesarias. Así, mejoraría la captación de este grupo de pacientes y se podría llevar también a cabo la educación grupal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/287 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE REHABILITACION CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD

Nº de registro: 0287

Título
IMPLANTACION DE LA FASE III DE REHABILITACION CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD

Autores:
PELET LAFITA EVA MARIA, ARMALE CASADO MARIA JOSE, FRAILE MUÑOZ ALBA, MARTES PEREZ CARMEN, GASPAR CALVO ELENA, BLASCO GASCA OLGGA, MORENO FRAILE RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La alta prevalencia y coste económico de los Enfermedades Cardiovasculares (ECV) hacen necesario ampliar el enfoque de su tratamiento con la prevención y promoción de la salud a la vez que se controlan los factores de riesgo ligados a estas patologías. Una actuación importante en el campo de la prevención secundaria de las ECV son los Programas de Rehabilitación Cardiaca (PRC). Son numerosos los estudios que evidencian una mejoría en la calidad de vida así como disminución de la mortalidad tras los programas de rehabilitación cardiaca. Sin embargo, pese a los resultados y al efecto positivo coste-efectividad el desarrollo de estos programas es insuficiente en el mundo. En la actualidad, la fase I y II de los PRC se encuentran en activo en nuestro sector. Sin embargo, la fase III, que consiste en mantener los hábitos de vida saludables adquiridos en las fases previas del programa y la cual se debería abordar desde atención primaria, no se encuentra implantada en este momento.

RESULTADOS ESPERADOS
Generales
Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular.
Reducir la mortalidad global y de causa cardiovascular en cardiopatía isquémica y en insuficiencia cardíaca, así como los reingresos.

Específicos
Mantener la capacidad funcional adquirida en la Fase II.
Disminuir los signos y síntomas de la enfermedad de base, tanto en reposo como en el esfuerzo, mejorando así la calidad de vida.
Promover un estilo de vida activo y saludable, mejorando la reinserción socio-laboral.
Mejorar la función cardiovascular, la capacidad física de trabajo, fuerza y flexibilidad.
Apoyo psicológico del paciente y sus familiares para entender y saber llevar la enfermedad cardiovascular con conciencia y corrección del estilo de vida.
Educar a los pacientes para el control de factores de riesgo coronario, alimentación saludable e incorporación de la actividad física.

MÉTODO
La población diana a la que va dirigido el programa son pacientes con ECV que hayan realizado la Fase II del PRC y pertenezcan al centro de salud.
Las actividades que se van a ofertar son 4 talleres grupales sobre los siguientes temas:
Alimentación saludable: promoción de la dieta mediterránea, conocimiento del etiquetado nutricional y elaboración de la cesta de la compra.
Ejercicio físico: habituación al ejercicio físico, correcto desarrollo de la actividad y conocimiento de los limitantes físicos.
Adherencia al tratamiento: aprendizaje de su enfermedad y del tratamiento con la finalidad de que adquieran conocimientos para involucrarse de forma activa en su tratamiento.
Deshabitación tabáquica: reforzar la conducta de abandono del hábito tabáquico y prevenir recaídas en el consumo.
Con el fin de garantizar la continuidad en la atención de estos pacientes en consultas de AP, se realizará una sesión formativa al EAP para orientar su actividad en el seguimiento de los pacientes que hayan realizado la Fase II de RHC.

Los talleres tendrán una duración entorno a 1 hora y media y con un número máximo de 15 participantes por taller. Se irán repitiendo ciclos de talleres, según se vayan captando pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE REHABILITACION CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD

INDICADORES

Nº pacientes interesados en realizar los talleres/Nº pacientes que han pasado por la Fase II de RHC
Nº pacientes acuden al taller de alimentación en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes acuden al taller de ejercicio físico en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes acuden al taller de adherencia al tratamiento en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes acuden al taller de deshabituación tabáquica en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes que valoran con una puntuación de 8 o más su satisfacción con el programa de fase III/ Pacientes que participan en la encuesta de satisfacción.
Estándar 80%

DURACIÓN

Mayo de 2019: presentación del proyecto en equipo
Junio, julio y agosto de 2019: Organización del equipo de trabajo y preparación de los talleres
Septiembre de 2019: captación de los pacientes
Octubre, noviembre, diciembre y enero de 2019: realización de los talleres
Febrero de 2020: evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1260

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE AFRICA GARCIA ROY
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORIOI TORON PILAR ANGELES
CILLERUELO ENCISO SILVIA
PEREZ CABALLERO BONA MARIA CARMEN
GARCIA MUÑO RUBEN
URDIN MUÑOZ BLANCA
SAIZ PEREZ BEGOÑA
FERNANDEZ BADIA IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dadas las características de la población adscrita a nuestro Centro de Salud (CS), es previsible que la prevalencia de EPOC entre los pacientes que atendemos cada día en nuestras consultas sea elevada. Por otro lado, y en la línea de lo que ocurre a nivel nacional, en el resto del Sector II y en nuestra Comunidad Autónoma (CC.AA), los Indicadores de Acuerdos de Gestión del Cuadro de Mandos Crónicos de OMI-AP reflejan un elevado grado de infradiagnóstico y una precaria calidad en el seguimiento de la enfermedad estable.

Conscientes del importante papel de la Atención Primaria (AP) en el diagnóstico y seguimiento de esta patología, generadora de tanta morbimortalidad, ideamos en 2019 este proyecto de mejora de calidad, a realizar en dos años. Los objetivos contemplados en el mismo fueron:

• Objetivo principal

Mejora del manejo del paciente EPOC estable en el CS Las Fuentes Norte.

• Objetivos secundarios:

1. Disminuir el infradiagnóstico de la EPOC.
2. Mejorar el primer escalón terapéutico del EPOC:
 - Fomentar la deshabituación tabáquica y facilitar intervención intensiva en consulta antitabaco específica monográfica.
 - Fomentar la vacunación adecuada según recomendación actual vigente.
 - Facilitación de la educación sanitaria desde consulta de enfermería respecto a los aspectos más relevantes (nutrición, actividad física, adherencia terapéutica y técnica correcta de inhaladores).
3. Conocer la situación actual de manejo del EPOC en nuestro CS para establecer las líneas de intervención.
4. Favorecer la asociación de pacientes EPOC y seleccionar un grupo representativo que facilite su intervención en el proceso educativo.
Para ello planteamos durante el 2019:
 - a) Difusión del proyecto.
 - b) Actividades Formativas: Concienciación y capacitación del Equipo de Atención Primaria (EAP), mediante sesiones clínicas sobre:
 - Intervención antitabáquica.
 - Difusión de las recomendaciones de evaluación y tratamiento de las guías de referencia GOLD y GesEPOC.
 - Manejo de herramientas facilitadas en OMI-AP.
 - Otros: Talleres de espirometría, manejo de inhaladores, etc.
 - c) Establecimiento y difusión del circuito de citación en agenda específica de consulta antitabaco.
 - d) Elaboración de material:
 - Metodología 1-7-15-30-90, de intervención intensiva antitabaco.
 - Material de soporte informático para seguimiento por enfermería con Educación Sanitaria sobre nutrición, actividad física, Técnicas de inhalación etc.
 - Protocolo de manejo del paciente EPOC estable.
 - e) Estudio de la situación de manejo del paciente EPOC en nuestro CS: Estudio observacional retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoría de la historia clínica sobre el total de pacientes con EPOC seguidos en nuestras consultas, y suplementación con encuesta estructurada.
 - f) Creación de grupo de pacientes EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Contemplando los criterios de evaluación establecidos en el proyecto de calidad, durante el 2019.

I. Respecto a la evaluación del proceso:

- Se completaron las sesiones previstas de formación del EAP y con el mínimo de asistencia exigido del 70%.

Las Sesiones clínicas realizadas fueron

1. Herramienta OMI-AP.
2. Guías clínicas.
3. Interpretación espirometría.
4. Manejo EPOC. Paso a paso en OMI-AP.
5. Unidades antitabaco especializadas. Circuito consulta antitabaco.
- No se ha conseguido el diseño del "Algoritmo de seguimiento del paciente EPOC estable del CS Las Fuentes Norte", por necesidad de consenso con neumología, pendientes de la estrategia EPOC de Aragón.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1260

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

- Se ha elaborado el siguiente material de apoyo:
- Herramientas de intervención clínica antitabaco.
- Historia clínica específica consulta antitabaco: "Metodología 1-7-15-30-90 del CS Las Fuentes Norte"
- Material de soporte:
 - Anexo 1: Motivos para dejar de fumar.
 - Anexo 2: Encontramos nuestros motivos.
 - Anexo 3: Problema a los que se enfrenta al dejar de fumar.
 - Anexo 4: Síndrome de abstinencia.
 - Anexo 5: Situaciones de riesgo.
 - Anexo 6: Conocer nuestra conducta como fumador.
 - Anexo 7: Alternativas para reducir el consumo.
 - Anexo 8: Prepárese a dejarlo.
 - Anexo 9: Los primeros días sin fumar.
 - Anexo 10: Reglas para mantenernos sin fumar.
 - Anexo 11: Y si vuelvo a fumar.
 - Anexo 12: Consentimiento informado para TSN en gestantes fumadoras.
- Soporte de información por escrito para la Educación Sanitaria del paciente EPOC, ya incluida en plantillas de OMI-AP:
 - Tríptico de información general sobre la EPOC.
 - Recomendaciones sobre alimentación.
 - Terapia Inhalada.
 - a) Algoritmo de elección del dispositivo de inhalación.
 - b) Tabla de dispositivos inhalados según principio activo.
 - c) Tipos de inhaladores: Descripción de manejo de los 20 dispositivos comercializados en la actualidad para facilitar la educación sanitaria y garantizar una correcta terapia inhalada.

3.1. CP: INHALADORES CARTUCHO PRESURIZADO

3.1.1. CONVENCIONALES

a) ICP CLÁSICO

3.1.2. NO CONVENCIONALES

a) ICP EXTRAFINO: MODULITE

b) ICP EXTRAFINO: ALVESCO

c) SAA: SISTEMA ACTIVADO POR ASPIRACIÓN: AUTOHALER

d) BAI: SISTEMA ACTIVADO PORASPIRACIÓN: K-HALER

e) RESPIMAT

f) SISTEMA JET

3.2. IPS: INHALADORES POLVO SECO

3.2.1. MONODOSIS

a) BREEZHALER

b) AEROLIZER

c) INGELHEIM

d) HANDIHALER

e) ZONDA

3.2.2. MULTIDOSIS

a) TURBUHALER

b) TWISTHALER

c) ACCUHALER

d) EASYHALER

e) NOVOLIZER

f) SPIROMAX

g) NEXTHALER

h) ELLIPTA

d) Recomendaciones sobre el ejercicio: En la actualidad el material de soporte para el ejercicio está en proceso.

- El estudio observacional por auditoría de historia clínica y la encuesta poblacional con firma de consentimiento informado, realizada durante la campaña de vacunación de la gripe (noviembre 2019), están en curso pendientes de estudio estadístico.

II. Respecto a la intervención clínica: Se ha conseguido

- Detección de errores en sistema de soporte OMI-AP respecto a:
 - Periodicidad de seguimiento de limpieza de vías aéreas: Constaba cada 3 años, de modo que no saltaba la alerta de nueva realización. Se corrige a trimestral.
 - Episodios de clasificación de EPOC: Se mantienen clasificaciones en desuso (no reagudizador tipo enfisematoso y no reagudizador tipo bronquítico crónico) y faltan clasificaciones recientes según GesEPOC 2017 (EPOC de bajo y alto riesgo). Se alerta para su modificación en revisiones futuras.
 - Recomendación de Guías de práctica clínica: En el informe asociado al PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMUN de "Información EPOC" aparecen las recomendaciones de la GesEPOC 2012. Del mismo modo se alerta para su modificación en revisiones futuras.
- Promoción de vacunación en población EPOC, coincidiendo con campaña de vacunación antigripal, mediante la publicidad con tríptico desde las consultas de enfermería y medicina y por propuesta a Salud Pública de suministro de vacuna antineumocócica polisacárida 23valente (VNP23) para administración simultánea, sin éxito.
- En lo referente al Tabaquismo, hasta concluir el estudio observacional sobre nuestra población, carecemos de un indicador específico para la población EPOC. No obstante, los datos de población general son:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1260

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

- o Detección de habito en 2018 de 43.38 % y en 2019 de 49.73% (Sector Zaragoza II 37.79. Aragón 41.08).
 - o Intervención sobre tabaquismo en 2018 de 60.19% y en 2019 de 62% (Sector Zaragoza II 56.98. Aragón 64.12).
 - Sobre los Indicadores de Acuerdos de Gestión:
 - o I1: Prevalencia de EPOC: Situación de partida del equipo 3.01%, estándar 5%. Durante 2019 el equipo 3.38 (Sector Zaragoza II 2.28. Aragón 2.66)
 - o I2: EPOC síntomas: Situación de partida 14.29%, estándar 20%. Durante 2019 el equipo 26.14 (Sector Zaragoza II 13.42. Aragón 21.92).
 - o I3: EPOC Vías Aéreas: Situación de partida 2.8 %, estándar 20%. Durante 2019 el equipo 17.01 (Sector Zaragoza II 8.52. Aragón 20.81).
- Resultados obtenidos del cuadro de mandos el 27/12/19.

III. Respecto a la intervención comunitaria: En 2019 no se ha llevado a cabo intervención comunitaria, quedando por realizar la Creación de grupo de pacientes EPOC y la selección de temas de interés mediante encuesta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades realizadas en este proyecto durante el 2019 han sido fundamentalmente de índole informativa y formativa. Estas se han demostrado suficientes para mejorar los indicadores de intervención clínica incluidos en cuadro de mandos (I1, I2, I3) superando incluso los estándares marcados en lo que se refiere a evaluación de síntomas (I2). Si bien es cierto que existe un sesgo en la mejora del indicador de limpieza de vías aéreas (I3), por resolver el error del soporte OMI-AP sobre la periodicidad, la mejora del mismo en nuestro centro de salud duplica al resto del sector II que también se ha visto beneficiado.

Insistir en la importancia de mantener vigente nuestro soporte informático, conscientes del esfuerzo que ello supone, por ser imprescindible para orientar y facilitar una práctica clínica de calidad. En esta línea queda pendiente reevaluar la mejora en la educación sanitaria desde consulta de enfermería respecto a los aspectos más relevantes (nutrición, actividad física, adherencia terapéutica y técnica correcta de inhaladores) tras la inclusión de información por escrito en OMI-AP en septiembre de 2019.

Es fundamental continuar mejorando en el primer escalón terapéutico en lo que a deshabituación tabáquica y vacunación se refiere. Y para ello es imprescindible el apoyo institucional.

La reciente financiación de bupropion o vareniclina para el tratamiento farmacológico de la deshabituación tabáquica supone un importante compromiso que habrá que articular en nuestro sistema de trabajo y se está elaborando para ello un Protocolo de intervención antitabáquica del Sector II que aúne y rentabilice todos los medios disponibles.

Del mismo modo reconocer este compromiso y apoyo en el tema vacunal con la ampliación de vacunación de la gripe a fumadores. Respecto a la vacunación antineumocócica, pese a que desde las sociedades científicas se recomienda en la población EPOC la vacunación antineumocócica sistemática, preferiblemente con la vacuna conjugada 13valente (VNC13) y en el caso de administrar la vacuna polisacárida, la revacunación a partir de los 8 años de la primera administración, la recomendación desde atención especializada es escasa y el circuito actual de dispensación en farmacia hospitalaria dificulta su realización sistemática. Sería conveniente utilizar la campaña de vacunación antigripal para llevar esta vacunación a cabo con la consiguiente previsión de dosis según, al menos, población adscrita a certera de servicios.

Para finalizar recalcar que, pese a nuestra satisfacción con los resultados conseguidos, durante el 2019 solo hemos pretendido establecer las bases de mejora y conocer la situación de partida mediante el estudio observacional y la encuesta actualmente en curso, quedando pendiente para 2020 la consecución final de objetivos con la puesta en marcha de las herramientas elaboradas orientadas según la información obtenida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1260 ===== ***

Nº de registro: 1260

Título
SITUACION DE MANEJO DEL PACIENTE EPOC ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

Autores:
GARCIA ROY AFRICA, ORIOL TORON PILAR ANGELES, CILLERUELO ENCISO SILVIA, PEREZ CABALLERO MARIA CARMEN, URDIN MUÑOZ BLANCA, GARCIA MUÑO RUBEN, SAIZ PEREZ BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1260

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representa una de las causas más importantes de morbilidad en los países occidentales, y su prevalencia sigue aumentando (11%), así como se mantiene un alto grado de infradiagnóstico (80%).

Atención Primaria (AP), como primer nivel asistencial, tiene una importante responsabilidad en la disminución del infradiagnóstico y en la adecuación de manejo de este paciente crónico pluripatológico.

Por las características de la población adscrita a nuestro Centro de salud (CS,) el número de pacientes EPOC atendidos en nuestras consultas es elevado. Pero en la línea de lo que ocurre en el resto del sector II y nuestra CC. AA, persiste un infradiagnóstico de la enfermedad, al que se añade una precariedad en el seguimiento, reflejada en los Indicadores de Acuerdos de Gestión del Cuadro de Mandos Crónicos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Objetivo principal
- Mejora del manejo del paciente EPOC estable en el CS Las Fuentes Norte.
- Objetivos secundarios:
 1. Disminuir el infradiagnóstico de la EPOC.
 2. Mejorar el primer escalón terapéutico del EPOC:
 - o Fomentar la deshabitación tabáquica y facilitar intervención intensiva en consulta antitabaco específica monográfica.
 - o Fomentar la vacunación adecuada según recomendación actual vigente.
 - o Facilitación de la educación sanitaria desde consulta de enfermería respecto a los aspectos más relevantes (nutrición, actividad física, adherencia terapéutica y técnica correcta de inhaladores).
 3. Conocer la situación actual de manejo del EPOC en nuestro CS para establecer las líneas de intervención.
 4. Favorecer la asociación de pacientes EPOC y seleccionar un grupo representativo que facilite su intervención en el proceso educativo.

MÉTODO

Durante el 2019 procederemos a:

- a) Difusión del proyecto.
- b) Actividades Formativas:
Concienciación y capacitación del Equipo de Atención Primaria (EAP), mediante sesiones clínicas sobre:
 - Intervención antitabáquica.
 - Difusión de las recomendaciones de evaluación y tratamiento de las guías de referencia GOLD y GesEPOC.
 - Manejo de herramientas facilitadas en OMI-AP.
 - Otros: Talleres de espirometría, manejo de inhaladores, etc.
- c) Establecimiento y difusión del circuito de citación en agenda específica de consulta antitabaco.
- d) Elaboración de material:
 - Metodología 1-7-15-30-90, de intervención intensiva antitabaco.
 - Protocolo de manejo del paciente EPOC estable.
 - Material de soporte informático para seguimiento por enfermería con Educación Sanitaria sobre nutrición, actividad física, Técnicas de inhalación etc.
- e) Estudio de la situación de manejo del paciente EPOC en nuestro CS:
Estudio observacional retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoria de la historia clínica sobre el total de pacientes con EPOC seguidos en nuestras consultas y suplementación con encuesta estructurada.
- f) Creación de grupo de pacientes EPOC.

Durante el 2020 se pondrán en marcha las herramientas elaboradas en el 2019, reevaluándose la situación de manejo mediante los indicadores propuestos.

INDICADORES

- Para la evaluación del proceso consideraremos:
 - o Durante el 2019:
 - Completar las sesiones de formación del EAP con un mínimo de asistencia de 70%.
 - Diseño de algoritmo de seguimiento del paciente EPOC estable del CS Las Fuentes Norte.
 - Elaboración de las herramientas de intervención clínica antitabaco y Educación Sanitaria
 - Estudio observacional.
 - o Durante el 2020:
 - Trasmisión de resultados y definición de objetivos.
 - Difusión periódica de mensajes de seguimiento.
 - Formación de los profesionales.
 - Formación grupal de pacientes: Talleres de inhaladores trimestrales.
 - Estudio observacional.
- Respecto a la intervención clínica:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1260

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) ESTABLE EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

- o Durante el 2019
- Indicadores de Acuerdos de Gestión:
 - I1: Prevalencia de EPOC: Situación de partida 3%, estándar 5%.
 - I2: EPOC síntomas: Situación de partida 10%, estándar 20%.
 - I3: EPOC Vías Aéreas: Situación de partida 0%, estándar 20%
- o Durante el 2020, reevaluación de indicadores tras implementación de actividades y herramientas propuestas.
- Indicadores de Acuerdos de Gestión: estándares I1:7%, I2 y I3: 50%
- Otros Indicadores: Cuyos estándares se establecerán en función de los resultados obtenidos en el estudio observacional.
 - I4: Porcentaje de evaluación de riesgos bajo o alto.
 - I5: Porcentaje de pacientes EPOC con fenotipo establecido.
 - I6: Porcentaje de pacientes EPOC fumadores (Prevalencia de tabaquismo en EPOC).
 - I7: Grado de intervención antitabaco, tanto breve como intensiva en consulta antitabaco.
 - I8: Grado de valoración de adherencia al tratamiento por TAI.
- Para la evaluación de la intervención comunitaria:
 - o En 2019: Creación de grupo de pacientes EPOC y selección de temas de interés mediante encuesta.
 - o En el 2020
 - Reuniones periódicas con los representantes del grupo.
 - Intervención grupal con sesiones sobre los temas de interés seleccionados.
 - Previsión de reuniones en la fundación El Tranvía para compartir experiencias y resolver dudas.

DURACIÓN

Proyecto planteado para realización en dos años. La primera fase, de mayo a diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1338

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANTONIA SANCHEZ CALAVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ ZUECO MARIA FE
ALFONSO FALCON MARIA LOURDES
LORENTE ORTILLES TERESA
ARTO SERRANO MARIA ASUNCION
MARTINEZ MANERO ADRIANA
BERNAD HERNANDO SONIA
ROYO SERRANO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas. El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de macrólidos (axitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, midecamicina y roxitricina), evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP LAS FUENTES NORTE, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

Abordaje de infecciones respiratorias: 21/3/2019

Abordaje infecciones urinarias en población adulta: 12/6/2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información de en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.

En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1338

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.
En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.
- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con un macrólido en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito un macrólido junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.
- La selección de casos clínicos ha sido posible gracias al envío por correo electrónico en Junio de 2019, y desde el Servicio de Farmacia de AP, de los listados por CIAS de pacientes tratados en el último año con macrólidos así como el diagnóstico asociado a estos, de tal modo que cada profesional revisó dicho listado y seleccionó alguno de los pacientes incluidos en el mismo para reevaluar la necesidad de utilizar dicho antibiótico de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.
Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de macrólidos.
El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria.
En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:
Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 11,5 % lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre:).
En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de macrólidos.
En diciembre 2018 el valor era 20,6% % envases macrólidos/total envases antibióticos, siendo en diciembre 2019 de 17,70% envases macrólidos/total envases antibióticos:

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados
Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:
El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de macrólidos de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron del 79,27%.

En el año 2019 el % uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias ha sido del 76,54% .

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.
Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1338

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE

de estos a los grupos de antibióticos prioritizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas. Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias. Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones. Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1338 ===== ***

Nº de registro: 1338

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE

Autores:
SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA, HERNADEZ ZUECO MARIFE, ALFONSO FALCON MARIA LOURDES, LORENTE ORTILLES MARIA TERESA, ARTO SERRANO MARIA ASUNCION, MARTINEZ MANERO ADRIANA, BERNAD HERNANDO SONIA, ROYO SERRANO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor. Aunque los factores identificados como causantes del problema son diversos, el uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales. La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB y su adecuación: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Sin embargo existen algunas actuaciones o recomendaciones válidas para la práctica clínica diaria que han probado su eficacia en la reducción del consumo de antibióticos, como la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc. A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea. Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP LAS FUENTES NORTE se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente macrólidos a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias de vías altas y bajas, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 20,4 % de envases prescritos de antibióticos (Sector Zaragoza: 20,8%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1338

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP LAS FUENTES NORTE

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas
- 2-Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- 3- Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio.

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo TRASPROA
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con macrólidos para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico

Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100

Valor 2018: 20,4 %

Objetivo 2019: <18 %

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

% de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias

Valor 2018: 79,27 %

Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.

-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo

-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de macrólidos durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0972

1. TÍTULO

CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE OLGA BLASCO GASCA
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD HONTORIA ANGEL
ARMALE CASADO MARIA JOSE
MARTES LOPEZ CARMEN
FORES CATALA MARIA DESAMPARADOS
BAILLO VINUES LORENA
SASTRE MOHAMED SARA
MARTINEZ MANERO ADRIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Enero y Febrero de 2019:
Formación del equipo y elaboración del proyecto.

Marzo de 2019:
Presentación del proyecto al equipo.

Abril de 2019
Preparación del taller de espalda sana.
Elaboración de material didáctico en relación a hábitos de higiene postural y programa de actividad física para la realización de talleres teórico-prácticos dirigidos a los profesionales del CS Las Fuentes Norte con el objetivo de que adquirieran conocimientos y habilidades de espalda sana para la educación de sus pacientes a partir de su propia experiencia de aprendizaje.
Elaboración de cuestionarios de evaluación de los conocimientos (pretest-postest).
Elaboración de decálogo de recomendaciones para espalda sana como apoyo para la práctica clínica diaria para la educación de los pacientes.

Mayo, Junio y Julio de 2019:
Realización de talleres teórico-prácticos dirigidos a grupos reducidos de los profesionales del C.S. Las Fuentes Norte.
Al inicio de los talleres, se entregaron encuestas para detectar posibles carencias de los profesionales en cuanto a materia de autocuidados en espalda sana, así como el cuestionario sobre conocimientos en relación a la higiene postural.
Al finalizar los talleres, se entregó encuesta de satisfacción y decálogo de recomendaciones para espalda sana.

Septiembre 2019:
Divulgación del decálogo y de los conocimientos y habilidades adquiridas por los profesionales.

Octubre y Noviembre de 2019:
Cuestionario post intervención a los profesionales para poder obtener resultados sobre los conocimientos y habilidades adquiridos en autocuidado y espalda sana de los profesionales participantes en los talleres teórico-prácticos. En dicha encuesta se incluyó una pregunta adicional sobre la incorporación de los cuidados de espalda sana en la practica asistencial de los pacientes.

Diciembre de 2019 y Enero 2020:
Difusión de resultados y conclusiones del proyecto al equipo del C.S. Las Fuentes Norte
Difusión de resultados al Consejo de Salud en la próxima reunión.
Se utilizará el blog del Centro de Salud para la difusión del proyecto a la Comunidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores establecidos para la evaluación del proyecto son los siguientes:

1. % de profesionales del equipo de C. S. Las Fuentes Norte que acuden a los talleres teórico-prácticos de espalda sana. Estándar 60%
El porcentaje obtenido según la asistencia a los talleres de los profesionales es 78.95%.

2. % Encuesta de satisfacción según la Valoración de la Escala tipo Lickert.(0-10) Estándar 70% El resultado obtenido de la evaluación global es 9.27 puntos, lo que supone 100%.

3. Mejora de conocimientos evaluando la encuesta previa y posterior a la realización de los talleres teórico-prácticos de espalda sana.
Según las encuestas realizadas se objetiva mejora de conocimientos más significativa en los siguientes ítems:
INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA: El 3.33% de los profesionales encuestados habían precisado la baja laboral por algias vertebrales. En cambio tras la realización de los talleres no se ha objetivado ninguna incapacidad laboral.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0972

1. TÍTULO

CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS

ACTIVIDAD FÍSICA. Se mantiene la práctica de actividad física de forma regular, pero mejora la realización de estiramientos en relación a esa práctica, pasando de 63% a 75%.
ESCUELA DE ESPALDA SANA: se ha observado aumento significativo del porcentaje de encuestados en cuanto a la realización de actividades de Escuela de Espalda y puesta en práctica de los conocimientos adquiridos.
HIGIENE POSTURAL: se objetiva mejoría global destacando las hábitos de higiene postural en las actividades de la vida diaria.

4. Según la evaluación de habilidades de los profesionales mediante rejilla de observación:
Nadie se negó a participar en las actividades del programa.
Supervisión y corrección de los ejercicios realizados siendo aceptado por los profesionales participantes.
Participación activa mediante la realización de preguntas y sugerencias.

5. Valoración de la recomendación posterior del autocuidado de espalda.
Los profesionales han transmitido a sus pacientes los conocimientos adquiridos durante los talleres. 70%

6. Nº actividades de difusión realizadas (EAP, Consejo y Comunidad).
Sesión para el equipo de atención de primaria para comunicar el resultado del proyecto para posteriormente incorporarlo al blog del centro
Se informó al Consejo de Salud del proyecto de calidad y queda pendiente nueva fecha de reunión por parte del mismo.
Utilización del Centro de Salud para difusión del proyecto mediante el blog, folletos y póster.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha tenido gran participación y valoración muy positiva por parte de los profesionales. Los talleres teórico-prácticos han sido muy útiles para la adquisición de conocimientos y habilidades de los profesionales en el manejo de espalda sana.

Se ha observado en las encuestas que al incorporar hábitos de autocuidado de espalda ha aumentado la sensación de bienestar, ha disminuido la patología y en consecuencia la necesidad de incapacidad laboral transitoria.

En la práctica asistencial se ha fomentado el autocuidado de espalda del paciente para evitar futura patología derivada de malos hábitos como son el sedentarismo, ausencia de higiene postural y el tiempo de pantalla.

7. OBSERVACIONES.
Consideramos muy necesaria la prevención en nuestra actividad asistencial dada la gran frecuencia de patología musculoesquelética que atenderemos en nuestras consultas de Atención Primaria y de Fisioterapia.

Sería recomendable talleres teórico-prácticos periódicos dirigidos a los profesionales así como a los pacientes que pudieran beneficiarse de dichos talleres.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/972 ===== ***

Nº de registro: 0972

Título
CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS

Autores:
BLASCO GASCA OLGA, ABAD HONTORIA ANGEL, ARMALE CASADO MARIA JOSE, MARTES LOPEZ CARMEN, FORES CATALA MARIA DESAMPARADOS, BAILO VINUES LORENA, SASTRE MOHAMED SARA, MARTINEZ MANERO ADRIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0972

1. TÍTULO

CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS

Cada vez hay más estudios que demuestran la importancia de realizar actividad física y de reducir el sedentarismo para la mejora de la salud, prevención de enfermedades crónicas y mejora la calidad de vida y la esperanza de vida, es decir vivir más y mejor.

El elevado coste económico que supone para el sistema de salud y la incidencia de las patologías neuromusculoesqueléticas pone de manifiesto la necesidad de crear un programa de prevención de lesiones basada en el ejercicio terapéutico implementado por profesionales sanitarios desde Atención Primaria

El Plan de acción mundial de la OMS sobre actividad física 2018-2030 (GAPPA) establece 4 objetivos estratégicos alcanzables a través de 20 medidas normativas, actualmente aplicable a todos los países, reconociendo que cada país se encuentra en un punto de partida diferente en sus esfuerzos de reducir los niveles de inactividad física y comportamiento sedentario:

- 1: crear sociedades más activas
- 2: crear entornos activos
- 3: crear personas activas
- 4: crear sistemas activos

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Ministerio de Educación, Cultura y deporte han confeccionado una Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS presentando las Recomendaciones Nacionales de actividad física para la salud, reducción del sedentarismo y del tiempo de pantalla para toda la población, normas adaptadas de las utilizadas por la OMS.

Estas recomendaciones se dirigen a toda la población y a profesionales del sector sanitario, deportivo y educativo fundamentalmente, que a su vez podrán reforzar la difusión y reconocimiento de dichas recomendaciones. Las recomendaciones se ajustaran individualmente y para ello el MSSSI indica que será el centro de salud el lugar donde se le adaptarán las recomendaciones y se derivará al recurso que proceda.

Para implementar esta línea de trabajo desde Atención Primaria, los profesionales tienen que formarse en la materia y deben experimentar en ellos mismos el bienestar que da el mantenerse activo (agilidad física, bienestar mental, reducción de estrés y del riesgo de desarrollo de enfermedades cardiovasculares, mejora del sueño y de la función cognitiva, fomento de sociabilidad). Esta necesidad de formarse fue detectada tras la evaluación de la Escuela de Espalda realizada el año pasado, en la que los profesionales sanitarios manifestaron ciertas carencias respecto al conocimiento y manejo de estas dolencias, así como la necesidad de reforzar los conocimientos teóricos adquiridos mediante sesiones prácticas, que fomenten el autocuidado y permitan mejorar el abordaje en la población.

Con este proyecto se pretende que los profesionales del CS Las Fuentes Norte adquieran los conocimientos y habilidades en el manejo de cuidados higiénico posturales para sus pacientes a partir de su propia experiencia de aprendizaje.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar los conocimientos de los profesionales en relación a los cuidados de espalda sana
2. Dotar a profesionales de recursos para el cuidado de la espalda
3. Aumentar las habilidades de los profesionales en relación al cuidado de la espalda
4. Asesoramiento al profesional sanitario para posterior educación al usuario
5. Incorporar la educación en espalda sana en la práctica clínica diaria

MÉTODO

Encuesta previa y posterior al programa de la actividad física y hábitos de higiene postural de los profesionales

Test de conocimientos de los profesionales sobre los cuidados de espalda sana

Sesión formativa teórica

Elaboración de material didáctico y recursos de educación a pacientes

Taller práctico formativo

Elaboración de un decálogo de recomendaciones para la espalda sana

Incorporación de los cuidados de espalda sana en la practica asistencial

Difusión del proyecto en el Equipo de A. Primaria, Consejo de Salud y Comunidad

Incorporar la recomendación de activos

INDICADORES

Encuesta de satisfacción. Valoración Escala tipo Lickert :Estándar 70% valoración 4 o 5

Nº de profesionales acuden a las sesiones. Estándar 60%

Mejora de conocimientos : Encuesta pre y post test

Evaluación de habilidades de los profesionales mediante rejilla de observación.

Nº actividades de difusión realizadas(EAP, Consejo y Comunidad)

Valoración de la recomendación posterior de los cuidados

DURACIÓN

Febrero a Diciembre de 2019

Enero-Febrero 2019: formación del equipo, elaboración del proyecto. Todos

Marzo 2019:información al equipo. (Blasco)

Abril 2019: elaboración de cuestionarios y material didáctico. (Martes, Forés y Armalé)

Mayo- Junio- Julio 2019: encuestas (Sastre), sesiones y talleres (Blasco y Abad)

Septiembre 2019: divulgación del decálogo y experiencias. (Bailo y Martinez)

Octubre 2019: realización de encuesta posterior y encuesta de satisfacción. (Sastre)

Noviembre 2019: evaluación de los datos obtenidos. (Todos)

Diciembre 2019: presentar datos finales al equipo. (Abad)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0972

1. TÍTULO

CUIDAMOS NUESTRA ESPALDA Y CUIDAMOS LA DE LOS DEMAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0799

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA EN SALUD BUCODENTAL DE LA 3ª EDAD

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA GARCIA DE CASTRO
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RELLO PEDRO DE ALCANTARA MARTA
BAILLO VINUES LORENA
SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA
HERNANDEZ ZUECO MARIA FE
MARTINEZ MANERO ADRIANA
HERNANDEZ SERRANO MIGUEL
SARSA GOMEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de Enero y Febrero de 2019 se constituyó el equipo, se elaboró el diseño del proyecto y se dieron instrucciones al equipo.

En la primera semana de Marzo de 2019, se elaboró un cuestionario con preguntas sencillas para determinar el grado de conocimiento del paciente y valorar el interés y la importancia de la salud bucodental .

Desde la segunda quincena de Marzo hasta final de Septiembre:

- Este cuestionario fue entregado a los pacientes que cumplían los requisitos en las consultas de medicina y de odontología.

- En la Unidad de Salud Bucodental se realizó la exploración de la cavidad oral a aquellos pacientes mayores de 75 años que eran remitidos por las consultas de medicina de familia y a los que acudían a la consulta de odontología. De ésta manera poder determinar los principales problemas bucodentales en esta población.

- En base a la información obtenida con el cuestionario y en la exploración, se elaboró un programa de salud bucodental realizándose una intervención educativa mediante sesiones formativas para ayudar a los pacientes a mejorar su salud bucodental: higiene, cambios orales con la edad, prótesis dentarias, Se facilitó la participación activa de los asistentes para que pudieran exponer sus inquietudes.

Las sesiones formativas se realizaron los días 15 de mayo, 16 de Junio y 2 de Octubre de 2019, con una duración de 70-90 minutos cada una. Al término de cada sesión, se proporcionó a los asistentes un cuestionario de satisfacción anónimo .

De Octubre a Diciembre de 2019 se realizó la recopilación y análisis de los datos obtenidos para determinar los indicadores/resultados del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La fuente de datos eran los pacientes mayores de 75 años que acudían a las consultas de medicina de familia y de odontología. Se descartaron los pacientes con deterioro cognitivo y movilidad reducida.

Los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados, y el estándar (valor a alcanzar y/o los límites superior e inferior de calidad) establecidos fueron:

1.- % de pacientes atendidos en la unidad de salud bucodental que han participado en el programa educativo.

Estándar 70 %.

- En relación a éste estándar, el número total de pacientes a los que se les realizó la exploración bucodental fue de 80.

- De éstos, 63 personas acudieron a las sesiones-talleres educativos.

- Se ha alcanzado el estándar previsto ya que el 78,75% de los pacientes a los que se les realizó la exploración bucodental acudieron a las sesiones/talleres educativos.

2.- % de desconocimiento que ha sido abordado en la programa educativo. Estándar: 80%

- La sesión educativa se organizó en base a las deficiencias de conocimientos reflejados en el cuestionario previo a la exploración bucodental.

- Los temas abordados en la sesiones-talleres fueron el 100%, con lo que se superó el estándar establecido

3.- % Grado de satisfacción de los pacientes mayores de 75 en relación al programa educativo de salud bucodental.

Estándar: Nota media >4 sobre 5 .

- La encuesta de satisfacción de los usuarios realizada al final de la sesión educativa, fue muy positiva.

- De los 63 participantes que realizaron la encuesta final, la nota media fue de 4.75.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Dado que los actuales programas de salud bucodental están más orientados al grupo de población infantil, nuestro objetivo era detectar el desconocimiento en materia de salud bucodental y las patologías más frecuentes en la 3ª edad, para proporcionar a las personas mayores una educación en relación a hábitos de higiene, técnicas de cepillado, uso y limpieza de prótesis dentarias.....

- El interés por la salud bucodental en las personas mayores de 75 años adscritas al centro de salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0799

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA EN SALUD BUCODENTAL DE LA 3ª EDAD

Fuentes Norte ha sido más alto del esperado y los pacientes aceptaban de buen grado participar en el estudio.

- Todos los temas abordados fueron muy bien valorados por los participantes demostrando una activa participación en los talleres.
- Los principales problemas detectados fue el desconocimiento de la enfermedad periodontal (enfermedad de los tejidos de soporte del diente) y cuidado y mantenimiento de la prótesis dental.
- De la información obtenida en el taller consideramos que es necesario concienciar a la población de la importancia de acudir a visitas periódicas al Odontólogo, para el diagnóstico precoz de patología oral. Hemos detectados frecuente patología periodontal que podría evitarse con buena educación sanitaria en materia de salud bucodental.

7. OBSERVACIONES.

Dada la gran satisfacción de los participantes y el elevado número de pacientes que presentan ausencia de piezas dentales, sería recomendable repetir periódicamente las sesiones educativas en el centro de salud. Así, como sesiones educativas dirigidas a otros grupos de población para que adquieran formación y poder evitar futura patología bucodental.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/799 ===== ***

Nº de registro: 0799

Título
INTERVENCION EDUCATIVA EN SALUD BUCODENTAL DE LA 3 EDAD

Autores:
GARCIA DE CASTRO MARIA TERESA, RELLO PEDRO DE ALCANTARA MARTA, FERNANDEZ ZUECO MARIA FE, HERNANDEZ SERRANO MIGUEL, SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA, SARSA GOMEZ ANA, BAILO VINUES LORENA, SASTRE MOHAMED SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Bucodental
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la Salud bucodental en la comunidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado en la población de mayor edad (>75 años) del barrio urbano Las Fuentes de Zaragoza, un desconocimiento en relación con la salud bucodental. A esta conclusión se ha llegado en la consulta de Odontología del Centro de Salud en las visitas que los pacientes realizan con frecuencia para la realización de exodoncias dentarias y otras patologías.

Este desconocimiento esta motivado por la falta de información que esta población presenta con respecto a la higiene bucodental, el mantenimiento y la reposición de piezas dentarias.
Existe la falsa creencia de que la edad conlleva el abandono de la cavidad oral y el deterioro de la función masticatoria

RESULTADOS ESPERADOS
-Identificar los principales problemas bucodentales que afectan a las personas mayores
-Determinar las necesidades educativas en materia de salud bucodental de la población mayor, del Centro de Salud " Las Fuentes Norte "
-Elaboración de un programa educativo de salud bucodental,
-Implementar el programa educativo de salud oral.

MÉTODO
- Se realizará la exploración de la cavidad oral a aquellos pacientes >75 años que acudan a la consulta de Odontología del Centro de Salud, para así determinar los principales problemas bucodentales en esta población
- Se preparará un cuestionario con preguntas simples para determinar el grado de conocimiento del paciente y valorar el interés y la importancia que la salud bucodental tiene para el paciente; dicho cuestionario se facilitará a los pacientes en el momento de ser atendidos en la unidad. Será presentado también por los médicos de familia en sus respectivas consultas.
- Elaboración del programa educativo de salud bucodental en base a la información obtenida con el cuestionario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0799

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA EN SALUD BUCODENTAL DE LA 3ª EDAD

- Realización de la intervención educativa mediante de charlas educativas para ayudar a los pacientes a mejorar su salud bucodental: higiene, cambios orales con la edad, prótesis dentarias, ... Se facilitara la participacion activa de los asistentes para que puedan exponer sus inquietudes.
- Realización de encuesta de satisfacción de los usuarios

INDICADORES

- % de pacientes atendidos en la unidad USB que han participado en el programa educativo. Estandar 70 %
- % de desconocimientos que han sido abordadas en la programa educativo. Estándar: 80 %
- Grado de satisfacción de los pacientes mayores de >75 en relación programa educativo de salud bucodental. Estándar: Nota media >4 sobre 5

DURACIÓN

Marzo:
Se elaborará un cuestionario con preguntas simples para determinar el grado de conocimiento del paciente y valorar el interés y la importancia que la salud bucodental tiene para el paciente.
Responsables: M^a Teresa García de Castro. Marta Rello Pedro de Alcantara

Abril- Septiembre

- Exploración de la cavidad oral a ellos pacientes >75 años que acudan a la consulta de odontología del Centro de Salud, para así determinar los principales problemas bucodentales en esta población.
Responsable: M^a Teresa García de Castro.
- Cuestionario en materia de salud bucodental
Responsable
Octubre-Noviembre

Elaboración del programa educativo de salud bucodental en base a la información obtenida con el cuestionario y en la exploración de cavidad oral.
Responsable: M^a Teresa Garcia de Castro

Implementacion de la intervención educativa con soporte audiovisual y la realización de charlas educativas para ayudar a los pacientes a mejorar su salud bucodental: higiene, cambios orales con la edad, prótesis dentarias, ...Esta previsto la realizacion de 3 sesiones en la biblioteca del centro de salud..
Responsables:M^a Teresa García de Castro (Médico-estomatólogo). Marta Rello Pedro de Alcantara.(higienista dental)

Realización de encuesta de satisfacción de los usuarios a finalizar la charla educativa

Evaluación a final de año.
Responsable . M^a Teresa Garcia de Castro

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0512

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN CHUECA RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TRAIN DE VAL ANA MARIA
JULIAN CAMPOS JUANA MARIA
MARTINEZ BERMUDEZ MARIA ISABEL
SERNA FORTEA MARIA TERESA
PAJARES CARNERERO LUCILA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5. ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante el mes de enero y febrero se gestaron las actividades que, de forma individual o por parte de la unidad básica asistencial, se iban a realizar, haciendo especial hincapié en los procedimientos a ejecutar por parte de las personas no familiarizadas con este tipo de actividad; evidentemente la auxiliar de clínica estaba mucho más al día, puesto que es parte importante de su trabajo diario.

Entre mayo y junio, en la reunión de control, ya se detectaron problemas que tratamos de resolver; la persona encargada de interactuar con el resto de enfermeras y auxiliar llevaba dos meses en IT por lo que hubo lagunas que a partir de ese momento se intentaron solucionar, integrando con su consentimiento y buena disposición a la enfermera que ocupó su puesto; entre el mes de octubre y noviembre se valoró lo realizado hasta la fecha, con otro inconveniente: la jubilación de la auxiliar de clínica y en diciembre, en la reunión final, discutimos y recopilamos las propuestas de mejora que detallaré más adelante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6. RESULTADOS ALCANZADOS

Con respecto al almacén y botiquín, los resultados han sido correctos: las peticiones de material fungible se hacen con periodicidad mensual mediante SERPA y las de farmacia vía intranet, existiendo un control eficiente sobre los stocks y albaranes de entrega de pedidos de servicios centrales, aunque puntualmente hay problemas de abastecimiento; el control de caducidad sólo ocasionalmente fue muy ajustado, teniendo más que ver con los envíos muy cercanos a dichas fechas que con "despistes" de la persona encargada.

Los carros de urgencias estuvieron bien controlados, con revisiones periódicas, presentando 2/30 incidencias marzo y junio; 4/30 julio y 1/30 agosto y septiembre, quedando tales incidencias y controles reflejados por escrito en el documento correspondiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra valoración de lo "estudiado" hasta ahora es que nuestros objetivos no se han conseguido y que es francamente mejorable el manejo del material en atención primaria.

En este momento y hasta que se inició este estudio, la petición se hace en cualquier papel, escrito por la enfermera de su puño y letra y se queda en el casillero de la auxiliar; si una consulta se comparte por dos e incluso por tres enfermeras, cada una realiza su pedido; hemos elaborado una hoja de petición UNICA por consulta que deberá ser firmada por peticionario y dispensador, indicando claramente, si no es posible el suministro, la causa del mismo. También se intentará controlar la salida de material del almacén en ausencia de la auxiliar con una hoja donde la persona que realiza la retirada de material lo deje registrado .

7. OBSERVACIONES.

Esta memoria ha tenido varios problemas: una IT de una persona que aún continúa y la jubilación de la auxiliar de clínica.
Nos quedan pendientes muchas mejoras, pero una de las que este grupo entiende como prioritaria, es protocolizar el sistema de suministro a las residencias privadas que existen en nuestra zona de salud y que en la actualidad no pensamos se realice con garantías; ya hemos comenzado a esbozar un formato de peticionario que sea más controlador sobre lo que se les entrega y que sea el centro de salud quien decida qué dar y no ellos los que piden, como ahora ocurre. Otro problema de este centro en concreto, es la inexistencia de auxiliar de clínica de forma vespertina, por lo que a veces quien necesita material debe de autoabastecerse; esto, se escapa del control del almacén porque no queda reflejado en ninguna parte y queremos que no sea así.

Entendemos que es posible mejorar el control sobre las entradas y salidas de material del almacén y, con toda probabilidad, esto redundaría en un ahorro que a nuestro criterio es importante.
Tenemos muchas ideas para mejorar y es por eso que deseamos continuar con este proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/512 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0512

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Nº de registro: 0512

Título
GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
CHUECA RODRIGUEZ CARMEN, TRAIN DE VAL ANA MARIA, JULIAN CAMPOS JUANA MARIA, GARCIA HERNANDEZ ROSA, SERNA FORTEA MARIA TERESA, PAJARES CARNERERO LUCILA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Ninguna
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Lucila pajares y Ana Train
Urgencias: Unidad básica asistencial (MF/ENF): carmen chueca y rosa garcia
Esterilización: aux. clínica/enfermería: lucila pajares y teresa serna

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
El EAP distribuirá el calendario de la siguiente manera:
Enero y febrero: nombramiento de responsables y formación
Marzo distribución de proyecto y puesta en marcha del procedimiento
Mayo reunion de control, dudas, aclaraciones y control de registros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0512

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Septiembre, control de las actividades realizadas hasta ese momento
Noviembre, indicadores y conclusiones finales
Diciembre, propuestas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0438

1. TÍTULO

"MANDA A PASEO TU RUTINA". PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE MIRAFLORES. CENTRO DE SALUD SAGASTA-MIRAFLORES

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE MERCEDES DIAZ RUBIRA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA RUIZ DIANA
TARRAGÜEL GRACIA CECILIA
VELA CONDON PILAR
FUERTES ROCAÑIN PILAR
ORTA BERNAL TATIANA
ETRASMONTAN GALVEZ JOSE
GRIMA SERRANO VICTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La actividad ha consistido en realizar paseos diarios, con inicio en la plaza de la Iglesia del Sagrado Corazón en el Parque Miraflores, realizando 10 minutos de calentamiento, recorrido por el parque en toda su extensión y terminando en el andador Luis Puntos (dentro del mismo parque) con 10 minutos de estiramientos. Dichos ejercicios han sido elaborados y supervisados por el servicio de Fisioterapia del Centro de salud.

La manera de comunicar la actividad ha sido directamente en las consultas de enfermería e indirectamente a través de carteles hechos por el personal de enfermería y trípticos proporcionados por la Sociedad aragonesa de Cardiología.

La actividad se inició el 10/09/2019 y se ha realizado ininterrumpidamente hasta hoy de 11.30. a 12.30h, con una asistencia media de 20 personas siendo un total de 58 personas los que asisten.

Se han empleado los siguientes recursos :

- Contactamos con Marisa Campillos Apezteguía de la agencia de Medioambiente del ayuntamiento, proponiendo incluir el parque Miraflores como Parque con corazón. Ellos elaboraron la ruta, la cuál fué avalada por la sociedad Aragonesa de Cardiología.

- Personal de enfermería que ha hecho turnos de acompañamiento y supervisión de ejercicios hasta que a través de voluntarios ó de los mismos paseantes han seguido con dicha labor.

- Los fisioterapeutas del centro, realizando las tablas de ejercicios.

- El Aula de Medioambiente " La Calle Indiscreta". Se han realizado 4 visitas con el grupo de paseos.

Los resultados han sido positivos, ya que tanto los datos objetivos de salud (peso, tensión arterial...), como los subjetivos por las encuestas realizadas, han demostrado el beneficio de la actividad. Se ha trabajado de forma integral, tanto el aspecto físico, cardiovascular y afectivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los objetivos marcados, hemos conseguido que la actividad funcione, que mas de 50% de las personas que empezaron sigan en la actividad y se ha conseguido que se forme un grupo muy unido también afectivamente.

En una encuesta realizada al inicio de la actividad, hemos recogido los siguientes datos,

con una escala del 1 al 10 han sido :

-En cuanto a la valoración de su forma física, un15% ha dado un 1, el 15% un 3, el 35 % un 5, un 30% un 7 y un 5 % un 10

-Con respecto a si le cuesta salir de casa: un 25% ha dado un 1, un 20% un 3, otro 20% un 5, otro 20% un 7 y un 15% un 10

-Si los paseos les aportan algún beneficio: un 5% ha dado un 1, un 10% un 5, un 45 % un 7 y un 40% un 10

-Y la 4ª valoración es cómo ven su vida social: un 15% un 1, un 10% un 3, un 5% un 5, un 45% un 7 y un 25% un 10.

Hasta ahora los resultados de satisfacción son óptimos, a los 6 meses del inicio de la actividad, volveremos a pasar la encuesta y se valorarán los resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estas actividades comunitarias son necesarias, siendo la base de la promoción y prevención de la salud, pero no es una actividad que entre dentro de nuestras agendas, siendo muy difícil de compatibilizar con el trabajo diario. Consideramos que hemos hecho un gran esfuerzo, ya que la mayor parte de la actividad sale de nuestro tiempo libre, pero ha sido satisfactorio tanto a nivel personal como profesional ya que nos ha permitido trabajar a nivel multidisciplinar. Nos gustaría que con el tiempo la Atención Comunitaria tuviera un hueco en nuestras agendas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/438 ===== ***

Nº de registro: 0438

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0438

1. TÍTULO

"MANDA A PASEO TU RUTINA". PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE MIRAFLORES. CENTRO DE SALUD SAGASTA-MIRAFLORES

Título
"MANDA A PASEO TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE MIRAFLORES. CENTRO DE SALUD SAGASTA MIRAFLORES

Autores:
DIAZ RUBIRA MERCEDES, GRACIA RUIZ DIANA, CASTILLERO CANTERIA MARIA ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología crónica no grave.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1-Vistas las necesidades y características de nuestra población, una comunidad envejecida y en la que hay muchas personas que viven solas, vemos necesario promover una actividad física asequible, como es pasear en grupo.
2-Aprovechar esta actividad para la promoción de la salud, informando sobre los aspectos beneficiosos del ejercicio y dando la oportunidad de resolver cuestiones que les preocupan de su salud.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Mejorar la movilidad articular, tonificación muscular y sistema cardio-respiratorio de los participantes.
2-Fomentar las relaciones interpersonales que ayuden a mejorar el aspecto afectivo emocional.
3-Ofrecer la posibilidad de crear entre los participantes un grupo de apoyo.

MÉTODO
- La actividad surgió a iniciativa del Centro de Salud y en colaboración con el proyecto Parques con Corazón del Ayuntamiento de Zaragoza, avalado por la sociedad aragonesa de cardiología y tutelado por voluntarios del Ayuntamiento, y en la que participará activamente el personal de enfermería.
- Se ha mantenido contacto telefónico y por e-mail con la Agencia de Medioambiente y sostenibilidad.
- La comisión creada para esta actividad del Centro de salud, se reúne una vez por semana para planificar el desarrollo de la misma.
- La captación de participantes se va a hacer desde las consultas y através de carteles y folletos informativos.
- La actividad empezará diariamente a las 9.50h. frente al Centro y consistirá en 10 minutos de calentamiento, 30 minutos de paseo por el parque Miraflores y 10 minutos finales de estiramiento
-Se dará una encuesta a los participantes al inicio de la actividad y otra a los 3 meses para evaluar el beneficio obtenido.

INDICADORES
1- Evaluación mediante encuesta a los participantes, al inicio y a los tres meses de comenzar la actividad.
2- La encuesta constará de preguntas objetivas: TA, pulso, satur. O2, peso, etc y subjetivas : ¿ Que pretende mejorar de su salud con el ejercicio?, etc.
3- Realizar la actividad durante al menos dos periodos de tres meses.
4- Que terminen la actividad al menos el 50% de los participantes.

DURACIÓN
- Comenzaremos hacia finales de Marzo de 2019 hasta el 30 de Junio, descanso estival y retomaremos la actividad el 1 de Septiembre según los resultados obtenidos.
- Presentación del Proyecto al Equipo a primeros de Marzo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MERCEDES DIAZ RUBIRA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA RUIZ DIANA
VELA CONDON PILAR
FUERTES PILAR
LINARES QUERO JESUS
ORTA BERNAL TATIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO

ZONA DE SALUD
SAGASTA RUISEÑORES Y MIRAFLORES
ZARAGOZA SECTOR II

PRIMERA PARTE

INDICE

- Introducción
- 1. Determinantes de Salud
 - 1.1 Demografía
 - 1.2 Entorno
 - 1.2.1 Entorno Físico. Datos Geográficos
 - 1.2.2 Entorno social y Económico
 - 1.2.3 Vivienda
 - 1.2.4 Transporte
 - 1.2.5 Servicios Sociales
 - 1.2.6 Educación
 - 1.2.7 Situación Laboral
 - 1.2.8 Servicios Sanitarios
- 2. Indicadores de Salud
 - 2.1 Morbilidad
 - 2.2 Mortalidad
- 3. Recursos Comunitarios
 - 3.1 Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández
 - 3.2 Consejo de Salud de la Zona Básica de Salud de Ruiseñores
 - 3.3 Servicios a Personas Mayores
 - 3.4 Centros Culturales, Equipamientos, Programas y Proyectos Sociales.

INTRODUCCIÓN

Un Diagnóstico de Salud Comunitario consiste en hacer un estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y necesidades que la comunidad manifiesta, así como de los factores que influyen positiva y negativamente sobre dicho nivel de salud. Es un modelo de atención preventivo en el que participa la población con el propósito de resolver las necesidades de salud de su comunidad. Es el primer paso en el proceso de planificación de una intervención sanitaria

El trabajo se ha realizado entre los dos Equipos de Atención Primaria que comparten el Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández del Sector II de Zaragoza. Dicho trabajo consta de dos partes, la primera, es un estudio descriptivo de las características de la zona y la segunda recopila los problemas, necesidades y activos de salud, que una muestra representativa de la comunidad considera que hay en el momento del estudio.

Es una toma de contacto entre los que formamos parte de la zona y esperamos que este trabajo, sea capaz de reflejar la salud de nuestra comunidad y sirva de orientación para proyectos y actividades conjuntas, que influyan positivamente tanto en nuestra salud como en la del entorno, mejorando la calidad de vida de los que viven en ella

1. DETERMINANTES DE SALUD

Determinante de salud es el conjunto de factores tanto sociales como personales, ambientales y económicos que influyen en el estado de salud de poblaciones o individuos.

1.1 DEMOGRAFÍA

La demografía es el estudio estadístico de las poblaciones humanas, según su estado y distribución en un momento determinado.

La zona de Salud de Miraflores y Ruiseñores está situada en la zona central urbana con una población envejecida, alta densidad y el nivel de renta más alto de Zaragoza. Tiene una superficie de 1,8 Km2 y una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

población de 53,269 habitantes con una tendencia decreciente. La edad media es de 49,1 años. La pirámide de población muestra una población envejecida con mayoría de mujeres > 50 años y sobre todo > 85 años. Escasea la población en las edades más bajas. A continuación aportamos datos obtenidos del Padrón 2016. La población en Aragón > 65 años es de un 21,3% y la población >85 años es de un 3,9%, en nuestra zona se superan ambas cifras, como vemos en la tabla. La Esperanza de Vida al nacimiento, según el Atlas de Salud Aragón y calculada en base a la mortalidad de los años 2014, 2015 y 2016, en la zona a estudio, supera la media en Aragón que oscila entre 84 y 75 años en hombres y en mujeres entre 88 y 82 años.

MIRAFLORES
RUISEÑORES
Mayores de 65 años
30,18%
28,28%
Mayores de 85 años
4,88%
5,76%
Sobreenvejecimiento
16,19%
19,40%

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Esperanza de vida al nacimiento
79,60
86,60
80,20
87,10

POBLACIÓN INMIGRANTE

El porcentaje de población extranjera es del 10,15%, algo inferior a la media de la ciudad, que alcanza el 14,25%. Las 5.405 personas extranjeras que viven en el Centro proceden principalmente de Europa y América y en mucha menor medida de Asia y África, El país más representado es Rumanía con casi el 30%, seguido de Nicaragua con un 10%. Por último China oscila entre el 2,2 y el 5.6%. En el último año llegan a la zona un número de personas similar a los que se van.

1.2 ENTORNO

1.2.1 ENTORNO FÍSICO. DATOS GEOGRÁFICOS.

CLIMA Y SERVICIOS MEDIOAMBIENTALES

Zaragoza tiene un clima mediterráneo, con marcada influencia continental, caracterizado por escasas precipitaciones (320 mm3 anuales) y un promedio de 15,3°C. El viento conocido como Cierzo, de componente noroeste, es un viento fuerte, fresco y seco originado en el Moncayo. En invierno y a comienzos de primavera sopla con frecuencia a una media de 19 km/h. Los índices de contaminación son bajos. Contamos con un Aula de Medioambiente Urbano llamada “La Calle Indiscreta”, con la que el Centro de Salud colabora activamente. Zaragoza es una ciudad con amplias zonas verdes. En nuestra zona tenemos:
-Parque Pignatelli.
-Parque Miraflores.
-Parque Grande José Antonio Labordeta.

1.2.2 ENTORNO SOCIAL Y ECONÓMICO

La renta media en nuestra zona por hogar es de 43.344,16 € anuales, bastante superior a los 31.174,71 € que alcanza la media zaragozana. El Índice de Privación nos permite cuantificar las desigualdades por medio de una variable resumen que integra información de varias dimensiones de desigualdad. Los valores más elevados indican mayor privación y los inferiores menor privación. El índice de privación en Miraflores es -1.07 y en Ruiseñores es -1.51, lo que indica un nivel bajo de privación o desigualdad. El Índice de Entropía se utiliza para medir distribuciones desiguales de grupos de población en un área geográfica. El índice varía de 0 a 1, es 0 cuando tiene la misma composición grupal, y 1 cuando existe una equitatividad o diversidad perfecta de los grupos (en este caso de las diferentes nacionalidades). En esta zona el Índice de Entropía es 0,03. La diversidad media del conjunto de la ciudad se cifra en 0,26.

1.2.3 VIVIENDA

En Zaragoza el 31% de los hogares son unipersonales de los que un 38% son >65 años. En la zona Centro los hogares unipersonales son un 36,17% y el 17,14% son >65 años. En el censo de población de 2011 se contabilizan en Zaragoza 326.932 viviendas, de las cuales una cuarta parte son de la década de los 70. El 76% de la población zaragozana tiene disponibilidad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

ascensor en el edificio de residencia. Del resto que no dispone de ascensor el 6% vive en una 3ª planta o superior. El 14,62% no tiene ningún garaje en la manzana.
Las viviendas sin Internet en nuestra zona son Miraflores un 34,10% y Ruiseñores un 40,87 %.

HOGARES UNIPERSONALES 65 Y MÁS AÑOS Y MONOPARENTALES

Aunque la forma de convivencia más habitual en mayores de 65 años es la pareja sola, la edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad.
Los hogares monoparentales son el núcleo familiar compuesto por un único progenitor y los hijos a su cargo, siempre que este progenitor sea el único sustentador de la familia.

España
Aragón
Miraflores
Ruiseñores
Hogares unipersonales = 65 años
9,00%
11,20%
14,63%
18,12%
Hogares monoparentales
16,20%
14,30%
17,13%
17,62%
Fuente de información el Censo 2011

En los últimos años se ha observado un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, siendo en nuestra zona superior al de Aragón y casi el doble que en España. Las cifras de hogares monoparentales son también superiores a las de Aragón y España.

1.2.4 TRANSPORTE

La Zona de Salud de Miraflores y Ruiseñores, al encontrarse situada en el centro urbano, se encuentra bien comunicada con el resto de la ciudad por transporte público.
Podemos encontrar 19 líneas de autobús urbano que pasan por la zona:
C11,C12,21,38,39,40,29,30,31,32,33,34,35,23,24,25,26,27 y 51.
Una línea de tranvía recorre la Gran Vía y hay una Estación de Cercanías en la Avenida Goya.
También dispone la zona de un servicio de transporte urbano no contaminante .El ayuntamiento ha incorporado carril bici en casi toda la zona y Cicloestaciones Bizi (Anexo 1). Hay varias empresas privadas que ponen a disposición del usuario alquiler de patines, motos ecológicas y bicicletas eléctricas.

1.2.5 SERVICIOS SOCIALES

-Centro Municipal de Servicios Sociales San José: orientan en caso de problemas familiares, personales o sociales, gestionan prestaciones como teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio o información sobre la ley de dependencia, llevando a cabo un plan de intervención personalizado.
-Centro de Convivencia de mayores Laín Entralgo. Es el centro de referencia de nuestra zona para personas mayores de 60 años, como lugar de encuentro y relación, destinados a ofrecer servicios y actividades adecuados a sus intereses y necesidades. .
-Biblioteca de Aragón: los objetivos son la promoción del libro y la lectura, destinados a todo tipo de público.
-Ludotecas:(Ludoteca Municipal El Chiflo, Baboom espacio infantil y familiar, Ludoteca bilingüe Zaragoza, MAMISI, Guardería Infantil Español).
-Centro de Salud Miraflores y Ruiseñores: consultar agenda de Comunitaria para ver actividades.

1.2.6. EDUCACIÓN

El porcentaje de personas con instrucción insuficiente de una determinada población está muy relacionado con el porcentaje de personas mayores de dicha población, en cuya infancia no fue obligatorio finalizar los estudios primarios. En nuestra zona el nivel de instrucción insuficiente es bajo.
En relación a la instrucción insuficiente en jóvenes, este indicador podría recoger parte de las personas que no han residido en nuestro país en su etapa de escolarización. El nivel de instrucción insuficiente en general de la población extranjera en nuestra zona es alto.

España
Aragón
Miraflores
Ruiseñores
Instrucción Insuficiente
25,50%
23,10%
13,54%
14,96%
Instrucción Insuficiente en Jóvenes
12,40%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

11,00%
9,72%
7,64%
Instrucción Insuficiente en Población Extranjera
18,1%

16,7%

35,14%

22,22%
Fuente de Información el Censo de 2011

Centros Educativos de la zona, ver Anexo 2.

1.2.7 SITUACIÓN LABORAL

Las cifras de desempleo, considerando que son del Censo de 2011, son inferiores tanto a las de Aragón como a las nacionales. El porcentaje de trabajadores manuales como el de eventuales es inferior a la media en Aragón. El porcentaje de desempleo en España según el Censo de 2011 fue de 29,6 %, en nuestra zona Miraflores 19.76 y Ruiseñores 18.53.

Los trabajadores manuales presentan tasas de mortalidad más elevadas que las de los no manuales. Esto puede estar condicionado tanto por los riesgos inherentes al tipo de trabajo, como a factores derivados de la privación de ingresos en algunos casos. En España este porcentaje fue del 53 %, inferior al de Aragón 55 %. En nuestra zona Miraflores 29.79 % y Ruiseñores 28.94 %.

En España el porcentaje de asalariados eventuales es de 39,6 %, superior al de Aragón 30,8%. Los datos en Miraflores 23,91% y en Ruiseñores 22,47%.

1.2.8 SERVICIOS SANITARIOS

ACCESIBILIDAD DEL CIUDADANO A LOS SERVICIOS SANITARIOS. DEL CENTRO DE SALUD

Los datos de demoras son aproximados en relación a la actividad de todo el año.

Fuente de datos: Servicio de admisión del Centro de Salud.

E.A.P. SAGASTA RUISEÑORES.

-Enfermería: No hay demoras.

-Médicos de familia turno de mañana: Demora media de 2 días (facultativos con ningún día de demora y algunos con hasta 3-4 días de demora con picos en invierno de una semana)

-Médicos de familia turno de tardes: Demora media de 0,2 días (facultativos con o ningún día de demora y algunos con 1 día de demora)

-Media de Médicos de familia Ruiseñores 1,14 días de demora.

-Pediatria: No hay demora ni en turno de mañana ni de tarde.

E.A.P. SAGASTA MIRAFLORES

-Enfermería: No hay demoras.

-Médicos de familia turno de mañana: Demora media de 1,16 (La mayoría no tienen demora salvo un facultativo que puede tener 2 días y otra facultativa que llega a tener una semana, los otros 5 facultativos no tienen demora).

-Médicos de familia turno de tardes: No hay demoras.

-Media de Médicos de familia Miraflores: 0,7 días de demora.

-Pediatria: No hay demora ni en turno de mañana ni de tarde.

UNIDADES

-Odontología: Demoras de 1,5 semana.

-Matrona de Miraflores: Sin demora

-Matrona de Ruiseñores: Demoras únicamente en Citologías, de un mes aproximadamente.

-Fisioterapia: Demora tanto en turno de mañana como de tarde de un mes.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL CENTRO DE SALUD

A continuación detallamos una encuesta realizada a médicos del Centro de Salud sobre los motivos principales de asistencia a consulta médica y de urgencias en domicilio

Las Enfermedades Crónicas, las Infecciones (sobre todo respiratorias) y la Ansiedad son los motivos clínicos más frecuentes de asistencia a consulta médica. Estos datos se basan en la intervención de 15 médicos del Centro Salud, con la valoración de 150 ítems.

Datos extraídos por profesionales del Centro de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

Para la valoración de los motivos más frecuentes de aviso urgente a domicilio, han intervenido 18 médicos del Centro Salud de Sagasta, basándose en 54 ítems, siendo el dolor, las infecciones y la soledad/depresión los motivos más frecuentes.

Datos extraídos por profesionales del Centro de Salud.

PRÁCTICAS PREVENTIVAS

La vacunación de gripe en la Zona de Miraflores y en la de Ruiseñores, presentan coberturas muy bajas de vacunación de gripe en mayores de 65 años, 47,90%. También se realizan pruebas preventivas como citologías, pruebas de detección de cáncer colorrectal, cáncer de endometrio y prevención cardiovascular.

2. INDICADORES DE SALUD

2.1 MORBILIDAD

La información que se presenta es del “Atlas de Aragón de Salud Pública, vigilancia del estado de salud y sus determinantes por Zona Básica de Salud”, se refiere a Morbilidad (aparición de casos de enfermedad en una población en un período, que en este caso son de 2018, excepto las de Sobrepeso y Obesidad que son de 2014) y a Mortalidad (aparición de casos de muerte por diferentes causas en una población en un período, que en este estudio es de 2017).

El indicador utilizado es Razón Estandarizada de Mortalidad suavizada (REMs) presenta el riesgo de padecer una enfermedad, respecto al conjunto de Aragón que se toma como comparación y se le da el valor 100. Así, un valor de 110 indica un 10% más de riesgo de padecer esa enfermedad que la media de Aragón, y un valor de 85, un 15% menos de riesgo.

Las cifras de Sobrepeso, Obesidad, Hipertensión y Diabetes son inferiores a la media de Aragón. El Cáncer es un importante problema de Salud Pública debido a su magnitud, medida por su incidencia, prevalencia, mortalidad y años potenciales de vida perdidos. En nuestra zona los datos están en torno a la media de Aragón. Los Accidentes Cerebrovasculares (ACV) se producen por falta de riego sanguíneo en el cerebro, lo que afecta a sus funciones de manera transitoria o permanente. Son la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres. En nuestra zona estamos por debajo de la media de Aragón. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un trastorno importante por su elevada frecuencia, los costes sociales y económicos que conlleva y la mortalidad que causa. Es de destacar que el grupo de población más afectado de nuestra zona, es el de mujeres en Ruiseñores, no superando la media de Aragón. La depresión es un importante problema de salud y es de destacar que supera a la media de Aragón. La incidencia en hombres es alta, tanto en Miraflores 18,62%, como en Ruiseñores 5,34%. Las mujeres en Miraflores igualan a la media en Aragón y en Ruiseñores con un 10,87% están por debajo. La demencia se trata de un cuadro asociado fundamentalmente a la edad, afecta sobre todo a personas por encima de 65 años y es una de las principales causas de incapacidad en la vejez. En nuestra zona todos los datos están por debajo de la media de Aragón. La cirrosis hepática es una enfermedad crónica que suele ser el final de muchas enfermedades que han causado un daño crónico en el hígado. La incidencia en nuestra zona está por debajo de la media de Aragón.

Miraflores
Ruiseñores

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Sobrepeso
85,61
68,98
100,12
87,80
Obesidad
57,24
49,83
68,07
62,97
Sobrepeso / Obesidad
72,79
59,59
85,85
75,69
Hipertensión
89,87
84,47

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

82,75
81,54
Diabetes
77,84
58,69
80,49
67,41
Neoplasias
104,97
90,86
90,47
91,31
Accidentes Cerebrovasculares
90,69
92,82
99,74
86,31
Enferm Pulmonar Obstructiva Crónica
67,10
79,73
83,49
90,51
Depresión
118,62
100,26
105,34
89,13
Demencia
83,27
67,16
77,13
62,45
Cirrosis
77,87
73,88
85,58
79,95

DATOS DE MORBILIDAD EN ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS.

Las enfermedades de transmisión alimentaria son aquellas que se transmiten por consumo de alimentos o agua, que se han contaminado por algún microorganismo, químico o toxina en algún momento de su procesamiento o preparación. Las enfermedades de transmisión respiratoria son aquellas que se transmiten por las gotículas que se expulsan al respirar, toser o estornudar. Destaca el dato de Mujeres en Ruiseñores con 51,31% y el de hombres en Miraflores un 42,15% más que la media en Aragón.

Miraflores
Ruiseñores

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Enfermedades de Transmisión Alimentaria
78,98
78,66
83,07
61,64
Enfermedades de Transmisión Respiratoria
142,15
105,97
126,45
151,31

2.2 MORTALIDAD

La mortalidad es un indicador demográfico que señala el número de defunciones en una población. De manera indirecta informa sobre el estado de salud de la misma. Los tumores malignos son un importante problema de salud por el alto número de casos y ser una de las primeras causas de muerte, responsables de gran cantidad de años potenciales de vida perdidos, además de importantes costes humanos y materiales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

Los tumores colorrectales son más frecuentes en las edades más avanzadas.
El tumor maligno de mama es el 2º tumor que causó mayor mortalidad en las mujeres después del colorrectal.
El tumor maligno broncopulmonar es la causa más frecuente de muerte en hombres.
Las enfermedades del sistema circulatorio han sido la causa más frecuente de muerte para el total de la población y en mujeres.
La mortalidad por enfermedad cerebrovascular presenta un claro descenso en la última década.
En Aragón en 2016, las enfermedades del sistema respiratorio ocupan el tercer lugar como gran grupo de causas de muerte.
Las enfermedades digestivas fueron en conjunto la sexta causa de mortalidad en 2016.
Y la mortalidad por causas externas hace referencia a aquellas muertes ocasionadas por accidentes, violencia, envenenamientos y otros efectos adversos. Pueden ser intencionales como el suicidio y el homicidio, o no intencionales como los accidentes.

Miraflores
Ruiseñores

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Tumor Maligno

95,71
104,92
97,38
105,41
Tumor Colorrectal
106,22
78,50
91,07
109,58
Tumor de Mama en Mujeres

90,98

103,32
Tumor de Pulmón en Hombres
96,64

91,24

Circulatorio
88,60
92,65
93,77
96,76
Cerebrovascular

85,90
91,47
85,60
100,26
Respiratorio
95,25
99,03
98,62
96,49

Digestivo
100,09
89,23
91,58
89,79
Causas Externas
83,91
93,48
89,31
75,11

3. RECURSOS COMUNITARIOS

3.1 CENTRO DE SALUD JOSE RAMÓN MUÑOZ FERNANDEZ

El Centro de Salud realiza actividades recogidas en la Agenda de Comunitaria.
Está formado por dos Equipos de Salud Miraflores y Ruiseñores, además de personal y unidades especializadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

(Organigrama, ver Anexo 3)

3.2 CONSEJO DE SALUD DE RUISEÑORES

Es un órgano multidisciplinar de participación, que tiene reuniones periódicas donde se tratan temas que interesan a la comunidad. Componentes (ver Anexo 4)

3.3 SERVICIOS A PERSONAS MAYORES

Públicos: -Centro de convivencia para mayores Laín Entralgo
-Hogar de la Tercera Edad San José de Calasanz

Privados: Club Cultural 33, Club de ancianos Parroquia Sagrado Corazón, Club de jubilados de San Juan de la Cruz, Club de la Tercera Edad Nuestros Mayores, Hogar de Ancianos Santa Rita

RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA

Pocas residencias se localizan dentro de nuestra zona de acción. En 2017 en Zaragoza había 184 residencias, de las cuales 39 con más de 100 plazas, 56 de 50 a 99 plazas, 59 de 25 a 49 plazas y 30 de menos de 25 plazas. De todas ellas, 140 son privadas, con 8964 plazas, constituyendo el 72,4% de carácter privado y el 43% carácter público.

3.4 CENTROS CULTURALES, EQUIPAMIENTOS, PROGRAMAS Y PROYECTOS SOCIALES (Ver Anexo 5)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1ª Parte Diagnóstico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Falta 2ª Parte

7. OBSERVACIONES.

Sería necesario poder adjuntar el archivo con el documento, ya que no deja insertar tablas ni graficas

*** ===== Resumen del proyecto 2019/842 ===== ***

Nº de registro: 0842

Título
"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

Autores:
DIAZ RUBIRA MERCEDES, GRACIA RUIZ DIANA, CASTILLERO CANTERIA MARIA ROSA, FUERTES ROCAÑIN PILAR, VELA CONDON PILAR, LINARES QUERO JESUS, DEL PILAR ORTA BERNAL TATIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Consideramos que realizar el Diagnóstico de Salud de una Comunidad permite conocer su territorio, factores sanitarios, no sanitarios, necesidades y recursos que la población considera que determinan su Salud. Solo sabiendo de donde partimos, podremos avanzar hacia la mejora de la calidad de vida de nuestra comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo General:

Elaborar el diagnóstico de salud de la zona Sagasta Ruiseñores - Miraflores, el cual luego nos permita realizar proyectos enfocados a las necesidades detectadas, que mejoren la calidad de salud de la comunidad. La finalidad de este informe es constituir una herramienta de trabajo dinámica que a través de reuniones y actividades de participación, constituya un documento de trabajo útil para los miembros de la comunidad y que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0842

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

permita aumentar el conocimiento de ella y generar ideas nuevas para compartirlas y avanzar juntos.

Objetivos específicos:

- Conocer las características territoriales, sociodemográficas y del servicio sanitario de nuestra zona.
- Recopilar los recursos comunitarios existentes.
- Especificar las patologías más prevalentes de nuestra población.
- Identificar de forma participativa, los determinantes y problemas que influyen en la salud de nuestra comunidad.
- Establecer vínculos entre las distintas asociaciones y entidades del ámbito sociosanitario.

MÉTODO

-Primera etapa:

Realizaremos una recopilación Cuantitativa Descriptiva, que nos permita conocer, la evolución histórica, las características geográficas, sociodemográficas, laborales y sanitarias (morbilidad, mortalidad, motivos principales de asistencia en consulta, accesibilidad a los diferentes trabajadores del centro de salud, etc), la tipología de viviendas-edificios y los recursos comunitarios. Para ello utilizaremos registros y bases de datos de diferentes organismos públicos, estudios publicados y testimonios de personas clave.

-Segunda etapa:

1-Realizaremos un estudio Descriptivo Cualitativo mediante investigación-acción participativa a través del Consejo de Salud, grupos focales e informantes clave, así como del uso de encuestas, que nos servirán para identificar los determinantes y problemas de salud de la zona.

2-Haremos una distribución por edades de la población con la que vamos a trabajar en tres tramos:

- Infante - Juvenil <18 años,
- Edad Adulta de 18 a 65 años
- Edad Madura >65 años

3-Clasificaremos los determinantes de salud en siete categorías:

Territorial, Medioambiental, Social, Educativa, Cultural, Económica y Sanitaria.

INDICADORES

Conseguir detectar necesidades y/o problemas en un Estándar 20 - 30, en el total de las categorías anteriormente definidas.

DURACIÓN

- De Marzo a Junio de 2019. Realización del estudio Descriptivo Cuantitativo.
 - De Junio a Septiembre 2019. Preparación de encuestas y toma de contacto con grupos.
 - Del 1 de septiembre al 31 de Diciembre. Realización del estudio Descriptivo Cualitativo.
 - Enero y Febrero de 2020. Elaboración de la Memoria del Proyecto para su presentación.
 - Duración de la elaboración del Proyecto un año.
- Presentación del Proyecto al equipo en Mayo 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0931

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE PAZ ARROYO CLEMENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AZNAZ HEREDIA MARIO
CASTILLERO CANTERIA ROSA
FERRER AGUILLO LETICIA
GUARDIA VALENZUELA MIRIAM
ALDEA CAMPILLO SARA
JIMENEZ MARCEN ANA ISABEL
SERNA FORTEA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La Primera semana del Febrero de 2019 se constituyo el grupo de Trabajo INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II del CS Sagasta-Miraflores y se acordó el calendario de actividades y sesiones a realizar junto con el personal médico y de enfermería.

Funciones del equipo de trabajo:

- Trasladar los Objetivos del Programa
- Informar de los datos de partida obtenidos a través del cuadro de mandos de diabetes del coordinador.
- Fomentar el control de microalbuminuria por parte del equipo medico, localizar y subsanar los problemas existentes en el circuito de extracciones para asegurar la presentación de la muestra de orina e incidir en la importancia de la exploración del pie diabético así como en la valoración y registro de su riesgo por parte del personal de enfermería.

Se realizaron un total de cuatro sesiones: tres informativas y una formativa

1.Marzo: Sesión Informativa

- Obtención de los listados de pacientes diabéticos pertenecientes a cada cupo e interpretación de diagramas de cuadro de mandos.
- Información e importancia de las actividades a realizar para la consecución del proyecto.
- Importancia del registro de los datos obtenidos en la exploración del pie diabético en OMI-AP

2.Julio: Sesión Formativa

- Taller con los trabajadores sustitutos para informar sobre el proyecto de mejora, instrucción sobre la correcta exploración del pie diabético y la valoración de su riesgo y reparto de monofilamentos de Semmes-Weinstein.

3.Agosto: Sesión informativa

- Evaluación y análisis de los datos obtenidos en un primer corte e información de los resultados a los profesionales. Ver la evolución del proyecto comparando indicadores de microalbuminuria, exploración de pie diabético y valoración de riesgo obtenidos del cuadro de mandos de nuestro centro con una visión general del Sector Zaragoza II.

4.Enero 2020:

- Evaluación final del programa
- Elaboración de la memoria del proyecto a cargo del grupo de trabajo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tal y como indica la definición de los indicadores analizados, nuestra población diana ha sido la totalidad de pacientes diabéticos pertenecientes al CS Sagasta-Miraflores, sin distinción de sexo, de edad mayor o igual a 15 años en la fecha de estudio y diagnosticados antes de los 12 últimos meses. Su participación en el mismo ha sido pasiva.

Cotejando los datos del año 2018 con el año 2019 :

Nº total de pacientes 2018: 19684 (1117 diabéticos) prevalencia 5,67%

Nº total de pacientes 2019: 19377 (1121 diabéticos) prevalencia 5,78%

Durante los dos años, quedan fuera de nuestro estudio dos pacientes menores de 15 años.

Hay un descenso poblacional de 307 pacientes y un aumento de 4 en el número de pacientes diabéticos.

Información de la evolución de los tres indicadores.

1.Resultados relacionados con la determinación de los valores de microalbuminuria:

En Diciembre de 2018 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado la revisión de microalbuminuria en el CS Sagasta-Miraflores fue del 34,37% (384 pacientes de 1117) frente al 41,07% obtenido en el Sector II y el 44,30% en todo Aragón.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0931

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

En el corte realizado en Julio de 2019 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado la revisión de microalbuminuria en el CS Sagasta-Miraflores fue del 40,46% (452 pacientes de 1117) frente al obtenido en el Sector II con un 47,17% (no se extraen datos de Aragón).
El corte realizado en Diciembre de 2019 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado la revisión de microalbuminuria en el CS Sagasta-Miraflores fue del 43,93% (492 pacientes de 1121) frente al 53,34% en el Sector II y el 48,78% en Aragón.

El aumento de la determinación de microalbuminuria en el centro de salud ha sido del 9,56%.

2. Resultados relacionados con los registros de pie diabético:

En Diciembre de 2018 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado la revisión de pie diabético en centro de salud Sagasta-Miraflores fue del 10,48% (117 pacientes de 1117) frente al 16,07% obtenido en el Sector II y al 24,30% en Aragón.

En Julio del 2019 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado la revisión de pie diabético en centro de salud Sagasta-Miraflores fue del 14,16% (158 pacientes de los 1117) frente al 21,37% en el Sector II. Nos obteniendo datos de Aragón.

En Diciembre de 2019 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado la revisión de pie diabético en centro de salud Sagasta-Miraflores fue del 17,36% (195 pacientes de 1121) en el Sector II se obtuvo un 25,07% y en Aragón un 27,94%.

El aumento de la determinación de exploración de pie diabético en nuestro centro de salud ha aumentado un 6,88%

3. Resultados relacionados con los registros de la valoración de riesgo de pie diabético.

En Diciembre de 2018 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado y registrado la valoración de pie diabético en el centro de salud Sagasta-Miraflores fue del 10,48% (riesgo bajo 7,23% 81 pacientes de 117, riesgo moderado 3,25%, 36 pacientes de 117 y riesgo alto 0%)

En Julio de 2019 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado y registrado la valoración de pie diabético en el centro de salud Sagasta-Miraflores fue del 14,16% (158 pacientes de los 1117) en el Sector II un 21,37% (no se extraen datos de aragón).

En Diciembre de 2019 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado y registrado la valoración de pie diabético en el centro de salud Sagasta-Miraflores fue del 17,36% (195 pacientes de 1121), (riesgo bajo 10,71%, 120 pacientes de 195, riesgo moderado 6,65%, 74 pacientes de 195, riesgo alto 0%)

El aumento de los registros y valoración de riesgo de pie diabético de nuestro centro de salud ha sido del 6,88%

Por la idiosincrasia de la población adscrita al centro y dado que muchos de los pacientes que llegan a nuestra consulta con patología diabética, tienen seguros de medicina privada, los controles de pie diabético y determinaciones de microalbuminuria los hacen en servicios de salud privados. Dichos pacientes recurren a los servicios públicos, solo para recogida de material. Debido a la argumentación anteriormente descrita, el registro de controles sale deficitario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo que hemos participado en el proyecto de mejora hemos llegado a la conclusión de que incluir un proyecto de estas características en el acuerdo de gestión es clave para aumentar la seguridad del paciente.

Con dichas medidas aumenta el compromiso del equipo y se es mas consciente de la importancia de fomentar medidas para la prevención secundaria en estos pacientes.

Proporcionando al paciente los recursos necesarios para su autocuidado, conseguimos un aumento de su calidad de vida.

Todo lo descrito anteriormente implica una disminución en el riesgo de úlceras, amputaciones y nefropatías, así como un descenso de la mortalidad por causas cardiovasculares.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/931 ===== ***

Nº de registro: 0931

Título
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0931

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
ARROYO CLEMENTE PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La determinación de microalbuminuria, La exploración y evaluación del riesgo del pie diabético.

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar la cobertura de SOLICITUD Y REGISTRO de microalbuminuria. Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético.

MÉTODO
Creación de un grupo de proceso del Sector II, con líderes reconocidos, valoración del rediseño del volante de petición del perfil de diabetes, rediseño del circuito de extracciones para asegurar la verificación de la presentación de la muestra de orina. Formación en el registro de actividades personales para el personal de nueva incorporación. Formación y adecuación de las estructuras para el pie diabético.

INDICADORES
Microalbuminuria incremento del 10%
Exploración pie diabético incremento del 10%
Riesgo de pie diabético incremento del 10%
Monitorización de los indicadores en el Sector y centros con periodicidad cuatrimestral

DURACIÓN
-Enero/Febrero 2019. Constitución del grupo de proceso
-Enero 2019. AMFE (ya realizado)
-Febrero-Mayo: Valoración rediseño de volante, circuitos y formación a los centros implicados. Fomentar el acceso y autoevaluación por parte de los EAP a los indicadores de la Estrategia, a través del Cuadro de Mandos de Diabetes.
-La renovación de doppler/monofilamento, en dependencia del plan de necesidades

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0932

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ROSA CASTILLERO CANTERIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERNA FORTEA TERESA
DIAZ RUBIRA MERCEDES
ARROYO CLEMENTE PAZ
AZNAR HEREDIA MARIO
GUARDIA VALENZUELA MIRIAM
FERRER AGUILLO LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Creación de un grupo de trabajo Sagasta- Miraflores en respuesta a los objetivos planteados considerando la complejidad asistencial del PCC.

-Sesión informativa dirigida a los profesionales en la captación de los PCC animando a la realización de las siguientes actividades a fin de determinar su posible inclusión.

-Valoración integral, aspectos clínicos, funcionales, mentales y sociales del paciente.

- Valoración del cuidador principal.
- Información al paciente/familia.

-Reunión con los trabajadores sustitutos para informar sobre el proyecto de mejora y solicitar su colaboración.

-Recogida de datos.

-Evaluación del proyecto.

-Memoria de seguimiento en Enero 2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La base de datos utilizada para este proyecto es la facilitada por la Dirección de Asistencia Sanitaria en los cortes de Junio y Diciembre 2019.

Cuando al inicio de 2019 planteamos este Proyecto elaboramos unos indicadores con relación a los que desde Asistencia Sanitaria se enviaban en 2018.

Los indicadores con los que contamos en 2019 son solamente los referidos a los PCC con un GMA > 97 por lo que los indicadores del Proyecto 1, 2 y 3 nos vemos en la obligación de fusionarlos en uno solo.

Los indicadores 5 y 6 tampoco se pueden evaluar por no disponer de datos, por lo tanto, vamos a evaluar únicamente en este Proyecto los PCC incluidos en Programa y los Planes de Intervención.

En cuanto a los PCC incluidos en el programa en Junio de 2019 era un 6,80% y en diciembre de 2019 es un 10,05%, con lo que se ha producido un ligero aumento en la inclusión de estos pacientes.

En cuanto al Plan de intervención, en el mes de junio de 2019 era un 16,67% y en el mes de diciembre 19,05% por lo que se observa también un ligero aumento en la realización del plan de intervención en estos pacientes en nuestro centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Analizando los datos vemos que el programa del PCC avanza pero lentamente cada vez son más los profesionales que van incluyendo PCC en el programa aunque estas inclusiones no vayan acompañadas de su correspondiente Plan de intervención como lo demuestran los indicadores.

Desde el equipo de mejora consideramos que las actividades realizadas no son suficientes en relación a los resultados obtenidos. Esperamos que para el próximo año con el apoyo de la Dirección, la colaboración de la Enfermera de enlace para el proyecto PCC y la predisposición de los profesionales de la UCC podamos seguir avanzando en este proyecto y darle continuidad en el 2020.

7. OBSERVACIONES.

Consideramos la importancia tanto de la enfermera como del cuidador principal identificados como indicadores para garantizar la comunicación y continuidad de cuidados de los PCC.

A sí mismo pensamos que la obtención de resultados en salud es un objetivo importante pero también la satisfacción de los usuarios y profesionales que intervienen.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0932

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Se ha tenido que sustituir en esta memoria de seguimiento, al responsable del proyecto, puesto que la persona que figuraba actualmente está en situación de jubilación. Además se han añadido otros componentes en el equipo de mejora porque cuando se realizó este proyecto, se estaba pendiente de un proceso de movilidad de personal en el equipo y no se consideró oportuno reflejar a otros integrantes en este grupo de mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/932 ===== ***

Nº de registro: 0932

Título
ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
JULIAN CAMPOS JUANA MARI

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías crónicas
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Abordaje de la Cronicidad, sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99
Incrementar elaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC.
Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC
Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en cada EAP.

MÉTODO
Formación de los Referentes del Programa del PCC a nivel de Sector II.
Formación en los EAP del Sector II con todos los profesionales del Equipo. Establecimiento de circuitos asistenciales definidos para el PCC en cada Unidad Clínica.
Visitas de los Profesionales de las UCC a los EAP.
Evaluar y valorar la posibilidad de trasladar la experiencia favorecida por la Gerencia del Sector, iniciada en abril de 2018 en los C.S Almozara y San Pablo, de contar con un recurso de enfermería específico para coordinar el Programa de PCC, a otros Centros de la organización.
Se plantea como primera opción, por sus características, el C.S. Sagasta, con los equipos de Ruiseñores y Miraflores.
Feed-back asistencial semanal de actividad realizada en cada Unidad PCC.

INDICADORES
% PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana. 30-35%(Diciembre 2018 16%, 426 pacientes/2898).
% Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa. 65-70% (Diciembre 2018 48%, 363/757).
% PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos. 35-45%.(Diciembre 2018, 30%).
% PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos. 20-25%.(Diciembre 2018, 14%).
% PCC con enfermería identificada. 80-90%.
% PCC con familiares-cuidadores identificados. 80-90%.

DURACIÓN
Formación y visitas a los Centros. Entre enero-mayo 2019.
Establecimiento de circuitos asistenciales consensuados en los EAP para el PCC. Mayo-junio 2019.
Remisión mensual de evolución de indicadores

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0932

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0634

1. TÍTULO

INCORPORACION AL C.S. REBOLERIA DEL PROGRAMA BOOKCROSSING DE LA FUNDACION ELTRANVIA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE MANUEL CUBERO PABLO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO FERNANDEZ LAURA
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOS CARMEN
BRUN SOTERAS CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el inicio del 2018 en el mes de Febrero se contactó con el "Grupo el Tranvia" siendo posible inicio y explicación en el mes octubre.
El 24 se inauguro y se realizo la presentación la comunidad, acudiendo representantes de varia comunidades del barrio La Magdalena colegios e institutos y Colocación de Carteles informativos y las estanterias de libros en el Centro de salud, las estanterias en la sala de espera de pediatria y la de adultos en la entrada del Centro de salud.
Creación en Octubre del Programa fochoero y gestion de libros y llegada de los libros solicitados en Mayo .La incorporación a los fichero lo realizan los responsables y tenemos la colaboración de varias personas voluntarias de varias asociaciones de la comunidad, estudiantes de enfermería y varios profesionales del Centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

**La mayoría de los encuestados adultos NO conocen las estanterías de los libros el 65%
**Entran rápido y no se fijan en ellas .
**No saben que pueden dejar libros suyos que no necesiten 100%
**No saben que se los pueden llevar a casa y devolverlos luego el 85%
** El 85% de la sala de Pediatría si conoce el servicio
** En consultas de adultos el 35% si conocen el programa y solo el 10 % de estos lo han utilizado.
** La satisfacción de los que lo han utilizado es Buena / muy buena del 99%, y creen que mejorara el manejo del silencio en la sala de espera
Libros al inicio del programa 350 se han reincorporado progresivamente sobre unos 1500 y queda a día de hoy 57 en adultos y 45 en infantil y se siguen incorporando nuevas tandas de libros de asociaciones y particulares.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos observado que no hemos informado lo suficiente de este proyecto y no es conocido, sobre todo en la salas de adultos, (independientemente que lo utilicen o no),
Hemos tenido un gran apoyo de todo el Centro de salud y de varias asociaciones y voluntarios para el desarrollo de este programa .
convendría mejora la información posiblemente poniendo carteles en todas las salas de espera, .
Al ser un programa que continua se propondra las mejoras para el proximo año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/634 ===== ***

Nº de registro: 0634

Título
INCORPORACION AL C. S. REBOLERIA DEL PROGRAMA BOOKCROSSING DE LA "FUNDACION EL TRANVIA"

Autores:
CUBERO PABLO MANUEL, ROMERO FERNANDEZ LAURA, GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0634

1. TÍTULO

INCORPORACION AL C.S. REBOLERIA DELPROGRAMA BOOKCROSGING DELA FUNDACION ELTRANVIA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: manejo de silencios en sala de espera
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: calidad en atencion

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ante la puesta en marcha en el CS Las Fuentes de este programa y dentro de las Actividades de la Atención en la comunidad hemos propuesto la puesta en marcha en Nuestro Centro de este programa, para favorecer la lectura de toda la población que acude a nuestro Centro y debido a que, a veces, la espera no es corta, creemos una buena iniciativa de promover esta actividad que le sirva para la mejor atención.

Nos conecta sobre todo con la población infanto-juvenil por lo que tendremos reuniones con el consejo Docente del colegio de la Zona .
Con los adultos, que habitualmente acuden a nuestro Centro

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el ambiente de silencio y Aptitud de los pacientes en la sala de espera; la puesta en marcha en Nuestro Centro de este programa, para favorecer la lectura de toda la población que acude a nuestro Centro y debido a que, a veces, la espera no es corta, creemos una buena iniciativa de promover esta actividad que le sirva para la mejor atención.

Nos conecta sobre todo con la población infanto-juvenil por lo que tendremos reuniones con el consejo Docente del colegio de la Zona .
Con los adultos, que habitualmente acuden a nuestro Centro

MÉTODO

**Ponernos en contacto del responsable con los profesionales del CS las Fuentes que ya lo realizan;
** Con los profesionales del Centro de Salud en mes de Septiembre 2018
**Con el " grupo de El Tranvia" que no explique la metodología; Mes de Octubre-
**Con los Colegios explicando donde lo realizamos y como se va a proceder . Mes de Septiembre-Octubre
** Colocación de Estanterías en Pediatría y en la entrada del C de S. Mes de Junio
**Colocación de Carteles informativos : Mes de Septiembre -octubre
**Creación de Programa: fichero y gestión de libros .Mes de Octubre
** Solicitud de libros. Mes de Mayo

INDICADORES

Evaluación y Resultados Al finalizar el año y continua el próximo año.

** Grado de satisfacción de los usuarios con una Encuesta sencillo que se realizara indicando :
** Si conoce este servicio y si les parece adecuado ; Objetivo ;conocimiento del 75% de los encuestados
**Nº de libros que se han solicitado .20 o más
**Nº de libros que quedan en los estantes.. No menos de 10
**Satisfacción del Usuario que conoce este servicio ; en relación con mejoría del Silencio en la Sala de espera

Objetivo 75% Buena / Muy Buena

Valoración para el seguimiento como se ha propuesto y las mejoras que se deben incorporar en el próximo año.

DURACIÓN

Se iniciara este año en Septiembre -Octubre:
* Contactos con los profesionales del Centro ;
* Con el Grupo "el Tranvia " para la implantacion del metodo y los materiales necesarios.
*Con los Colegios de la zona .
*Creación programa Fichero .
*Colocacion Carteles
y Continuara otro año 2019

OBSERVACIONES

Este es un proyecto a largo plazo y necesita varios años . Además intervienen muchos profesionales y factores a veces difíciles de coordinar, Pero creemos que los beneficios lo merecen.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0634

1. TÍTULO

INCORPORACION AL C.S. REBOLERIA DELPROGRAMA BOOKCROSING DELA FUNDACION ELTRANVIA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1361

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA ATENCION EN URGENCIAS DEL C. S. REBOLERIA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAJON LOZANO DIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS

1)Se realizo (En Junio) previa a la sesión un Test de conocimientos de localización y manejo del material de urgencias de nuestro Centro de salud ; donde se manifestaron las debilidades y déficit . (separados medicina y enfermería)

2)Se realizo (En Octubre) una SESION INFORMATIVA por los responsables del programa en el que se señalo la preocupación del todos los profesionales implicados en la atención Urgente en nuestro centro de salud; el resultado del test ; además se propicio que la incorporación de nuevos profesionales(tanto médicos como enfermería) se notó mas el deficit de conocimiento de nuestra sala de urgencias .

3)Se realizo en esta sesión información sobre los protocolos de atención Urgente CODIGO ICTUS, CODIGO INFARTO ...

4)Se realizaron por los responsables del programa (En Noviembre) 8 Sesiones practicas, en la sala de urgencias, como máximo 6 personas (variables; medicina enfermería) a las 14-15 horas, Donde, in situ, se manejaron todos los materiales necesarios : Desfibrilador laringoscopio, sondas ; Aspiración, manejo de oxigeno y ventiloterapia, lugar de medicación Urgente y donde se localiza todo tipo de material Urgente. y resolucion de dudas que fueron incorporandose, en la actividad
Al final de las reuniones practicas :se realizo y pasó un nuevo Test para valorar si ha habido mejoría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS OBTENIDOS

Participaron el 53 % de los profesionales médicos del centro de salud y (Pediatria 100%) y el 56 % de las enfermeras ; en la contestación de los Tests.

Asistieron a la sesión el 70 % enfermería y 80 % medicina.

Asistieron a las sesiones practicas el 95% medicina 100% pediatria y 90 % enfermería.

**) No ha habido diferencia sobre La presión de Atención Urgente en el centro de un 35 % de los profesionales han tenido que actuar urgente a lo largo del año.

** Aumenta el conocimiento del la disposición del sala de Urgencias de un 66% al 100% .

**Aumento del conocimiento de la Medicación Urgente, Sueros material de Curas del 67% al 100%

**Aumento del conocimiento y material del MALETIN DE URGENCIAS . Y de los Carros de Urgencias localizados en cada Planta del Centro de salud; del 66% al 100%.

**Manejo del Desfibrilador y localización del 66% al 100%.

**Conocimiento y manejo de Oxigeno y ventiloterapia sobre todo en los profesionales medico del 20% al 70% y enfermería siempre manifiesta el100%.

**Conocimiento y manejo de Laringoscopio del 45% al 76%.

**Conocimiento y localización de Sondas Aspirador Aparataje (Apto Tensión, Pulsómetro, etc). del 80 - al 100%.

**Conocimiento de los Protocolos de Atención Urgente,CODIGO ICTUS, CODIGO INFARTO, ANAFILAXIA ...70 al 100%

** Aumenta la comodidad del manejo en Urgencias al sentirse más seguros en el 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES

Se aprecia la mejoría en los conocimientos de los profesionales del Centro de Salud, que repercutirá en la Atención a la población que acuda a nuestro Centro .

Se manifiesta por la seguridad en nuestras actuaciones en La tencion Urgente en nuestro centro de salud . A pesar de la Mejoría importante observada, se señala el déficit de algunos resultados que convendría ser más exigentes (laringoscopia; ventiloterapia, que en medicina, no llega más que al 76%).

A pesar de la satisfaccion de los profesionales en la realización y los resultados, Se nos ha manifestado la necesidad de repetición de esta actividad en forma de recordatorio Anual, para mantener y actualizar los conocimientos y la coordinación, no solo en forma teórica, y sobre todo practica en la misma sala de urgencias. Valoramos pautar de forma Anual la realización de esta Actividad muy valorada, necesaria, y que entre dentro de las actividades habituales de nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.
OBSERVACIONES

Intentar que las sesiones y las reuniones por su importancia en nuestra actividad sea seguida por el 100% de los interesados . .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1361

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA ATENCION EN URGENCIAS DEL C. S. REBOLERIA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1361 ===== ***

Nº de registro: 1361

Título
REVISIONACTUALIZACION DE LA ATENCION EN URGENCIAS EN EL C.S. REBOLERIA

Autores:
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN, GAJON LOZANO DIANA, MURILLO MEDEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Calidad dela atencion Urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tas la ultima revisión y actualización hace mas de 3 años observamos que hemos perdido agilidad en la Atención Urgente en el Centro de salud, convenimos el grupo de calidad actualizar tanto los Planillas de atención de de las diferentes urgencias como del manejo de toda la consulta de Urgencias, Medicación, Maletin de Urgencias Ventiloterapias,oxigeno, desfibrilador etc, como la coordinacion de todos losprofesionales implicados.

RESULTADOS ESPERADOS
** Mejor conocimiento de de las planing de actuacion.
**Mejor conocimiento de la distribución de nuestra Sala deUrgencias.
**Mejor conocimiento ymanejo de la medicación de urgencias.
**Asegurar el planing de Medicina y enfermeria de Atención Urgente.

MÉTODO
1)Reunion de todo elEquipo y explicacion de programa, por los responsables del Programa.
2) En sesion clinica explicacion de las Planillas mas importantes de atencion Urgente,
3) Reunion en la sala de Urgencias, en grupos reducidos de medicina enfermeria en nº de 6 reuniones de la distribucion manejo oxigeno desfibrilador laringoscopios etcy demas elementos necesarios

INDICADORES
A l inicio :test evaluacion de conocimientos y expresion delas dificultades que ha podido tener en la atencion Urgente.

Al final nueva evaluacion del test y valoracion de satisfaccion del programa .

DURACIÓN
Desde Junio del 1º test y ese mismo mes (descanso en vacaciones) y luego septiembre y si queda alguno en octubre las diferentes grupos pasaran a valorar las sala de urgencias y para Diciembre ultimo test, de evaluacion

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

MAGADLENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA ROMERO FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL
ARIZON DEZA MARIA PILAR
ZAPATA ABAD TERESA
BRUN SOTERAS CARMEN
GINER HUESCA MARIA JOSE
CARRION AMBRONA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A)El 2 Febrero de 2017 se creó el equipo de atención comunitaria y se firmo el acta de creación, Crear en el Centro de Salud Actividades Comunitarias que este insertado en la Actividad Sanitaria del Centro; por medio de la estabilidad de un equipo multidisciplinar que coordine y mantenga las actividades que sean necesaria.
Se han realizado 3 sesiones en el Centro de Salud donde se manifiesta, a todo el Centro, el establecimiento del grupo dentro de las actividades habituales a realizar por el centro de Salud. y las actividades puestas en marcha, solicitando la colaboración de los profesionales para la indicación de esta actividad a los pacientes
Se ha creado por Admisión una Agenda específica de actividades comunitarias en la que se inscriben las pacientes que acuden a estas actividades.
Se ha creado un Grupo de Wasap (Magdalena Camina) para que todos los interesados tanto del centro de salud, como las asociaciones de barrio, comunidades de vecinos, (que estén interesados) puedan estar permanentemente informados de los acontecimientos y las actividades. Y en la que se indica las reuniones y los horarios de los responsables. que se mantiene activo en casi el total de las actividades 8/10

B)Hemos realizado el Grupo responsable sesiones; mínimo de 1 al mes, un total de 11; con realización de Micro Actas; en la que acudimos unas 3-7 profesionales del grupo ; en el que se actualiza, pone en marcha y se da cuenta del curso de las actividades de:

a) Paseos cardio-saludables a lo largo de la rivera del Ebro ; Los miércoles de 9:30 -10:30 durante el año escolar ; b) TAY CHI una sesión c) Yoga los martes a las 11 h, en la sala de Maternidad,

C) Reuniones con la asociación de vecinos (1/ trimestre), e) Acuerdos con el PICH para Ejercicios- estiramientos -Gimnasia, en el parque Bruil?? (2 veces por semana lunes y Jueves)

D) Se han realizado 6 sesiones dinimizaciones con Actividades Ludico -Culturales que se han subvencionado por la Dirección de Salud Publica .

E) No hemos podido realizar los talonarios que indicaban la prescripción de Paseos, ejercicio, para repartir desde las consultas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A) La responsable de la realización de Microactas Mª Jose Giner, presenta cuaderno de las Actas que ha realizado durante el año del 6/10 y las que no a podido acudir se realizan por Sara Carrion 4/10.

**Se han realizado 3 sesiones en el Centro de Salud donde se manifiesta, a todo el Centro, el establecimiento del grupo dentro de las actividades habituales a realizar por el centro de Salud. y las actividades, que hemos realizado

**Se ha creado por Admisión una Agenda específica de actividades comunitarias

**El Grupo de Wasap (Magdalena Camina) para que todos los interesados tanto del centro de salud, como las asociaciones de barrio, comunidades de vecinos, (que estén interesados) ha mantenido y mantiene todos los contactos tanto en el Centro como del Consejo de Salud, que lo han solicitado como de las diferentes asociaciones de barrio; Han aumentado

**Reuniones y los horarios de los responsables. que se mantiene activo en casi el total de las actividades 8/10

B) Hemos realizado el Grupo responsable sesiones; mínimo mensuales, un total de 11 Que supone el 8/10 de las convocadas

C) Reuniones con la asociación de vecinos (1/ trimestre), 10/10

e) Acuerdos con el PICH para Ejercicios- estiramientos -Gimnasia, en el parque Bruil?? (2 veces por semana lunes y Jueves) supone 10 /10

D) Paseos cardio-saludables a lo largo de la rivera del Ebro: media 15-20 participantes / semana ; b) TAY CHI una sesión 40 c) Yoga : 10 participantes / semana.

Se han realizado 6 sesiones dinimizaciones con Actividades Ludico -Culturales que se han subvencionado por la Dirección de Salud Publica . suponen 10/10 de las ofertadas

E) No hemos podido realizar los talonarios que indicaban la prescripción de Paseos, ejercicio, para repartir desde las consultas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se manifiesta la buena acogida por parte de los profesionales del Centro de Salud y la manifestación de los pacientes caminantes y de la población en general, que se sabe conocedora de las actividades que realizamos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

MAGDALENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO

desde el Centro de salud y de la mayor relación, tanto con el CONSEJO DE SALUD como las diferentes ASOCIACIONES DE VECINOS, AYUNTAMIENTO ...
Proponemos al Equipo de salud para la colaboración de estas actividades que con lleva tiempo y soliciatar ayuda para al gestion e agendas y leberalizacion de tiempo.
Intentaremos poder realizar el objetivo E) la realizacion de talonario que quedaria dentro de las actividades del año que viene.

Dentro de los nuevos objetivos del grupo para el proximo año la realizacion de RAPIDAL APRAIXAL(Diagnostico rapido de Necesidades de Salud de Barrio), para valora mejor la necesidades y encauzarlas en actividades efectivas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1423 ===== ***

Nº de registro: 1423

Título
MAGDALENA CAMINA. PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCION DE LA SALUD EN EL BARRIO

Autores:
ROMERO FERNANDEZ LAURA, GARCIA GUTIERREZ CARMEN, ECHEVERRI OYAGA ANA, ARIZON DEZA MARIA PILAR, ZAPATA ABAD TERESA, BRUN SOTERAS CARMEN, CARRION AMBRONA SARA, GINER HUESCA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patologia crónicas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: fomentar la participación comunitaria en los objetivos de salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto se empieza a concebir por la necesidad de asesorar a los pacientes crónicos en su autocuidado, controlar la hiperdemanda asistencial y la sobremedicación de los mismos con sus complicaciones. Tras realizar varios años talleres de educación diabetológica se detecta un mejor control de la enfermedad por parte de los pacientes que lo habían realizado. Unido a la publicación de estudios que muestran que el ejercicio físico y cambios dietéticos en los pacientes crónicos (Diabetes, HTA, EPOC y Obesidad) tienen evidencia científica de mejoría de la enfermedad de tipo A (al contrario de lo que ocurre con la medicación farmacológica y la hiperfrecuentación al Centro de salud). Estos antecedentes unidos al interés de las AAVVs para crear actividades que cohesionasen la convivencia en el barrio fueron el punto de partida del Proyecto

RESULTADOS ESPERADOS
Crear en el ámbito del Centro de Salud una concienciación activa sobre la importancia de modificar los estilos de vida de los pacientes crónicos. y corresponsabilizar a los mismos en el control de su enfermedad. Inicialmente la población diana a la que iban dirigidas las actividades de motivación era a los pacientes crónicos (diabetes, HTA, EPOC, y Obesidad). El objetivo fué animar a personas sedentarias con patologías crónicas e hiperfrecuentadores a realizar caminatas con los vecinos por el barrio, probar actividades físicas nuevas (baile, Tai-Chi, marcha nórdica, yoga, ejercicios de tonificación, ejrcicios de estiramientos...) Y tambien aprovechar el ambiente lúdico y social para proponer pautas de alimentación saludable y restrictiva que ayude a modificar hábitos.

MÉTODO
ACTIVIDADES DEL PROYECTO EN 2017
A- Cohesionar y fortalecer el Equipo de Salud Comunitaria del CS que junto con algún representante de la AAVV lleva gestionando el Proyecto durante cinco años.

B- Porcentaje de microactas de las reuniones mantenidas con fecha, participantes y decisiones tomadas.

C- Número de reuniones en las que participa la presidenta o persona en quien delegue la AAVV u otras Asociaciones o representantes de la Comunidad. .

D- Dinamización de los Paseos de los miercoles con varias actividades lúdico-culturales (para lo que tenemos un Proyecto aprobado y subencionado por Dirección de Salud Pública DGA) y motivar a las demás actividades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

MAGADLENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO

E- Con respecto a poder facilitar que todos los miembros del Equipo de Salud del CS participen en el Proyecto, repartiremos a modo de talonarios con las actividades y fechas previstas impresas invitando a todos a prescribirlas/proponerlas a sus pacientes. Nuestro indicador será el número de "recetas entregadas por profesional". Nos proponemos iniciar esta actividad en el último trimestre

INDICADORES

OBJETIVO A (2017): mantener un responsable para la realización de microactas de cada reunión. Sustituirle o comunicarle el contenido si no está presente y comunicar a través del grupo de watsapp a todos los miembros lo hablado en cada reunión. Nos proponemos alcanzar este objetivo al menos en 7/ 10 de las reuniones previstas.

OBJETIVO B (2017) Nos proponemos llegar al 7/10 de las reuniones que mantengamos, dadas las condiciones de máxima dificultad para coordinar horarios y mínimo tiempo disponible.

OBJETIVO C (2017) : queremos alcanzar 7/10 reuniones previstas

OBJETIVO D (2017):sostener o incrementar la participación actual: una media de 20 "paseantes" a la semana, de 30 en la gimnasia de lunes y jueves, de 9 en la clases de Yoga y de 60 en el curso de Iniciación de Tai-Chi

OBJETIVO E (2017): nuestro indicador a alcanzar será de 20 entregas por profesional

(se entiende que en participación poblacional, los límites marcados son los inferiores y el límite superior pretendemos que sea lo más alto posible)

DURACIÓN

En estas fechas casi todas las actividades están ya realizadas pues tienden a ir vinculadas al calendario escolar. Solo quedan pendiente dos sesiones de dinamización con la empresa Gozarte por el casco histórico (una en Octubre y otra en Noviembre 17) y tenemos previsto nuestra evaluación final de Objetivos en Diciembre 17.

A: Responsable de la elaboración las Actas : Maria José Giner

B- Responsable de difusión de la información por watsapp al resto del Equipo: Sara Carrión

C- Responsable de informar y animar a participar en nuestras reuniones a los miembros de la Comunidad: Carmen Brun

E- Responsable de la elaboración y difusión de los "talonarios de Prescripción". Ana Isabel Echeverri

Evaluaremos en Diciembre 2017 y programaremos las nuevas actividades a desarrollar en 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020 PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA ROMERO FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZAPATA ABAD TERESA
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL
ARIZON DEZA PILAR
BRUN SOTERAS CARMEN
GINER HUESCA MARIA JOSE
CARRION AMBRONA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ANEXO: MAGDALENA CAMINA 2018

1-ACTIVIDADES A LO LARGO DEL CURSO ESCOLAR

Promoción de la Actividad Física

- -Gym en el Parque: Lunes y Jueves de 9,30 a 10,30h (entrenador físico Angel Nalvaez)
- -Paseos cardiosaludables: Miércoles de 9,30 a 10,30h (participan casi todos los trabajadores del CS)
- - Yoga: Lunes de 10,30-11,30h (profesora Marta Bondia)
- - Tai-Chi: Martes de 17-18h (profesora Ana Royo)

Promoción de la Salud Mental

- -Taller de Mindfulness: Lunes 18-19h (Dr. Ruiz Urtioz)
- -Taller de Inteligencia Emocional: Jueves de 10,30-11,30h (profesora Pilar Melero)
- -Danzaterapia para personas con tristeza: Martes de 10,30-11,30h (profesor Jorge Vaillant)

Promoción de la Autonomía Personal

- -Danzaterapia para Personas de Movilidad Reducida (incluso en silla de ruedas): Jueves de 17-18h (profesor Jorge Vaillant)

Promoción de la Salud Materno-Infantil

- -Taller de Apoyo a la Crianza para madres y padres: Viernes de 9,30-11h (pediatra Dra Mallada)

Promoción de la salud de la mujer

- -Taller de Habilidades para Afrontar la Menopausia (matrona María Jesús Vela)

Promoción de Espalda Sana y prevención de lesiones musculoesqueléticas

- -Diversas sesiones programadas de Reeducación Postural Global, ejercicios para tonificar la espalda,

Ejercicios de estiramientos, Ejercicios para fortalecer musculatura cervical, etc, impartidas por las dos

fisioterapeutas del CS algunos días coincidiendo con los Paseos cardio-saludables.

Promoción de la nutrición saludable

- Desayunos con fruta tras los Paseos, en el Mercado de San Vicente de Paul (gentileza del Mercado).
- Una vez al año, en Primavera desayuno de convivencia con los paseantes del cs San Pablo.

Promoción de la Cultura y fomento de la lectura

- -Aprovechando los Paseos, se organizan visitas a Museos, actividades de conocimiento del arte y la historia del barrio impartidas por expertos, paseos didácticos con técnicos medio ambientales, etc.

- -Un equipo de voluntarios y trabajadores del C S. se encarga, durante todo el año, de recepcionar,

catalogar y etiquetar libros para dos puntos de Bookcrossing en el Centro.

(Todas las actividades que el Grupo de Comunitaria desarrolla: se comunica al resto del Equipo del Centro de Salud en las reuniones de Equipo periódicas y por comunicados internos. Se encuentra cada vez más colaboración por parte de los miembros que no forman parte de este Grupo de Comunitaria. Las actividades se anuncian a la población por carteles y folletos en el Centro de Salud, Asociación de Vecinos y barrio).

(Para cada actividad se preparan materiales diferentes: folletos, músicas, presentaciones power-point, pelotas, cintas de baile...etc)

2-ACTIVIDADES PUNTUALES: "CREANDO ALIANZAS DE SALUD EN EL BARRIO"

- Fiesta de puesta en funcionamiento del Bookcrossing: 24 de Octubre de 2018.
- Participación en las Jornadas de Salud en el Barrio en el Centro de Historias: 30 de Octubre de 2018.
- Participación en el trabajo de "Estrategia Integral para la Población Gitana" en colaboración con el Colectivo gitano de Zaragoza y el departamento de Gestión y Participación Ciudadana del Salud. Varias reuniones a lo largo del año.
- Colaboraciones puntuales con el Proyecto de Promoción de la Salud y acompañamiento de Cáritas para personas en situación de exclusión social (Centro San Nicolás): 30 Mayo.
- Fiestas de Limpieza en el Barrio y talleres de trabajo relacionadas con buenas prácticas de convivencia, colaborando con Vecindaya y Amediar: 22 de Mayo, 29 de Mayo y 20 de Junio 2018.
- Celebración del Día Mundial contra el Tabaco en el Centro De Salud: 31 mayo 2018).
- Dinamización de los Paseos Cardiosaludables con la actividad lúdica "La Zaragoza de las tres Culturas" con la colaboración de la Asociación de Vecinos y Gozarte.
- Participación del Grupo de Comunitaria de Rebolería en diversas actividades específicas de Formación organizadas por Salud Pública (DGA), Salud Comunitaria (Salud), Congresos, Jornadas, reuniones de PCAP, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020 PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)

- Colaboración docente con la Universidad (Master de Salud Pública), y con diversas Jornadas Científicas y Congresos aportando nuestra experiencia.
- Dinamización del Consejo de Salud a través invitaciones a participar a personas nuevas que desarrollan actividades en el barrio relacionadas con la Salud, proyección de videos con otras experiencias, y aportando propuestas nuevas que ilusionen y empoderen a sus componentes (tres reuniones en 2018)
- Coordinación de un DIAGNÓSTICO DE SALUD Y MAPEO DE ACTIVOS DE SALUD a lo largo del mes de Noviembre y Diciembre 2018 en el barrio. Han participado en su elaboración: los alumnos del IES D. Pedro de Luna, los alumnos del Colegio Tenerías, varios miembros del Centro de Mayores El Boterón, y la Asociación de Vecinos San Agustín-Parque Bruil. Posteriormente se ha depurado la información, se ha georreferenciado y estamos en el proceso de publicar y difundir los resultados. Este MAPEO se ha realizado con la colaboración del PICH y el trabajo de cuatro EIREs especializadas en Salud Comunitaria. Los resultados se presentarán en una fiesta en el mes de Marzo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

(Ver Proyecto de Evaluación enviado el año (2018) pasado a Subdirección)

- 1º En cada actividad, al finalizar el curso se pasa una evaluación al usuario y al profesor que lo ha impartido y esta evaluación sirve para programar las actividades del siguiente curso escolar.
- 2º. El Mapa de ACTIVOS DE SALUD está ya disponible en Google y en la WEB de Comunitaria y actualmente estamos en el proceso de difusión de los datos en el barrio (carteles, folletos, etc). El próximo mes de Marzo 2019 se celebrará la Fiesta de la Salud, posiblemente en la Casa de la Historia, donde los propios protagonistas (Mayores del barrio, niños del Colegio Tenerías, adolescentes del IES d Pedro de Luna, miembros de la Asociación de Vecinos...) que han recogido los datos, presentarán los resultados al resto del barrio.
- 3º. Participación en el proceso de Mapeo de Activos de Salud: han participado un 90% por % de las Asociaciones a las que les habíamos pedido colaboración con el Mapeo con gran entusiasmo y disposición. El resultado ha sido muy satisfactorio y también divertido e integrador. Considerábamos inicialmente que si accedían a participar la mitad de las Asociaciones/ Instituciones que invitábamos era ya positivo.
- 4º. El número de informantes clave a sido muy superior a los 10 que habíamos considerado cómo mínimo.
- 5º. En cada categoría de Activos de Salud se han registrado más de 10 Activos de cada categoría, que era el mínimo, que en el desarrollo del proceso habíamos valorado como positivo.
- 6º. El proceso de difusión no lo podemos valorar por estar actualmente trabajando en ello. Presentaremos los resultados en 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos encontrado muchos beneficios colaterales del Proyecto (valor añadido) que no esperábamos encontrar y que hacen que nuestro entusiasmo se incremente cada nuevo curso: gran aceptación en los vecinos, nueva actitud más positiva frente al Centro de Salud, nueva conciencia de desmedicalizar el malestar psicológico, creación de redes de colaboración mutua entre las diferentes instituciones que en el campo de la Salud trabajan en el barrio, convivencia entre los vecinos, socialización de personas que viven solas, mas cohesión interna del Equipo del Centro de Salud, satisfacción de los usuarios por vivir en un barrio con muchos Activos de Salud. etc. Nos queda pendiente seguir formándonos, especialmente en el campo de la Evaluación de la Promoción de la Salud y en el manejo de las Nuevas Tecnologías . Seguimos haciendo cursos e intentando mejorar.

7. OBSERVACIONES.

Ha supuesto un gran avance para este Proyecto la valoración, por parte de Dirección, del trabajo con la Comunidad que ya desde mucho tiempo se venía haciendo. El poder liberar a algún profesional algún día al mes para trabajos Comunitarios: ha permitido que el Proyecto se haya podido desarrollar, porque permite las reuniones por la mañana en Instituciones y Fundaciones. Todavía nos cuesta tener claro donde y como se deben presentar las diversas memorias y evaluaciones (Dto de Garantías del Usuario del Salud, Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS), SARES, Subdirección de Gestión y Participación Ciudadana, etc). Nos ayudaría mucho un proceso de unificación (RAPPS-Salud). Otra observación es que en el Equipo de trabajo solo se permite poner 8 componentes y tenemos que incluir a la matrona (María Jesús Vela) y la pediatra (María Pilar Mallada) que trabajan arduamente preparando una sesión semanal muy dinámicas y elaboradas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1423 ===== ***

Nº de registro: 1423

Título
MAGDALENA CAMINA. PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCION DE LA SALUD EN EL BARRIO

Autores:
ROMERO FERNANDEZ LAURA, GARCIA GUTIERREZ CARMEN, ECHEVERRI OYAGA ANA, ARIZON DEZA MARIA PILAR, ZAPATA ABAD TERESA, BRUN SOTERAS CARMEN, CARRION AMBRONA SARA, GINER HUESCA MARIA JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020 PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología crónicas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: fomentar la participación comunitaria en los objetivos de salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto se empieza a concebir por la necesidad de asesorar a los pacientes crónicos en su autocuidado, controlar la hiperdemanda asistencial y la sobremedicación de los mismos con sus complicaciones. Tras realizar varios años talleres de educación diabetológica se detecta un mejor control de la enfermedad por parte de los pacientes que lo habían realizado. Unido a la publicación de estudios que muestran que el ejercicio físico y cambios dietéticos en los pacientes crónicos (Diabetes, HTA, EPOC y Obesidad) tienen evidencia científica de mejoría de la enfermedad de tipo A (al contrario de lo que ocurre con la medicación farmacológica y la hiperfrecuentación al Centro de salud). Estos antecedentes unidos al interés de las AAVVs para crear actividades que cohesionasen la convivencia en el barrio fueron el punto de partida del Proyecto

RESULTADOS ESPERADOS

Crear en el ámbito del Centro de Salud una concienciación activa sobre la importancia de modificar los estilos de vida de los pacientes crónicos. y corresponsabilizar a los mismos en el control de su enfermedad. Inicialmente la población diana a la que iban dirigidas las actividades de motivación era a los pacientes crónicos (diabetes, HTA, EPOC, y Obesidad). El objetivo fue animar a personas sedentarias con patologías crónicas e hiperfrecuentadores a realizar caminatas con los vecinos por el barrio, probar actividades físicas nuevas (baile, Tai-Chi, marcha nórdica, yoga, ejercicios de tonificación, ejercicios de estiramientos...) Y también aprovechar el ambiente lúdico y social para proponer pautas de alimentación saludable y restrictiva que ayude a modificar hábitos.

MÉTODO

ACTIVIDADES DEL PROYECTO EN 2017

A- Cohesionar y fortalecer el Equipo de Salud Comunitaria del CS que junto con algún representante de la AAVV lleva gestionando el Proyecto durante cinco años.

B- Porcentaje de microactas de las reuniones mantenidas con fecha, participantes y decisiones tomadas.

C- Número de reuniones en las que participa la presidenta o persona en quien delegue la AAVV u otras Asociaciones o representantes de la Comunidad.

D- Dinamización de los Paseos de los miércoles con varias actividades lúdico-culturales (para lo que tenemos un Proyecto aprobado y subencionado por Dirección de Salud Pública DGA) y motivar a las demás actividades.

E- Con respecto a poder facilitar que todos los miembros del Equipo de Salud del CS participen en el Proyecto, repartiremos a modo de talonarios con las actividades y fechas previstas impresas invitando a todos a prescribirlas/proponerlas a sus pacientes. Nuestro indicador será el número de "recetas entregadas por profesional". Nos proponemos iniciar esta actividad en el último trimestre

INDICADORES

OBJETIVO A (2017): mantener un responsable para la realización de microactas de cada reunión. Sustituirle o comunicarle el contenido si no está presente y comunicar a través del grupo de watsapp a todos los miembros lo hablado en cada reunión. Nos proponemos alcanzar este objetivo al menos en 7/ 10 de las reuniones previstas.

OBJETIVO B (2017) Nos proponemos llegar al 7/10 de las reuniones que mantengamos, dadas las condiciones de máxima dificultad para coordinar horarios y mínimo tiempo disponible.

OBJETIVO C (2017) : queremos alcanzar 7/10 reuniones previstas

OBJETIVO D (2017):sostener o incrementar la participación actual: una media de 20 "paseantes" a la semana, de 30 en la gimnasia de lunes y jueves, de 9 en la clases de Yoga y de 60 en el curso de Iniciación de Tai-Chi

OBJETIVO E (2017): nuestro indicador a alcanzar será de 20 entregas por profesional

(se entiende que en participación poblacional, los límites marcados son los inferiores y el límite superior pretendemos que sea lo más alto posible)

DURACIÓN

En estas fechas casi todas las actividades están ya realizadas pues tienden a ir vinculadas al calendario escolar. Solo quedan pendiente dos sesiones de dinamización con la empresa Gozarte por el casco histórico (una en Octubre y otra en Noviembre 17) y tenemos previsto nuestra evaluación final de Objetivos en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020 PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)

Diciembre 17.

A: Responsable de la elaboración de las Actas : Maria José Giner

B- Responsable de difusión de la información por whatsapp al resto del Equipo: Sara Carrión

C- Responsable de informar y animar a participar en nuestras reuniones a los miembros de la Comunidad: Carmen Brun

E- Responsable de la elaboración y difusión de los "talonarios de Prescripción". Ana Isabel Echeverri

Evaluablemos en Diciembre 2017 y programaremos las nuevas actividades a desarrollar en 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0624

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ANGELA MUÑOZ MERCADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
ORDOÑEZ ARCAU ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Mayo se realiza una sesión de equipo informativa de los criterios de derivación correctos a esta consulta. Se ajusta la agenda al horario más apropiado para dar accesibilidad a los pacientes que trabajan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se analiza el último trimestre de 2018 de las agendas y se obtienen los siguientes resultados:
. Total de pacientes atendidos 76, que supone un incremento de 21 en valor absoluto y representa un 38.19% respecto al mismo periodo de 2017. Lo cual nos da una idea de la buena aceptación de esta consulta.
. El total de pacientes que no acuden son 5, lo cual supone un 6.57 % del total de citados. Cumpliéndose el objetivo planteado al inicio del programa.
. Hay 2 pacientes citados que no reúnen los criterios de derivación (Richmond >6) Esto supone un 2, 63% del total. En este sentido no hemos alcanzado nuestro objetivo que planteábamos en 0 pacientes mal derivados, o lo que es lo mismo 100% bien derivados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general los objetivos se han cumplido, aunque queda pendiente la completa derivación correcta, esto lo solucionaremos realizando otra sesión de equipo y recordando los criterios.
El equipo de mejora hemos tenido un gran interés en llevar a cabo las actividades necesarias para mejorar la atención al paciente fumador y optimizar la consulta al máximo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/624 ===== ***

Nº de registro: 0624

Título
OPTIMIZACION DEL ACONSULTA MONOGRAFICA TABACO /EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
MUÑOZ MERCADO ANGELA, GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: y los profesionales
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
los Profesionales responsable del programa ha observado una gran variabilidad en las derivaciones ; lo que ha supuesto un fallo de la atención con falta de asistencia a la consulta del hasta menos del 50% de los citados; (no manteniéndose los criterios necesarios "Test de Richmond >6"):
para su valoración implicando una pérdida de efectividad; llevando mas tiempo de atención, retraso en su inicio e incluso salida-rechazo del programa . Desvirtuando la utilidad del programa.

RESULTADOS ESPERADOS

1.) Mejora la derivación a Consulta Monográfica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0624

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

2.) Mejorar la efectividad de la consulta Monográfica

La población Afectada: Son los profesionales sanitarios Médicos y Enfermeras del Centro de salud. Y secundariamente los pacientes fumadores

MÉTODO

çç Realización de Nueva Sesión clínica con todos los profesionales medicina / enfermería implicados ; por la responsable del programa señalando . Las dificultades y los problemas encontrados
çç Ajuste del horario de la consulta horas extremas (primeras y ultima hora de la mañana) para no interferir con el trabajo de los pacientes.

INDICADORES

Método/ Indicadores

- 1) Porcentaje de pacientes citados que acuden a consulta : N° de pacientes que acuden a consulta de tabaco / N° de pacientes citados .
- 2) Porcentaje de pacientes sin valorar el grado interés en dejar de fumar por el Test Richmond.: N° de pacientes con test de Richmon >6/ N° pacientes derivados a consulta.

Al cabo del año en la nueva evaluación se consiga que esta consulta sea mas efectiva y obtener los beneficios sanitarios por lo que ha sido creada.

- 1) Que acudan a las consultas el 70-80 % de los citados.
- 2) Que el 100% de los pacientes que se citen tengan realizado el Test de Richmond .

DURACIÓN

Se iniciara en el mes de Abril;
Sesión Clínica Mayo:
Realización de ajuste de Horario ; Junio.
Evaluación Final Terminara en Diciembre.

OBSERVACIONES

La consulta especifica tabaco/ EPOC se ha inicado este año en el Centro de salud siendo muy valorada por todo el equipo, pero como hemos señalado mal aprovechada por la mala gestion en derivacion de los profesionales, creemos que estas correcciones mejore su eficiencia

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0624

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ANGELA MUÑOZ MERCADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDOÑEZ ARCAU ALBERTO
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas durante 2018 por el equipo de mejora han sido:

1). Reunión de equipo en el mes de mayo para recordar a los profesionales del centro los criterios correctos de derivación a consulta monográfica de Tabaco:

1.1 Previo paso por consulta médica o de enfermería para crear el episodio de dependencia de tabaco y pasar el test de Richmond.

1.2 Que tengan un test de Richmond > o igual a 6 para que la motivación sea adecuada.

2). Extracción de datos a final del mes de diciembre de 2019 de OMI-AP, valorando los datos del tercer cuatrimestre del 2019 como muestra, tomando así un muestreo no probabilístico accidental, al igual que años anteriores. Se valorara:

- N° total de pacientes atendidos.

- N° total de consultas de primer día.

- N° total de consultas de seguimiento.

- N° de pacientes citados que acuden a consulta de primer día y de seguimiento.

- N° de pacientes bien derivados, es decir, con un Richmond > o igual a 6.

Se estableció este periodo por ser el de mayor estabilidad en cuanto a citaciones en consulta, por verse menos afectado por cuestiones de agenda, vacaciones, sustituciones etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados han sido los siguientes:

1. Sobre un total de 50 pacientes citados, en el periodo analizado utilizado como muestra, 19 de ellos corresponden a consultas de primer día y 31 a consultas de seguimiento.

El total de pacientes que acuden a consulta monográfica de primer día son 16 y de seguimiento 25, lo que supone un total de 42 pacientes que representan un 84% de asistencia utilizando como indicador:

N° de pacientes que acuden a consulta/N° total de pacientes citados en consulta x100

Al inicio del proyecto en la evaluación de 2017 este dato era de un 50%, con lo cual, después de 2 años este dato ha mejorado consiguiendo el objetivo planteado al inicio del proyecto.

2. En cuanto a la derivación correcta a esta consulta con un Richmond > o igual a 6, del total de 19 pacientes citados de primer día sólo acuden 16 pacientes, si se tiene en cuenta que, de los 3 pacientes que no acuden uno de ellos se citó a demanda desde admisión y no acudió; con lo cual, no se puede utilizar este dato para valorar la pertinencia de si cumple los criterios de derivación al desconocerse el dato, se desprecia esta cita, quedando un total de 18 citados en consulta de primer día desde las consultas médicas o de enfermería, de los cuales asisten 16 con un Richmond > o igual a 6 y el episodio de dependencia de tabaco creado. Esto supone un 88.89% utilizando el indicador:

N° de pacientes de primer día que acude a consulta con un Richmond > o igual a 6/ N° total de pacientes de primer día citados en consulta x 100

Teniendo en cuenta que, al inicio del proyecto este dato suponía un 50%, se considera que el criterio de alcanzar un 100% de derivaciones correctas al inicio del proyecto, no es factible y se da por bueno los resultados alcanzados. Se analizará alguna intervención posterior que se mencionará en las conclusiones.

3. Respecto a las consultas citadas de primer día que no reúnen los criterios de derivación, cabe destacar que, de los 3 pacientes que no acudieron a consulta uno de ellos estaba correctamente derivado y otro como ya hemos comentado no procedía de las consultas, por tanto la derivación correcta a consulta monográfica de tabaco supone un total de 94.44% utilizando el indicador:

N° de pacientes citados desde las consultas con un Richmond > o igual a 6/N° total de pacientes citados desde las consultas x 100

Este indicador, que no se incluyó al inicio del proyecto, resulta apropiado introducirlo en este momento de la evaluación final porque da mas información acerca de la evolución conseguida para alcanzar una buena derivación por parte de los profesionales del equipo a esta consulta monográfica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Las sesiones realizadas para recordar a los profesionales del equipo los criterios de derivación a esta consulta han influido muy positivamente en la consecución de la mejora de los resultados hasta conseguir una asistencia del 84%, que está dentro de los parámetros esperados según los datos de asistencia en las diferentes unidades de deshabitación tabáquica que existen.

2. También ha contribuido a este incremento de la asistencia el haber adaptado, en la medida de lo posible, la accesibilidad a esta consulta en cuanto a horarios de cita a la población fumadora, que en su mayoría tienen una edad < 65 años, y por tanto, es una población mayoritariamente trabajadora, teniendo que adaptar sus horarios a las consultas posteriores de seguimiento, citando pacientes incluso a las 8h de la mañana.

3. Se recordará los años sucesivos mediante mensaje a través de OMI-AP o en reunión de equipo como derivar correctamente a los pacientes, y así se informará a los profesionales que pudieran incorporarse al equipo, al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0624

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

igual que, se recordará a los ya existentes. Todo ello para conseguir que esta consulta sea mas operativa.

7. OBSERVACIONES.

Como limitaciones cabe destacar que durante el año 2019 y debido a la jubilación de la Dra. M^a Teresa Lambán Sanchez, profesional que formaba parte de la consulta monográfica, esta consulta se ha visto reducida a un día/dos semanas, en lugar de un día/semana como se planteo en un inicio, de ahí la disminución de consultas totales este año.

Para este año 2020 y dado que la vareniclina ha pasado a estar financiada, se ha visto aumentada la demora para acceder a esta consulta, por lo que se ha pedido colaboración a otro profesional del equipo para que se incorpore a esta consulta. En estos momentos está pendiente de solucionarse.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/624 ===== ***

Nº de registro: 0624

Título
OPTIMIZACION DEL ACONSULTA MONOGRAFICA TABACO /EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
MUÑOZ MERCADO ANGELA, GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: y los profesionales
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
los Profesionales responsable del programa ha observado una gran variabilidad en las derivaciones ; lo que ha supuesto un fallo de la atención con falta de asistencia a la consulta del hasta menos del 50% de los citados; (no manteniéndose los criterios necesarios "Test de Richmond >6"): para su valoración implicando una perdida de efectividad; llevando mas tiempo de atención, retraso en su inicio e incluso salida-rechazo del programa . Desvirtuando la utilidad del programa.

RESULTADOS ESPERADOS
1.) Mejora la derivación a Consulta Monográfica.
2.) Mejorar la efectividad de la consulta Monográfica

La población Afectada: Son los profesionales sanitarios Médicos y Enfermeras del Centro de salud. Y secundariamente los pacientes fumadores

MÉTODO
çç Realización de Nueva Sesión clínica con todos los profesionales medicina / enfermería implicados ; por la responsable del programa señalando . Las dificultades y los problemas encontrados
çç Ajuste del horario de la consulta horas extremas (primeras y ultima hora de la mañana) para no interferir con el trabajo de los pacientes.

INDICADORES
Método/ Indicadores
1) Porcentaje de pacientes citados que acuden a consulta : Nº de pacientes que acuden a consulta de tabaco / Nº de pacientes citados .
2) Porcentaje de pacientes sin valorar el grado interés en dejar de fumar por el Test Richmond.: Nº de pacientes con test de Richmon >6/ Nº pacientes derivados a consulta.

Al cabo del año en la nueva evaluación se consiga que esta consulta sea mas efectiva y obtener los beneficios sanitarios por lo que ha sido creada.

1) Que acudan a las consultas el 70-80 % de los citados.
2) Que el 100% de los pacientes que se citen tengan realizado el Test de Richmond .

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0624

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

Se iniciara en el mes de Abril;
Sesión Clínica Mayo:
Realización de ajuste de Horario ; Junio.
Evaluación Final Terminara en Diciembre.

OBSERVACIONES

La consulta especifica tabaco/ EPOC se ha inicado este año en el Centro de salud siendo muy valorada por todo el equipo, pero como hemos señalado mal aprovechada por la mala gestion en derivacion de los profesionales, creemos que estas correcciones mejore su eficiencia

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0634

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD 2019, CONTINUACION 2018 INCORPORACION DEL PROGRAMA BOOKCROSSING (FUNDACION EL TRANVIA)

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MANUEL CUBERO PABLO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROMERO FERNANDEZ LAURA
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
BRUN SOTERAS CARMEN
CABELLO TERUEL CARMEN
BERGES MATA PAULA
MAGAÑA BALANZA SARA
CARRION AMBRONA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Proyecto continuacion iniciado en 2018, iniciada en octubre y contunuo sendo valorada en diciembre de 2019, afecta a la poblacion de nuestra Zona de salud, El objetivo crear un ambiente de silencio y mejora de la actitud e los pacientes en las salas de espera y favorecer la lectura, tras la 1º valoración finales de 2018 se aprecio la necesidad de aumentar su conocimiento con la colocacion de carteles, y la solicitud de ayuda a los comunidad en la gestion del **Se reviso por los profesionales responsables en el mes de marzo y se valoraron los resultados obtenidos

**Se mantuvieron y ampliaron la recogida de libros Nuevos, su Registro en el Programa de forma continua por los profesionales responsables y (en horario sin presión asistencial dentro del horario Laboral) sobre todo los colaboradores de la comunidad, con apoyo de la actividad en horario de los jueves de 10-13h

**La exposición de carteles informativos en todas las plantas del CS.

** Realización de consultas en forma de test de conocimiento y satisfacción de las personas que acudieron al CS en dos días de forma aleatoria y sobre el manejo de los libros

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se encuestaron 27 personas 6 niños y 21 adultos;
En Pediatría conocen el 100% de los encuestados y los utilizan.

En el resto de las consultas :

** El 85% conocen las Estanterías de libros (mejoría del 35%, del año anterior)

-El 85% ha visto los Carteles informativos; solo el 22% los ha utilizado.

El 67% si sabe que puede llevarlos a casa y/o traer libros.

** El 92% Cree que es beneficioso para las personas y para el Centro de salud (Objetivo de mejora del 75%), mejora la tranquilidad en la sala de espera y el silencio.

En el último control: persistían 12 libros en las estanterías de Pediatría y 120 en la general del CS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tas el proyecto asistencial de 2 años de duracion, comparandolos resultados con el año anterior, con los nuevos objetivos propuestos llegamos a la conclusion, de que : la lectura y el tener libros en la sala de espera ha demostrado ser beneficioso en la impresion de disminuir el ruido y el grado de satisfacción, este proceso se mantendra pero no sera evaluado.

Los recursos empleados Hemos necesitado el apoyo de los servicios informaticos, para dar claves de acceso a Internet a los voluntarios que nos han ayudado.

Y la colocación de cartelria informativa en las salas

7. OBSERVACIONES.

Al ser un Proyecto dinamico con una duracion de dos años, almismo se han ido incorporando dos personas nuevas: Paula Berges Mata y Carmen Cabello teruel y debemso agradecer la colaboaracion desinteresada en el trabajo de voluntarios de la Asociación de vecinos del Parque Bruil San Agustin

*** ===== Resumen del proyecto 2018/634 ===== ***

Nº de registro: 0634

Título
INCORPORACION AL C. S. REBOLERIA DEL PROGRAMA BOOKCROSSING DE LA "FUNDACION EL TRANVIA"

Autores:
CUBERO PABLO MANUEL, ROMERO FERNANDEZ LAURA, GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0634

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD 2019, CONTINUACION 2018 INCORPORACION DEL PROGRAMA BOOKCROSIN (FUNDACION EL TRANVIA)

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: manejo de silencios en sala de espera
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: calidad en atencion

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ante la puesta en marcha en el CS Las Fuentes de este programa y dentro de las Actividades de la Atención en la comunidad hemos propuesto la puesta en marcha en Nuestro Centro de este programa, para favorecer la lectura de toda la población que acude a nuestro Centro y debido a que, a veces, la espera no es corta, creemos una buena iniciativa de promover esta actividad que le sirva para la mejor atención.

Nos conecta sobre todo con la población infanto-juvenil por lo que tendremos reuniones con el consejo Docente del colegio de la Zona .
Con los adultos, que habitualmente acuden a nuestro Centro

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el ambiente de silencio y Aptitud de los pacientes en la sala de espera; .
la puesta en marcha en Nuestro Centro de este programa, para favorecer la lectura de toda la población que acude a nuestro Centro y debido a que, a veces, la espera no es corta, creemos una buena iniciativa de promover esta actividad que le sirva para la mejor atención.

Nos conecta sobre todo con la población infanto-juvenil por lo que tendremos reuniones con el consejo Docente del colegio de la Zona .
Con los adultos, que habitualmente acuden a nuestro Centro

MÉTODO

**Ponerlos en contacto del responsable con los profesionales del CS las Fuentes que ya lo realizan;
** Con los profesionales del Centro de Salud en mes de Septiembre 2018
**Con el " grupo de El Tranvia" que no explique la metodología; Mes de Octubre-
**Con los Colegios explicando donde lo realizamos y como se va a proceder . Mes de Septiembre-Octubre
** Colocación de Estanterías en Pediatría y en la entrada del C de S. Mes de Junio
**Colocación de Carteles informativos : Mes de Septiembre -octubre
**Creación de Programa: fichero y gestión de libros .Mes de Octubre
** Solicitud de libros. Mes de Mayo

INDICADORES

Evaluación y Resultados Al finalizar el año y continua el próximo año.

** Grado de satisfacción de los usuarios con una Encuesta sencillo que se realizara indicando :
** Si conoce este servicio y si les parece adecuado ; Objetivo ; conocimiento del 75% de los encuestados
**Nº de libros que se han solicitado .20 o más
**Nº de libros que quedan en los estantes.. No menos de 10
**Satisfacción del Usuario que conoce este servicio ; en relación con mejoría del Silencio en la Sala de espera

Objetivo 75% Buena / Muy Buena

Valoración para el seguimiento como se ha propuesto y las mejoras que se deben incorporar en el próximo año.

DURACIÓN

Se iniciara este año en Septiembre -Octubre:
* Contactos con los profesionales del Centro ;
* Con el Grupo "el Tranvia " para la implantacion del metodo y los materiales necesarios.
*Con los Colegios de la zona .
*Creación programa Fichero .
*Colocacion Carteles
y Continuara otro año 2019

OBSERVACIONES

Este es un proyecto a largo plazo y necesita varios años . Además intervienen muchos profesionales y factores a veces difíciles de coordinar,
Pero creemos que los beneficios lo merecen.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0634

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD 2019, CONTINUACION 2018 INCORPORACION DEL PROGRAMA BOOKCROSIN (FUNDACION EL TRANVIA)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0232

1. TÍTULO

ESCUELA DE CRIANZA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MALLADA VIANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PLAZA CARDENETE RAQUEL
CACERES CALLEJA OLGA
GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La actividad consiste en sesiones presenciales para familias. Se ofertan en las clases de preparación al parto y en las consultas de pediatría. El horario es los viernes de 9,30 a las 11,30 horas.
Los temas han sido elegidos por las personas que acuden al grupo, según sus necesidades. Es un grupo abierto que entra y sale gente, repitiéndose algunos temas importantes en la crianza.
Los temas tratados han sido por parte de la matrona: Anticoncepción después del embarazo, Sexualidad en el postparto. Mastitis y grietas en la mama lactante. Rol del padre. Citología y mamografías. Masaje infantil. Resolver todo tipo de dudas sobre la nueva situación de la pareja con su recién nacido.
Por parte de la pediatra. Cólico del lactante, primeros auxilios y prevención de accidentes, fiebre, mocos, tos, vacunas, educación afectivo-sexual en la familia, incorporación de la madre al trabajo, guardería, el sueño infantil, sistemas de retención infantil y porteo, verano: sol, piscina, playa, mosquitos.
Con la colaboración de los Servicios Sociales de la Magdalena hicimos dos jornadas de 4 charlas cada una en la que vinieron personas de origen magrebí y gitano. Las jornadas fueron en abril de alimentación y en junio de educación y límites en la familia. Se invitó a estas personas a que siguieran viniendo al grupo.
La Fundación Secretariado Gitano se puso en contacto con nosotras para trabajar el tema de la alimentación y durante un mes, vinieron al Centro de Salud al Grupo de Crianza.
Entre los temas tratados hay una charla abierta al público en general, que se publicita en el centro de salud sobre alimentación. "¿Como nos engañan con la publicidad alimentaria? Leer etiquetas." Se ha impartido dos veces en mayo y septiembre de 2019.
De marzo a diciembre de 2019 se han impartido 44 charlas.
La media de asistencia es de 7 personas por sesión. Acuden mayoritariamente madres, aunque este año hemos tenido varios padres y algún abuelo.
El calendario de las sesiones lo ponemos en la puerta de la sala multiusos del centro que está al lado de pediatría. Las familias pueden consultar la programación.
Enviamos al Centro Municipal de Servicios Sociales de la Magdalena la programación mensualmente.
En alguna de las sesiones al finalizar repartimos información por escrito sobre el tema tratado y recursos en internet. Damos visibilidad a toda la información que se ofrece desde la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria a través de todas sus publicaciones.
Para la sesión " ¿Como nos engañan con la publicidad alimentaria? Leer etiquetas "nos apoyamos en un presentación de power point.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han pasado dos encuestas a los participantes en junio y en noviembre de 2019. El índice de satisfacción es del 99%. Valoran positivamente lo que aprenden porque lo ven útil y creen que les ayuda en la crianza de sus hijos. Ven positivo juntarse con otros padres que están viviendo la misma experiencia.

El Centro Municipal de Servicios Sociales Magdalena valoran como muy positiva y enriquecedora la posibilidad de asistir con las familias de nuestro grupo "+ QUE MAMÁS" a las charlas realizadas en el Centro de Salud.. Este espacio les posibilita participar en una actividad comunitaria normalizada, encontrarse con otras madres con las que no hubiesen coincidido en otros espacios, conocer el centro de salud y sentirse parte de la comunidad desde una perspectiva más cercana y menos vinculada a la enfermedad así como abordados aspectos relacionados con la alimentación y la parentalidad en positivo que son fundamentales para una buena crianza.
Resaltan la capacidad de acogida y cercanía de los profesionales del Centro de Salud.

La Fundación Secretariado Gitano valora positivamente el acudir a un grupo abierto a aprender sobre alimentación y educación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es un grupo de apoyo y como tal cumple con su función de dar soporte a las familias en esta nueva etapa. Es un espacio para compartir miedos, dudas, alegrías, preocupaciones con otras personas que están viviendo lo mismo, disminuyendo el nivel de preocupación.
Creemos que con este proyecto conseguimos una mejor utilización de los recursos sanitarios y menor frecuentación a los servicios de urgencias. En las charlas damos herramientas para que la familia pueda tomar mejores decisiones en cuanto a la salud de sus hijos.
Mi sensación subjetiva como pediatra es que en la consulta hay disminución de demanda por consultas banales que se resuelven en el grupo.

7. OBSERVACIONES.

En mayo de 2019 con motivo del traslado de matronas, se incorporó Raquel Plaza Cardenete, como nueva matrona del Centro de Salud. Su labor es fundamental en el grupo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0232

1. TÍTULO

ESCUELA DE CRIANZA

Dados los buenos resultados y satisfacción por todas las partes seguiremos trabajando en este proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/232 ===== ***

Nº de registro: 0232

Título
ESCUELA DE CRIANZA

Autores:
MALLADA VIANA MARIA PILAR, CACERES ESPADA AMELIA TERESA, CACERES CALLEJA OLGA, GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EDUCACION ALIMENTARIA PARA LA SALUD
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: MEJORA LA ALIMENTACION DE POBLACION JOVEN Y GRUPOS ESPECIFICOS Y MEJORAR EN SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Después de 2 años del programa de " Alimentación y apoyo a la crianza"
Se aprecia la necesidad de abrir el programa a personas externas a la crianza, Colegios, Comunidades específicas (magrebi, gitano, etc) que pueden necesitar de la información para ayudar al desarrollo adecuado de los pacientes y evitar los problemas entre otros de obesidad infanto-juvenil y su repercusión en la vida adulta adquiriendo conocimientos de vida y alimentación saludable .

RESULTADOS ESPERADOS

&) Mejora de los conocimientos de los individuos adultos jóvenes para hacerse responsables de su alimentación y de su desarrollo,
&) Señalar los errores que se aprecian, clarificarlos ; valorar los riesgos de actitudes que llevan a enfermedad y de las informaciones falsas que pueden tener de Internet ...etc
&) Dar soporte emocional a los responsables que intentan educar.

MÉTODO

ç) Desarrollo De las Sesiones Seleccionadas y Ampliadas del Programa anterior " alimentación y apoyo a la crianza",
ç) Programación de un calendario .
ç) Comunicación Centro Municipal de Servicios Sociales " La Madalena" (para difundir a los grupos especiales); Colegios, Institutos de la zona que acudan a estas sesiones.
ç) Realización de las Sesiones por el responsable y colaboradores ;Y generar un tiempo de dialogo para compartir dudas y preguntas.
ç) Propuestas de nuevas pautas y acciones de mejora, por todos los implicados

INDICADORES

\$\$) Los profesionales implicados desarrollaran y expondrán los temas a desarrollar,
\$\$)Elaborarán una encuesta para valoración de de los beneficios obtenidos : Nº de personas que contestan adecuadamente test/ nº de personas encuestadas => del 75%.
\$\$Valoración de la satisfacción. Nº de personas que señalan las sesiones como Buenas / muy buenas / Nº de personas totales que contestan => 85%
\$\$ Valoración de la satisfacción de los Servicios Sociales y Educativos, implicados conjuntamente de la actividad realizada. Buen / Muy Buena => 75%.

DURACIÓN

Las sesiones se desarrollaran en horario de 9:30 -11:30 los viernes iniciando en Marzo, durante 2019.
Control cada cuatrimestre pasando un test de satisfaccion

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0232

1. TÍTULO

ESCUELA DE CRIANZA

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0366

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS EN EL C. S. REBOLERÍA

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE GLORIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
MUÑOZ MERCADO ANGELA
SIMON FELIUS ALICIA
BOSQUE MORENO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 4 reuniones en el EAP (marzo-junio- septiembre-diciembre 2019) para:

- 1) exponer el proyecto y recordar la frecuencia de estudio de los diferentes indicadores, así como recordar el manejo del cuadro de Mandos de DM
- 2, 3 y 4) exponer la evolución del proyecto con un corte en junio, septiembre y diciembre exponiendo en esta última las conclusiones y las posibles actuaciones de mejora-

En la primera sesión se pasó una encuesta de satisfacción sobre la atención al paciente diabético que se hacía en dicho momento y otra que valoraba el conocimiento acerca de la frecuencia con la que se deberían realizar las exploraciones complementarias y los distintos indicadores en el seguimiento de la enfermedad. En ese momento, se entrega material por escrito que sirva como recordatorio y como apoyo rápido en la consulta y ayude a mejorar el registro de los indicadores y la atención del diabético.

En cada sesión se han expuesto los datos obtenidos de los indicadores en estudio tanto del Centro de Salud como los globales del Sector 2, para ver la evolución y los posibles dificultades que van surgiendo. Así mismo, se hace en cada sesión un recordatorio del manejo del cuadro de mandos de DM.

En la última sesión se vuelve a pasar la encuesta de satisfacción a los profesionales.

La obtención de los datos en los 4 cortes: enero, junio, septiembre y diciembre 2019 se ha realizado con los datos del Cuadro de mandos de DM y con de los datos facilitados por la Dirección del Sector 2 para poder realizar la comparación con el sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1) Hemos aumentado el registro de todos los indicadores estudiados (HbA1C, Fondo de ojo, Microalbuminuria, Filtrado glomerular, pie diabético) aunque sin alcanzar el objetivo propuesto (30%) (en la evaluación, hemos visto que era demasiado ambicioso).

2) Los motivos de la falta de registro se detectaron con la encuesta inicial:

- Falta de conocimiento de la frecuencia a realizar de algunos de los indicadores.
- Escaso manejo del cuadro de mandos de DM

Mejorando la formación, han mejorado el registro como se indica en el siguiente como punto.

3) Según el orden de mejoría de los indicadores son:

- Pie diabético: se ha alcanzado un aumento del 26% (partíamos de un registro del 16%, total registrado: 42%)
- Fondo de ojo: se ha aumentado en un 20,95% (del 37,3% al 58,2%).
- Microalbuminuria: mejora en 15,95% (del 42% al 58%)
- HbA1C: aumenta en 7,3% (de un 38,5% a un 45,8%).
- GRF: se registra un 69%, por lo que sólo aumenta un 4,2% ya que se parte de un elevado registro al inicio (64,8%)

4) En la encuesta final de satisfacción, ésta ha aumentado hasta el 87,2% (desde un 67,8% inicial)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Necesidad de sesiones de formación continuada en el buen manejo del paciente diabético.
- Necesidad de sesiones periódicas a cerca del manejo de OMI para realizar un buen registro.
- Interiorizar en la práctica habitual el registro de los datos, en sus lugares específicos para que consten correctamente en OMI.
- El registro de la HbA1C resulta una necesidad no sentida entre los profesionales para pacientes mayores (en especial, en inmobilizados) por lo que puede influir en el infrarregistro de dicho indicador.

- Escasos equipos de material en las consultas de enfermería para realizar la evaluación del pie diabético. En este proyecto no estaba como objetivo mejorar la prevalencia de la enfermedad pero hay que resaltar que, tanto en nuestro equipo como en el global del Sector 2, es baja (6,5%) y resulta imprescindible aumentarla por lo que creemos que es imprescindible incluirlo como indicador de mejora para aumentarla, puesto que de esta manera la población de diabéticos estaría más representada y mejor atendida.

Hemos sido demasiado ambiciosos en el porcentaje de mejora que, al inicio, nos hemos puesto en el proyecto (30%), de hecho nuestro proyecto coincide con otro muy similar del Sector 2 que propone un porcentaje de mejoría más adecuado (10%).

La satisfacción ha sido unánime y ha ido incrementando a lo largo del proyecto porque mejora la formación continua de los profesionales y la atención al paciente. Creemos que se debe seguir en esta línea.

En el caso de la HbA1C, podría ayudar la existencia en las consultas de un reflectómetro que también podría usarse en los pacientes domiciliarios. Con toda seguridad, esto, aumentaría el registro y ahorraría la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0366

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS EN EL C. S. REBOLERÍA

petición de otros parámetros, a veces innecesarios pero que se piden "aprovechando esa extracción" y por tanto el gasto correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/366 ===== ***

Nº de registro: 0366

Título
MEJORA DE LA GESTION DEL PROGRAMA DE DIABTES EN EL C.S. REBOLERIA

Autores:
NAVARRO AZNAREZ GLORIA, GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN, MUÑOZ MERCADO ANGELA, SIMON FELIUS ALICIA, BOSQUE MORENO ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: mejora a ctividad y satisfaccion en losprofesionales y enelpacinete diabetico

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro del contrato de programa del 2019, esta el "Programa de diabetes " Se ha observado el registro deficiente del programa. Realizamos varias actividades que no quedan registrados lo que da inestabilidad en el control del paciente.

Para mejorar esta situación los responsable señalados valoraran, si estas actividades no se realiza y si se hace por que no se registra adecuadamente .

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo es para mejorar en las gestión de indicadores y consecuentemente la atención a estos pacientes con la consiguiente satisfacción de la población y de los profesionales .

Las actividades a observar seran:
*Hemoglobina glicosilada .
*Evaluación del pie diabetico ...
*Filtrado Glomerular.
*Microalbuminuria.
*Fondo de ojo

MÉTODO
1º) Valoración por los responsables del programa de P del diabetico de salud del 2018, del estado actual del programa de diabetes, con los indicadores de pie diabetico, filtrado glomerular, Microalbuminuria, HbA1c, y fondo de ojo

2º) Observación de los fallos e impedimentos que llevan a esta registro.

3º) Realización de sesiones por los profesionales responsables; para todo el centro de salud ;en donde se explique de nuevo el programa y los fallos que hayan aparecido en la 1º evaluación .

4º) realización al final de año de nuevo registro del programa y valorar la mejora realizada.

5º)pasar encuesta de satisfacción para los profesionales

INDICADORES
\$Mejorar en la realización de los indicadores de control del paciente diabético en un 30%. midiendo el nº de actividades realizadas / nº de actividades totales que se deben realizar en los diferentes puntos

*Hemoglobina glicosilada .
*Evaluación del pie diabetico ...
*Filtrado Glomerular.
*Microalbuminuria.
*Fondo de ojo

\$Aumentar la satisfacción de los profesionales comprobando el buen hacer por la encuesta de satisfaccion Satisfaccion con los resultados Buena Muy buena en un 70%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0366

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS EN EL C. S. REBOLERÍA

DURACIÓN

Valoración inicial en Marzo-Abril ; Reunion y Sesión .del cuadro de mandos del P de diabets a medico y enfermeras Mayo, y Valuación final y resultados en Diciembre 2019 y enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1186

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA ZAPATA ABAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LIZANDRA FRON VICENTE
MURILLO MEDEL CARMEN
NAVARRO AZNAREZ GLORIA
CASTILLO LUEÑA CONCEPCION
GARCIA RUIZ MARIA TERESA
UBALDE SANZ JESUS
MARTINEZ GRACIA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas. El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de amoxicilina-clavulanico, quinolonas, cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno y ceftibuteno) y macrólidos. Evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de estos.

En el equipo de atención primaria de Reboleria, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP, Vicente Lizandra, ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP, ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

- Abordaje de infecciones respiratorias: fecha 28/03/2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha 10/07/2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se han recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

También se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas y por último se ha reforzado y trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, posibilitando la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.

2. Revisión de casos clínicos

En estas sesiones formativas hemos reforzado y recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3º generación, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos repasado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción y hemos reforzado los conceptos aprendidos en las sesiones impartidas en el equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1186

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 2 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

- o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitantes días) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 9,9 lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre) de 0,78.

- o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación/macrólidos/quinolonas/amoxicilina-clavulánico.

En diciembre de 2018 el valor era: 28,4% siendo en diciembre de 2019 de 38,5%.

% envases amoxicilina/total envases amoxicilina-clavulánico: 62,9%.

% envases macrólidos/total envases antibióticos: 18,2%

% DDDs quinolonas/total DDDs antibióticos: 8,70%

% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos: 3%

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque no hay descenso y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas de 3ª generación/macrólidos/quinolonas/amoxicilina-clavulánico de forma considerable.

- A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información:

- Acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas de 3ª generación / macrólidos / quinolonas

/amoxicilina-clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias y vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron del 60,66% y 20,85% respectivamente.

- En el año 2019 el % uso de cefalosporinas de 3ª generación / macrólidos / quinolonas /amoxicilina-clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias y vías urinarias ha sido del 45,96% y 29,19% respectivamente.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en los procesos infecciosos de vías respiratorias, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.

Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas

- Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos los niveles de la atención sanitaria los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.

Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.

Por tanto, la estrategia planteada en este proyecto se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1186

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA

la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

- 1) Tras analizar los datos de nuestro equipo hemos visto que no hemos conseguido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en los procesos infecciosos de vías urinarias, por lo que el equipo ha decidido continuar con el proyecto durante el 2020 a fin de conseguir los dos objetivos inicialmente propuestos.
- 2) Por motivo de una IT larga, se ha cambiado el responsable de antibióticos, pasando a ser en la actualidad la doctora Gloria Navarro.
- 3) Con motivo del último concurso de traslado de atención primaria la doctora Concepción Castillo ya no pertenece al equipo de Reboleria y la responsable de la revisión de los casos clínicos será la doctora M^a Teresa Zapata

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1186 ===== ***

Nº de registro: 1186

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA

Autores:
ZAPATA ABAD MARIA TERESA, LIZANDRA FRON VICENTE, MURILLO MEDEL CARMEN, NAVARRO AZNAREZ GLORIA, CASTILLO LUEÑA CONCEPCION, GARCIA RUIZ MARIA TERESA, UBALDE SAIN JESUS, MARTINEZ GRACIA MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP REBOLERÍA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,0 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Sector Zaragoza II: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- 2) Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- 3) Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1186

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP REBOLERIA

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA. Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

- 1) N° de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- 2) N° de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
- 3) Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): $\frac{\text{DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD)}}{\text{DDD antibióticos (J01)}} \times 100$
Valor 2018: 3,0 %
Objetivo 2019: =2,0%
- 4) Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 60,66 %
Objetivo 2019: Disminuir
- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 20,85 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

- Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario. Responsable Vicente Lizandra Fron
- Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo. Responsable Conchita Castillo Lueña
- Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018. Responsable Mª Teresa Zapata Abad

OBSERVACIONES

Agradecemos a la unidad de farmacia del sector 2 su ayuda en la identificación de los pacientes

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1461

1. TÍTULO

RECOMENDACION FORMALIZADA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DIRIGIDA A ANCIANOS CON SEDENTARISMO, AISLAMIENTO SOCIAL Y/O TRISTEZA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ANA ISABEL ECHEVERRI OYAGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BRUN SOTERAS CARMEN
CARRION AMBRONA SARA
GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
ARIZON DEZA MARIA PILAR
ZAPATA ABAD TERESA
TORRES GARCIA MARIA TERESA
ROMERO FERNANDEZ LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Septiembre 2018. Formación de la responsable del Grupo de Comunitaria del CS en "Recomendaciones de Activos para la Salud" (Laura Romero).
2. Octubre 2018. Sesión formativa a los componentes del Grupo de Comunitaria del CS (Laura Romero y Ana Isabel Echeverri).
3. Octubre 2018. Se expone el Proyecto a todo el Equipo del CS incluyendo Admisión y Trabajadora Social. Tras exponerlo, se acuerda por mayoría implantar el mencionado Proyecto (Laura Romero y Ana Isabel Echeverri).
4. Enero 2019. Reunión de dos responsables del Grupo de Comunitaria con el Director del Centro Social de Mayores del barrio, dependiente del Ayuntamiento, para concretar el Proyecto (Carmen Brun y Laura Romero).
5. Febrero 2019. Reunión del Equipo del CS con el Director del Centro de Mayores para dar a conocer dicho Centro, explicar todos los recursos que tiene y definir los perfiles de los Mayores que les vamos a derivar. Se acuerda en esa reunión el derivar en el primer año menos de 20 personas. El Proyecto será de dos años pero el Director del Centro de Mayores nos pide ir "poco a poco" para no saturar bruscamente las actividades que en ese momento pueden ofertar. Se acuerda iniciar de esa forma y reunirnos después de un año para con esta experiencia poder aumentar las derivaciones en el segundo año. (Carmen Brun y Pilar Arizón).
6. Marzo 2019. Reunión del grupo de Comunitaria para definir los criterios de Evaluación del Proyecto (Pilar Arizón).
7. Marzo 2019. Comenzamos a derivar desde OMI a las personas del perfil indicado (Pilar Arizón).
8. Marzo 2020. Nueva reunión con la Dirección del Centro de Mayores para ampliar la oferta (Pilar Arizón y Laura Romero).
Hemos repartido dossier informativo para los profesionales sanitarios, para que supiesen derivar desde OMI, dejando el registro de la derivación en la historia clínica del paciente. Se han dado dos sesiones para repasar el proyecto y en el Centro de Mayores les han realizado entrevista a los pacientes derivados, teniendo en cuenta la información recibida por nosotros, y les han dado información pormenorizada de las actividades que les recomendaban según sus circunstancias personales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A. Hemos enviado Al CENTRO DE MAYORES con RECOMENDACION FORMALIZADA, explicando la causa de la derivación y dejando REGISTRO en OMI a 16 personas (de Marzo 19 a Diciembre 2019). B. de ellas 5 están actualmente acudiendo regularmente a ACTIVIDADES en el Centro de Mayores (31%). C. Estas 5 personas: 3 manifiestan estar " satisfechas y con deseos de continuar" (mas del 50% de de grado de satisfacción superior a 4 en escala de 1 a 5) D. Tambien, según los registros de OMI, los profesionales describen " mejoría subjetiva" en 2 pacientes de estos 5 que acuden regularmente (menos del 50 % de satisfacción superior a 4 en escala de 1 a 5). Estos datos quedan registrados en OMI, así como la DERIVACION FORMALIZADA A ACTIVOS DE SALUD, o " prescripción comunitaria" Podemos resumir que de los cuatro indicadores que teniamos como objetivo A. Número de derivación (entre 20 y 30) hemos tenido 16; B. Grado de asistencia regular (mas del 50%) hemos obtenido 31%, C. Grado de satisfacción del paciente (mas del 50%) hemos obtenido 60% y grado de mejoría valorada por profesional (mas del 50%), hemos obtenido el 40 %. Solo hemos alcanzado el objetivo C.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este Proyecto comenzamos a derivar en Marzo 2019 y hemos contabilizado solo hasta Diciembre 2019 (no ha llegado al año de implementación). Además ha habido nuevas incorporaciones al equipo, por los concursos de traslado. Y vacaciones de verano entre medias. Tambien, al poco tiempo de comenzar a derivar, la Directora del centro de mayores que gestionaba el programa cayó enferma y sigue de IT. Por ello, no hemos tenido suficiente tiempo para trabajarlo y es la causa de que solo estén acudiendo 5 personas de las 16 a las que se le dió la recomendación.No hemos llegado a al 50 % que teniamos marcado como objetivo para el primer año. Pero a pesar de las dificultades estamos satisfechos del inicio del Proyecto, que seguiremos trabajando. De las 16 personas, que derivamos, 9 de ellas tuvieron la " entrevista de acogida " en el Centro de Mayores, y " se lo están pensando " por lo que consideramos que en breve podria beneficiarse mas personas de este Proyecto. La relación con la dirección del Centro de Mayores ha resultado positiva . La Directora acudió a una reunión para informar a todo el equipo del Centro de Salud sobre el Centro de Mayores, el perfil de personas que deberiamos derivar, cuántas personas derivar el primer año, y como realizaria ella la entrevista motivadora. Por ello podemos decir, que el Proceso de Coordinación con la entidad colaboradora ha sido bueno y que continuamos en el objetivo de promover el envejecimiento saludable y activo de nuestros pacientes, intentando desmedicalizar sus cuidados y utilizando de forma formalizada los recursos de salud existentes en le barrio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1461

1. TÍTULO

RECOMENDACION FORMALIZADA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DIRIGIDA A ANCIANOS CON SEDENTARISMO, AISLAMIENTO SOCIAL Y/O TRISTEZA

7. OBSERVACIONES.

La coordinadora de este Proyecto están enferma (IT) por lo que la sustituye Laura Romero Fernández mientras siga en proceso de IT

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1461 ===== ***

Nº de registro: 1461

Título
RECOMENDACION FORMALIZADA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DIRIGIDA A ANCIANOS CON SEDENTARISMO, AISLAMIENTO SOCIAL Y/O TRISTEZA

Autores:
ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL, BRUN SOTERAS CARMEN, CARRION AMBRONA SARA, GARCIA GUTIERREZ CARMEN, ARIZON DEZA MARIA PILAR, ZAPATA ABAD MARIA TERESA, TORRES GARCIA MARIA TERESA, ROMERO FERNANDEZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Depresión , ansiedad, sedentarismo
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los Centros Municipales de Convivencia para Personas Mayores pretenden ser espacio de encuentro para los Mayores, impulsando la apertura del colectivo hacia su entorno personal y social. Para ello, ofrecen servicios y actividades de carácter formativo, actividades de ocio, de participación social y voluntariado. Estos centros pueden ser activos para la salud.

RESULTADOS ESPERADOS
-Promover el envejecimiento activo.
-Mejorar el bienestar físico y emocional y evitar el aislamiento social.
-Reducir el proceso de medicalización frente a situaciones de la vida cotidiana.
-Facilitar la recomendación de activos para la salud desde el EAP.
-Facilitar la coordinación entre AP y los servicios para personas mayores.
Está dirigido a las personas > de 60 años jubiladas o pensionistas, con autonomía, que presentan condiciones de salud crónicas y con las siguientes características:
- Personas en las que haya que potenciar la actividad física, habilidades cognitivas, psicológicas o sociales.
- Personas con nivel alto de sedentarismo sin limitación funcional.
- Personas con bajo estado emocional sin enfermedad mental grave.
-Personas en situación de aislamiento o que han tenido una pérdida de familiares directos.

MÉTODO
La recomendación de activos comunitarios se realizará por los profesionales sanitarios y sociales del EAP mediante la entrevista clínica motivacional a personas que cumplan al menos uno de los anteriores criterios:
(Es importante diferenciar la recomendación general que se viene haciendo desde los C.S desde hace años a los pacientes para que se inscriban, si lo creen conveniente, en actividades que promuevan la actividad física y el bienestar personal y social, de la recomendación más formal de activos comunitarios que en este texto se describe. Es en este segundo caso, cuando se utilizará el protocolo de Recomendación de activos habilitado para tal caso en OMI-AP.) Se creará el "episodio" que corresponda en la historia clínica de OMI ("sentimiento de soledad", "viudedad", "muerte miembro familiar", "aislamiento social", etc) desde el desplegable de " protocolos se clic en "recomendaciones de activos de la salud" y desde allí se imprime para entregar al paciente dos documentos: Una receta de prescripción de activos indicando la necesidad (promoción de la salud física, psicológica o social) y una hoja de información (dirección, teléfono, horario de atención, persona de contacto y mapa de google con la localización)

INDICADORES
Evaluación ANUAL
INDICADORES:
A. NÚMERO DE PERSONAS DERIVADAS desde el C.S Rebolería al Centro Social (dato directo de médicos y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1461

1. TÍTULO

RECOMENDACION FORMALIZADA DE ACTIVOS PARA LA SALUD DIRIGIDA A ANCIANOS CON SEDENTARISMO, AISLAMIENTO SOCIAL Y/O TRISTEZA

enfermeros):entre 20 y 30 .

B. GRADO DE ASISTENCIA (OMI).>50% de las personas derivadas acudan de forma"REGULAR"

C. GRADO DE SATISFACCION DEL PACIENTE (OMI). En una escala de 1 a 5, un 50% >4.

D. VALORACIÓN GRADO MEJORIA DEL PROFESIONAL (OMI): En una escala del 1 al 5, un 50% de las personas derivadas, consigan una puntuación >4, de mejoría subjetiva por parte del profesional.

DURACIÓN

1. Septiembre 2018. Formación de la responsable del grupo de Comunitaria del C.S en Recomendaciones de Activos de Salud(Laura Romero)
2. Octubre 2018. Sesión formativa a los componentes del Grupo de Comunitaria. (Laura Romero, Ana Isabel Echeverri)
- 3 Se expone el Proyecto a todo el Equipo del C.S incluyendo Admisión y Trabajo Social. Tras la exposición, se acuerda por mayoría implantar el proyecto. Laura Romero, Ana Isabel Echeverri).
4. Enero 2019. Reunión de dos responsables del grupo de Comunitaria con el Director del Centro Social de Mayores del barrio,dependiente del Ayuntamiento.(Carmen Brun,Laura Romero)
5. Febrero 2019. Reunión del Equipo del C.S con el Director del Centro de Mayores para darlo a conocer,y definir los perfiles de las personas a enviar. Se consolida el acuerdo con todos los miembros del Centro de Salud. Se acuerda derivar en el primer año, menos de 20 personas, por ser un programa piloto(aproximadamente una por profesional).Al año de su implantación nos reuniremos con Dirección del Centro de Mayores para poder ampliar la oferta.(Carmen Brun, Ana Isabel Echeverri).
6. Marzo 2019. Reunión del grupo de Comunitaria para definir los criterios de evaluación del proyecto.(Ana Isabel Echeverri).
- 7 . Marzo 2019. Comenzamos a derivar desde OMI a las personas del perfil indicado.(Ana Isabel Echeverri).
8. Marzo 2020. Evaluación del Proyecto y nueva reunión con Dirección del centro de Mayores para ampliar la oferta.(Ana Isabel Echeverri).

OBSERVACIONES

Agradecimiento a Belén Benedé por el asesoramiento en este programa, propuesto en el curso de Recomendaciones de Activos de Salud

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0651

1. TÍTULO

ALIMENTACION Y APOYO A LA CRIANZA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MALLADA VIANA
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELA INSA MARIA JESUS
LOPEZ ESPADA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
*Desarrollo de un planing de sesiones .
*Ejecucion de este Planing desarrollando las sesiones .
*En cada cuatrimestre se ha pasado una encuesta de satisfacción.
Todas las actividades se han realizado por la responsable del programa y los colaboradores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
*Acudieron a las sesiones el 24% de las ofertadas.
*El 98% señala Buena-Muy Buena la Satisfaccion de acudir las sesiones.
*El 99% señala Aumento de conocimientos.
Es satisfactorio los resultados y segun los standar marcados, Se aprecia al aumentar los conocimientos, la mejor atencion en los infantes, .
Al hacerlo en grupo mejora la comunicabilidad y relacion entre medico y cuidadores y entre estos entre si mismo.
Esta satisfaccion quedo manifiesta en las encuestas realizadas .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los profesionales responsables han observado la mejor disposicion y aprendizaje de los cuidadores, Aumentando la satisfaccion en estos profesionales y mejorando su actividad laboral.
Sabiendo esto les gustaria que acudieran a las sesiones todos los ofertados, pero sigue siendo voluntario y depende de cada uno

7. OBSERVACIONES.
En la encuesta se solicitó a los encuestados si precisa alguna aclaracion y/o sugerencias que se tendran encuesta en las proximas sesiones

*** ===== Resumen del proyecto 2018/651 ===== ***

Nº de registro: 0651

Título
ALIMENTACION Y APOYO A LA CRIANZA

Autores:
MALLADA VIANA MARIA PILAR, VELA INSA MARIA JESUS, LOPEZ ESPADA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: disminuir ansiedad y clarificar informacion

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se observo por las Pediatras y Matronas; a la hora de explicar los cuidados y la alimentación de los lactantes y primeros años de vida; la gran disparidad de conocimientos, en ocasiones mucha información de Internet falsa y mal elaborada, lo que repercutía, múltiples consultas y ansiedad en la familia; que conlleva mucho tiempo en consulta .
Tambien la necesidad de abrir (como espacio de SALUD) el Centro a su zona de influencia implicándonos con sus asociaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0651

1. TÍTULO

ALIMENTACION Y APOYO A LA CRIANZA

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el conocimiento de las familias y cuidadoras, señalar lo errores y clarificar la información, sobre alimentación, cuidados y dar contención con soporte emocional a los cuidadores principales de los Recien Nacidos

MÉTODO

ÇÇ Se desarrolla un Planing de sesiones mínimos a desarrollar, de diferentes temas: alimentacion, cuidados...
ÇÇ Realizar sesiones informativas, educativas para todas las familias y cuidadores que quieran. Generar un espacio -tiempo para el dialogo y compartir experiencias Acudirán todas las familias interesadas, abuelas cuidadoras; que quieran, no hace falta apuntarse y suelen acudir de 4 hasta unas 20 personas ...

INDICADORES

**Los profesionales implicados desarrollaran y expondran los temas y desarrollaran la encuesta final .
**La encuesta de satisfacción para las madres /cuidadoras en 3 ocasiones al año :, ANONIMAS; de las sesiones con algunas preguntas de conocimientos básicos .
**Nº de personas que acuden a las sesiones / nº de personas que se las han ofertado(nº de recién nacidos)
**Aumento de conocimientos (Resultados correctos de conocimiento / resultados totales) de cada madre- cuidadora
**Nº de personas que acuden a las sesiones / nº de personas que se las han ofertado :20-30%
**En la encuesta Satisfacción de las Sesiones Buena -Muy Buena >70%.
**Aumento de conocimientos (Resultados correctos de conocimiento / resultados totales) >70% de cada familia / cuidadora

DURACIÓN

** Sesiones informativas : Los viernes de cada mes desde el mes de Enero de 2018 (continua de 2017) descansando vacaciones de los profesionales implicados, hasta final de año. De 9:30 -11h
**Evaluacion de satisfacción (3 veces al año- lo que dura una baja maternal) y conocimientos aprendidos ; Mayo, Septiembre y Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1479

1. TÍTULO

PROCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB ZARAGOZA SECTOR II

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ANASTASIA FELISA RODRIGUEZ GARCIA
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS REBOLERIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NOGUERAS FLAMARIQUE PILAR
GARCIA CASTRO TERESA
RELLO PEDRO DE ALCANTARA MARTA
QUIRCE SANCHEZ SUSANA
RELLO PEDRO DE ALCANTARA ANA
GARCIA CACHO MILAGROS
PEREZ BLANCO SUSANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos realizado un protocolo de esterilización y desinfección que nos permite unificar criterios en todas las USB. Proporcionando a los todos los profesionales que prestan sus servicios en dichas unidades los principios y métodos de desinfección y esterilización que permitan garantizar el principio general de técnica aséptica con el fin de contribuir a la disminución de los riesgos de transmisión cruzada y también al control de las infecciones asociadas a la atención en salud, mantenimiento y cuidado del material odontológico.

Como apoyo a dicho protocolo he confeccionado tres posters en forma de diagrama : CADENA DE ESTERILIZACIÓN, CICLO DE DESINFECCIÓN Y CATEGORIAS DE RIESGO DE INFECCIÓN DURANTE LAS TAREAS DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN (Es un código de colores para la interpretación de los dos primeros posters).

Estos posters se colocarán en todas las Unidades de Salud Bucodental del sector Zaragoza II . Con ellos se busca proporcionar una herramienta a los pacientes-usuarios de las USB para que puedan reforzar la importancia de la asepsia en los procedimientos odontológicos y valoren la calidad de los servicios de salud.

Y para la difusión del protocolo al resto del equipo de cada centro de salud donde se encuentran ubicadas las USB re ha realizado una presentación en power point de los procesos de esterilización y desinfección que se realizan en las USB.

El protocolo finalizado se envió a la técnico de Salud de Primaria del sector II que lo remitió a la Unidad de Esterilización del Hospital Miguel Servet para su revisión y rectificación si fuese necesario. Ya está revisado y pendiente de subir a la Plataforma.

Y una vez que tengamos la autorización de la unidad de Esterilización del HMS colocaremos los posters en las consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado una hoja de registros de los controles (indicadores) biológicos y químicos que estará en cada una de las Unidades de Salud Bucodental (100%).

En ella se valida (100%) la eficacia del procedimiento de esterilización a través de la certificación (mediante firma de la persona que realiza dicho proceso) del correcto cumplimiento de los parámetros establecidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El perfil de la atención odontológica ha cambiado en los últimos años, el interés social por la calidad de los servicios de salud, y la masificación de la información han generado la necesidad de revisar y actualizar los procedimientos para el control de las infecciones en la práctica odontológica.

Por todo ello creimos necesario realizar éste proyecto que se ideó en julio de 2018 y que ha sido largo. Se les ha enviado varias veces a la Unidad de Esterilización del HMS donde nos han ido "puliendo" algunas cosas y sugiriendo otras. Ya está finalizado y como he dicho antes a la espera que nos den el "visto bueno final" para la impresión de los posters.

El coste económico del proyecto es bajo ya que sólo requeriría la impresión en Reprografía de una copia del Protocolo para cada USB y la realización de los 3 posters (en color porque son gráficos de colores y cada uno tiene su significado), también para cada una de las 6 Unidades de Salud Bucodental del sector Zaragoza II.

Por todo lo anteriormente expuesto consideramos que el proyecto ha de seguir adelante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1479 ===== ***

Nº de registro: 1479

Título
IMPLANTACION DE PROCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB DEL SECTOR ZARAGOZA II

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB ZARAGOZA SECTOR II

Autores:

RODRIGUEZ GARCIA ANASTASIA, PEREZ BLANCO SUSANA, QUIRCE SANCHEZ SUSANA, RELLO PEDRO DE ALCANTARA ANA CRISTINA, RELLO PEDRO DE ALCANTARA MARTA ISABEL, YAGÜE MUÑOZ MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La desinfección y la esterilización son pilares fundamentales en la práctica diaria de la Odontología. Todo el material odontológico debe ser desinfectado y a posteriori esterilizado a fin de evitar la transmisión de enfermedades de carácter infeccioso en los procesos dentales. Y son muchas las enfermedades infecciosas que se pueden transmitir en la clínica dental, siendo una de las principales vías de transmisión la utilización de material contaminado. Algunas de ellas son de especial importancia por su elevada morbilidad y mortalidad. Podemos destacar la hepatitis B, la hepatitis C y el VIH.
Los procesos de esterilización, permiten evidenciar la trazabilidad del control de los materiales utilizados en las Unidades de Salud Bucodental brindando un servicio de calidad y garantizando la efectividad de sus procesos y procedimientos. Proporcionando a los todos los profesionales que prestan sus servicios en dichas unidades los principios y métodos de desinfección y esterilización que permitan garantizar el principio general de técnica aséptica con el fin de contribuir a la disminución de los riesgos de transmisión cruzada y también al control de las infecciones asociadas a la atención en salud, mantenimiento y cuidado del material odontológico.
Además, se debe considerar que el perfil de la atención odontológica ha cambiado en los últimos años, la incorporación de nuevas tecnologías de tratamiento, el interés social por la calidad de los servicios de salud, la importancia de la protección del medio ambiente y la masificación de la información han generado la necesidad de revisar y actualizar los procedimientos para el control de las infecciones en la práctica odontológica.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar en todas las USB del sector Zaragoza II los procesos de limpieza, desinfección y esterilización del material necesario para la realización de procedimientos que a diario son programados y realizados en los servicios de Odontología.

MÉTODO

- Elaboración de un protocolo de esterilización específico para las Unidades de Salud Bucodental.
- Dar a conocer un protocolo estandarizado del manejo del material clínico odontológico disponible en las consultas, mediante la colocación en las Unidades de POSTERS con la Cadena de Esterilización, el Ciclo de Desinfección, las categorías de riesgo de infección durante las tareas de esterilización y desinfección (The United States Occupational Safety and Health Administration (OSHA 1989)) y los códigos de colores para la interpretación de los posters.
- Proporcionar así una herramienta a los pacientes-usuarios de las USB para que ellos puedan reforzar la importancia de la asepsia en los procedimientos odontológicos y valoren la calidad de los servicios de salud.
- Difusión al resto del equipo de cada centro de salud donde se encuentran ubicadas las USB de los protocolos ya mencionados, mediante la presentación en power point de los procesos de esterilización y desinfección que se realizan en las USB.

INDICADORES

- Proporcionar los posters y protocolo al 100% de las USB
- Indicadores de Proceso: Verificación del proceso de esterilización en cada ciclo en autoclave mediante el uso de una tira indicador. Control químico interno (Petitorio SERPA 953)
- Indicadores de Resultado: Verificación del proceso de esterilización en autoclave mediante el uso de una ampolla con esporas termófilas realizado semanalmente. Control biológico (Petitorio SERPA 1672)
- El 100% en todas la unidades.
- Validar la eficacia del procedimiento de esterilización a través de la certificación del correcto cumplimiento de los parámetros establecidos, mediante una hoja de registro indicando fecha, firma de la persona que realiza el control y parámetros realizados. Esta validación se realizará en el 100% de las unidades.

DURACIÓN

- Colocación de los posters informativos sobre los procedimientos en cuestión, en las USB de forma permanente.
- Presentación de los protocolos mediante power point a los componentes de los equipos de salud con una duración de 1 hora. - Pendiente de programación según agenda del centro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB ZARAGOZA SECTOR II

Las dos actividades serán realizadas por la higienista dental del centro donde esté ubicada la USB.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN ACHA AIBAR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLASCO SORO ANA MARIA
GOMEZ JULIAN CRISTINA
MORALES ABAJO OLGA
RAMOS FRAILE NURIA
SANZ RUBIO CONCEPCION
YAGÜE MUÑOZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A pesar de que tuvimos dificultades en el inicio de las charlas (como ya reflejamos en el 1º seguimiento) a lo largo del 1º semestre del 2017 se realizaron las charlas a los 3 colegios participantes de los 7 ofertados, con un total de 8 charlas impartidas. Asimismo se hizo un cuestionario a los alumnos previo a la visita que se repitió unos días después para valorar lo aprendido, y otro cuestionario a profesores para valorar nuestra actividad. En septiembre de 2017 iniciamos el programa para el curso escolar 17-18 con la misma dinámica del curso anterior: Contacto con colegios y profesores, reunión informativa a los participantes, elaboración del cronograma de charlas, y realización de 8 visitas de escolares de 2 colegios participantes.

Recursos:

Humanos: 5 Enfermeras, 1 Trabajadora Social, 1 Fisioterapeuta y 1 higienista dental, y estudiantes de enfermería.
Materiales: Ordenador, cañón de proyección, material didáctico, 2 arcadas dentales y 2 cepillos de dientes, lámpara ultravioleta, solución hidroalcohólica con reactivo. Hojas de encuesta previa y posterior a la charla, Hoja de evaluación de la actividad (para profesores), Folleto Gobierno de Aragón (para padres), Hoja de actividades sobre higiene dental (pasatiempos para alumnos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la evaluación de los cuestionarios post-charla, realizados a los niños, de los 4 objetivos marcados en 3 de ellos conseguimos el objetivo propuesto y en el otro un 75 %

Indicadores:

Nº de cepillado de dientes/día . Objetivo 80 %, resultado 74%
Nº de piezas fruta/día . Objetivo 40 %, resultado 63.95 %
Conocimiento de postura correcta en la mesa. Objetivo 70 %, resultado 93.55 %
Conocimiento de como llevar la mochila escolar. Objetivo 70 %, resultado 94.35 %
Método de obtención: Cuestionario realizado por los propios alumnos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se encontró una enorme dificultad para el correcto rellenado de la encuesta, no sabemos si por no ser suficiente clara (dada la corta edad de los niños) o por una inadecuada explicación por parte de los profesores. Por ello decidimos simplificar el cuestionario, eliminar el posterior a la charla y que el previo se realizara en el centro de salud (bajo nuestra propia supervisión) antes de comenzar la charla explicativa, con ello damos las instrucciones claras y evitamos pérdida de información. También se valoró mejorar el desarrollo de la charla, manteniendo los mismos contenidos, pero haciendo más hincapié en la higiene de manos y en postura correcta ante el ordenador, todo ello acompañado de nuevos videos.

7. OBSERVACIONES.

Damos continuidad al proyecto incluidas las mejoras.

Dado que nuestro proyecto no se desarrolla durante el año natural, sino en el año lectivo, en septiembre del 2017 hemos empezado a elaborar el cronograma de las actividades del año escolar 2017-2018.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1126 ===== ***

Nº de registro: 1126

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
ACHA AIBAR MARIA CARMEN, BLASCO SORO ANA MARIA, BURRO DAL ADORACION, GOMEZ JULIAN CRISTINA, FRANCO LOPEZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

MARIA ANGELES, SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION, RAMOS FRAILE NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades Preventivas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el curso escolar 2015-2016 un colegio de la zona solicitó que desde el centro de salud se impartieran charlas de educación sanitaria a niños de 1º de educación primaria, petición que fue atendida por nuestra parte. Esta actividad ya era conocida por los centros escolares, puesto que se realizó durante más de 15 años; se suspendió dicho programa por falta de recursos humanos. Debido a la alta concentración de centros escolares en nuestra zona, hemos elaborado un programa de educación en la escuela cuya oferta se ha hecho extensiva, durante el curso 2016-2017, a todos aquellos colegios, tanto públicos como concertados, que deseen participar

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Alumnos de 1º curso de educación primaria de los colegios de nuestra zona básica de salud, tanto públicos como concertados que se acojan al programa ofertado.

.....

MÉTODO

Acciones previstas:

Educación para la Salud en: Alimentación, cepillado de dientes, higiene de manos, educación postural, ocio y tiempo libre.

Orientar sobre las responsabilidades propias de su edad, en el núcleo familiar.

ACTIVIDADES: Contactar con los centros escolares mediante carta y/o teléfono. Cuestionario previo. Charla + audiovisuales. Taller de cepillado. Visita a la sala de fisioterapia. Cuestionario final. Informe al consejo de salud.

INDICADORES

Nº de niños que se lavan los dientes 2 veces/día: Standard 65%, Objetivo 80%

Nº de niños que consumen fruta 2 veces/día. Standard 30%, Objetivo 40%

Nº de niños que identifican la postura correcta en sedestación: Standard 50%, Objetivo 70%

Nº de niños que conocen la posición correcta para llevar la mochila. Standard ND, Objetivo 75%.

La fuente de datos sería los resultados del cuestionario previo

DURACIÓN

Fecha inicio: Septiembre 2016. Fecha finalización: Junio 2017

Presentación del programa a los colegios : Sept-Oct 16

Recepción de las solicitudes de los colegios : Nov 16

Elaboración cronograma charlas: Nov 16

Contacto con colegios para explicar la actividad: Nov 16

Entrega de material previo (cuestionarios...) : Dic 16

Grupos de charlas (1 charla /clase) : 1º colegio (3) : Enero 17, 2º colegio(3) : Febrero 17, 3º colegio(2) :

Marzo-Abril 17.

Recogida de material posterior a las charlas: 1º colegio: Feb.17, 2º colegio : Marzo17, 3º colegio : Abril 17.

Evaluación resultados: Junio-Julio 17

Seguimiento programa: Agosto-Septiembre 17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE CARMEN ACHA AIBAR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLASCO SORO ANA MARIA
BURRO DAL ADORACION
GOMEZ JULIAN CRISTINA
MORALES ABAJO OLGA
RAMOS FRAILE NURIA
SANZ RUBIO CONCEPCION
YAGÜE MUÑOZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer semestre de 2018 se realizaron 6 charlas en 2 colegios (3 charlas por colegio) correspondientes al curso escolar 2017-2018.

La dinámica y recursos fueron los mismos empleados para el resto de charlas :

- Duración 90 min,
- valoración previa de conocimientos
- proyección powerpoint,
- video y canción de lavado de manos,
- video de pantallas sanas
- taller de higiene de manos, con lampara ultravioleta y liquido revelador
- taller de cepillado de dientes con dos juegos de arcadas dentales y cepillos
- entrega de carteles de lavado de manos en tamaño A3, en color y plastificados para colocar en baños del colegio
- hoja de actividades para niños (crucigrama, colorear...)
- encarte DGA recomendaciones alimenticias para entregar a padres
- encuesta de valoración por parte de profesores.
- reparto de cepillo dientes

Tras finalizar esta ultima ronda de charlas hicimos en Junio 2018 nuestra propia valoración de resultados y objetivos alcanzados y la programación para el curso 2018/2019 con la misma dinámica llevada hasta ahora. Se propone ofertar el programa a los colegios contactando únicamente con los tutores de 1º de primaria. Se convoca reunión informativa el 3 de octubre.

Para el curso 18/19 la participación va a ser de 4 centros escolares con un total de 14 grupos de alumnos.

Se programan 8 charlas para los meses de octubre y noviembre de 2018.

Para el año 2019 quedan pendientes 6 grupos (a fecha de hoy se han hecho 3 visitas), a realizar en los meses de febrero y marzo.

Con todo ello se dará por finalizado este programa debido a los próximos traslados de enfermería, ya que participantes de este programa dejaran de trabajar en este centro

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Evaluamos los conocimientos pre charla y arroja los siguientes resultados:

-CAMPAÑA 2017-2018:

Los resultados obtenidos han sido:

Postura correcta en la silla 95,15%
Postura correcta en la mesa 92,6%
Postura correcta mochila 98,5%
Postura correcta carrito 79,61%
Consumo de 2 o más piezas fruta/día 75,42%
Cepillado dientes de al menos 2 veces/día 80,75%

-CAMPAÑA 2018-2019:

Total alumnos a fecha 28/02/19 de la campaña 2018-19: 254

Postura correcta silla 98,4 %
Postura correcta mesa 94,8%
Postura correcta mochila 98,8%
Postura correcta carrito 96,8%
Consumo de fruta de 2 o mas piezas / dia 60.61%
Lavado de dientes al menos 2 veces / dia: 81.87 %

Los resultados cumplen totalmente con los objetivos propuestos:

Cepillado dientes : 80%
Consumo fruta 40%
Postura correcta mesa 70%
Postura correcta mochila 70 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como ya se comentó en la anterior evaluación se encontró problemas en el rellenado de la encuesta de conocimientos por parte de los alumnos por disparidad de resultados y se decidió la realización de la misma en nuestro centro (y no en el colegio)para evitar complicaciones. Preguntamos a los profesores cuál sería el momento idóneo para rellenarlas, y ellos opinan que sería mejor al principio de la charla, ya que los niños estarían más tranquilos. Hemos valorado la actividad como muy positiva tanto a nivel participativo, organizativo como de resultados. En cuanto a las opiniones de los profesores, todas fueron muy positivas. Con todo ello la satisfacción por parte del equipo de trabajo ha sido grande. La mayor dificultad encontrada ha sido el contacto con el profesorado a la hora de hablar con ellos para programación de charlas.

7. OBSERVACIONES.
Debido a los traslados de Enfermería pendientes varias componentes del equipo dejarán de trabajar en el centro, por ello no se puede asegurar la continuidad de la actividad en años siguientes.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1126 ===== ***

Nº de registro: 1126

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
ACHA AIBAR MARIA CARMEN, BLASCO SORO ANA MARIA, BURRO DAL ADORACION, GOMEZ JULIAN CRISTINA, FRANCO LOPEZ MARIA ANGELES, SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION, RAMOS FRAILE NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades Preventivas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el curso escolar 2015-2016 un colegio de la zona solicitó que desde el centro de salud se impartieran charlas de educación sanitaria a niños de 1º de educación primaria, petición que fue atendida por nuestra parte. Esta actividad ya era conocida por los centros escolares, puesto que se realizó durante más de 15 años; se suspendió dicho programa por falta de recursos humanos. Debido a la alta concentración de centros escolares en nuestra zona, hemos elaborado un programa de educación en la escuela cuya oferta se ha hecho extensiva, durante el curso 2016-2017, a todos aquellos colegios, tanto públicos como concertados, que deseen participar

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Alumnos de 1º curso de educación primaria de los colegios de nuestra zona básica de salud, tanto públicos como concertados que se acojan al programa ofertado.

.....

MÉTODO
Acciones previstas:
Educación para la Salud en: Alimentación, cepillado de dientes, higiene de manos, educación postural, ocio y tiempo libre.
Orientar sobre las responsabilidades propias de su edad, en el núcleo familiar.
ACTIVIDADES: Contactar con los centros escolares mediante carta y/o teléfono. Cuestionario previo. Charla + audiovisuales. Taller de cepillado. Visita a la sala de fisioterapia. Cuestionario final. Informe al consejo de salud.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Nº de niños que se lavan los dientes 2 veces/dia: Standard 65%,Objetivo 80%
Nº de niños que consumen fruta 2 veces/dia. Standard 30%,Objetivo 40%
Nº de niños que identifican la postura correcta en sedestacion: Standard 50%,Objetivo 70%
Nº de niños que conocen la posicion correcta para llevar la mochila. Standard ND,Objetivo 75%.
La fuente de datos seria los resultados del cuestionario previo

DURACIÓN

Fecha inicio: Septiembre 2016. Fecha finalizacion: Junio 2017
Presentacion del programa a los colegios : Sept-Oct 16
Recepcion de las solicitudes de los colegios : Nov 16
Elaboracion cronograma charlas: Nov 16
Contacto con colegios para explicar la actividad: Nov 16
Entrega de material previo (cuestionarios...) :Dic 16
Grupos de charlas (1 charla /clase) : 1º colegio (3): Enero 17, 2º colegio(3) : Febrero 17, 3º colegio(2) : Marzo-Abril 17.
Recogida de material posterior a las charlas: 1º colegio: Feb.17,2º colegio : Marzo17, 3º colegio :Abril 17.
Evaluacion resultados: Junio-Julio 17
Seguimiento programa: Agosto-Septiembre 17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0768

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ANGEL SAZ GONZAGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REQUENO JARABO MARIA NURIA
MEMBRADO GRANIZO PEDRO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Asistencia a las sesiones informativas impartidas en Abril y en Diciembre de 2018.
El Dr. Ángel Saz Gonzaga impartió una sesión sobre IRASPROA, y otra sobre resistencia a los antibióticos el 20 de Diciembre de 2018, en el Centro de Salud del Seminario.
El equipo sanitario firmó el pasado 20 de Diciembre el documento sobre la prescripción inadecuada de antibioterapia de PROA-Ap, y se realizaron las encuestas online de PROA-AP.
Se han colocado en el Centro de Salud, carteles de IRASPROA sobre la prescripción de antibióticos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Implicación de todos los profesionales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1-Se ha disminuido el consumo de antibióticos en nuestra práctica habitual
2-Se ha disminuido las prescripción de macrólidos,clavulánico y quinolonas
3- Se valorarán los beneficios obtenidos de la disminución de las resistencias a los antibióticos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/768 ===== ***

Nº de registro: 0768

Título
PROYECTO PROA

Autores:
SAZ GONZAGA ANGEL, REQUENO JARABO NURIA, MEMBRADO GRANIZO JAVIER, RAMOS FRAILE NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0768

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

prescritos en atención primaria.

Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SEMINARIO se considera una oportunidad de mejora priorizar la prescripción de antibióticos de espectro reducido ya que se ha observado una tendencia descendente del uso relativo de éstos en los tres últimos años.

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la utilización de antibióticos de espectro reducido según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO

- 1.Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
- 2.Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
- 3.Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
- 4.Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
- 5.Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES

- Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
- Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
- Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. -Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%): $DDD\ ATB\ espectro\ reducido^* / DDD\ antibióticos\ (J01) \times 100$

Valor 2017: 38,5 %

Objetivo 2018: =41 %

*Antibióticos de espectro reducido: amoxicilina (J01CA04), bencilpenicilina (J01CE01), fenoximetilpenicilina (J01CE02), bencilpenicilina-benzatina (J01CE08), bencilpenicilina-procaína (J01CE09), fenoximetilpenicilina-benzatina (J01CE10), cloxacilina (J01CF02), fosfomicina (J01XX01).

DURACIÓN

- Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
- Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
- Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
- Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
- Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1004

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SEMINARIO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA NURIA REQUENO JARABO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES ABAJO OLGA
PENON PANZANO JULIA
AGUILAR LEÑERO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No se ha realizado ninguna actividad hasta el momento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha realizado ninguna actividad hasta el momento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se ha realizado ninguna actividad hasta el momento

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1004 ===== ***

Nº de registro: 1004

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SEMINARIO

Autores:
MORALES ABAJO OLGA, PENON PANZANO JULIA, REQUENO JARABO NURIA, AGUILAR LEÑERO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1.Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo.
2.Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3.Estimular la realización de espirometrías
4.Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monográfica/charlas a los pacientes EPOC sobre autocuidados/Manejo inhaladores

MÉTODO
Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
Actividades de Formación sobre deshabitación tabáquica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1004

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SEMINARIO

Creación consulta monográfica/realización charlas a pacientes EPOC

INDICADORES

- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: 50%. (Actualmente en el EAP 46.93%).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 35.29%).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: 2.0 (Actualmente 1.68)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
- Implantación Consulta Monográfica en cuidados de EPOC. Objetivo: SI/
- Realización charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidados y/o manejo de inhaladores. Objetivo: 2 charlas

DURACIÓN

Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.

Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas

Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC

Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 04/04/2019

2. RESPONSABLE CONCEPCION SANZ RUBIO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABENGOCHEA MEDRANO MILAGROS
BLASCO GASCA OLGA
NAVARRO NAVARRO ELENA ISABEL
MARTIN NUEZ INES
MENDEZ ADE ESTHER
MORENO POZUELO MARIA PILAR
PEREZ MENDIARA JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Según el calendario previsto, en mayo de 2018 la responsable del proyecto realizó una reunión con el equipo de fisioterapeutas de AP del sector Zaragoza II para planificar la implantación del proyecto.

Sesiones clínicas impartidas por los fisioterapeutas de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP) con los EAP del Sector Zaragoza II para explicar la actividad y su puesta en marcha: si bien el calendario previsto en el proyecto indicaba que estas sesiones se realizarían entre los meses de septiembre y octubre de 2018, en la fecha de elaboración de esta memoria falta por realizar la sesión en seis EAP urbanos (Sagasta-Ruiseñores, Sagasta-Miraflores, Rebojería y Puerta del Carmen, donde aún no está programada y Parque Roma y San Pablo, donde está programada para mayo de 2019) y en los centros rurales del sector.

La actividad de Escuela de Espalda se ha incluido en las agendas de todas las Unidades de Fisioterapia del sector ZII y está funcionando activamente salvo en la Unidad de Fisioterapia San Pablo donde está previsto que se inicie en marzo de 2019.

Se ha realizado una Encuesta de Satisfacción de los usuarios de la Escuela de Espalda, aunque en las fechas previstas en el calendario del proyecto para esta actividad había pocos usuarios participando y que pudieran hacer una valoración.

- Materiales elaborados y utilizados:
Presentación en power point y texto con el contenido de la sesión para los EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Valoración del grado de consecución de los objetivos específicos del proyecto. Coherencia de lo realizado con el objetivo general del proyecto:

- Descripción de los principales resultados alcanzados e impacto del proyecto:
 - Grado de sensibilización y nuevas expectativas generadas en los grupos destinatarios: El proyecto lleva retraso porque las sesiones de presentación de la actividad en los EAP no pudieron llevarse a cabo en la fecha prevista (septiembre-octubre 2018) e incluso aún falta impartir dichas sesiones clínicas en los EAP de Sagasta-Ruiseñores, Sagasta-Miraflores, Rebojería y Puerta del Carmen, Parque Roma, San Pablo y rurales. En los centros donde sí se ha realizado esta presentación ya se están realizando derivaciones explícitas de usuarios para su inclusión en la actividad.
 - Cambios en los conocimientos, los comportamientos, los valores y las actitudes relacionadas con la salud: los fisioterapeutas de las UFAP son conscientes de la importancia de la puesta en marcha de la actividad y así lo están transmitiendo a los profesionales y usuarios.
 - Mejora de la autonomía y empoderamiento de las personas implicadas: había fisioterapeutas que no habían puesto en marcha la actividad y esto ha cambiado al tener el mismo material para todas las UFAP, lo que ha facilitado también una homogeneidad en el desarrollo de la misma.

- Mejora de la satisfacción y bienestar:

En el mes de noviembre del año 2018 se ha realizado una encuesta para valorar la satisfacción de los usuarios de la actividad de Escuela de Espalda en las unidades de Fisioterapia de atención primaria. Han contestado el cuestionario 36 pacientes. La media de edad ha sido de 59,5 años, siendo el 31,4% de entre 40 y 60 años y 54,3% entre 61 y 80 años. El más joven tenía menos de 29 años y el mayor, 82 años.

Distribución por sexo: 69,4% mujeres y 30,6% hombres.

El 66,7% de los usuarios de la Escuela de Espalda ha sido derivado a la UFAP por dolor lumbar.

La situación laboral ha sido predominantemente jubilados (45,7%) y personas trabajando (34,3%)
La asistencia en general ha sido valorada positivamente en un 94,5%.

Las instalaciones se han considerado satisfactorias en un 97,2%.

El tiempo de espera entre el día que se realiza la cita y la fecha que se da para consulta en un 22,2% se ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

valorado entre poco y nada satisfactorio.

En cuanto a la confianza que transmite el profesional que dirige la actividad, todas las respuestas han sido positivas.

La información recibida se ha valorado positivamente en el 94,5% de los casos y también en el mismo porcentaje los usuarios han considerado que esta información les ha resultado de utilidad.

De las respuestas a las preguntas abiertas ha destacado como lo que más ha gustado, la atención, profesionalidad, y el interés de los ejercicios aprendidos.

Lo que menos ha gustado ha sido el tiempo de espera desde la derivación hasta la primera consulta en la Unidad de Fisioterapia.

Es preciso señalar que en noviembre de 2018, cuando se realizó la Encuesta de Satisfacción de los usuarios de la Escuela de Espalda en las UFAP del sector ZII sólo estaba en marcha en cuatro de las nueve UFAP del sector ZII, por tanto estos resultados pueden no ser extrapolables a todo el sector.

- Cambios en la relación de los profesionales y los grupos y población destinataria: las sesiones clínicas de las UFAP dirigidas a los EAP han sido bien acogidas y con gran participación, según consta en las actas de las mismas.

- Cambios en el entorno (en el ambiente, en la organización, en el uso de metodologías y recursos): las agendas de las UFAP ya disponen de un tiempo específico para la realización de la actividad, salvo en una de ellas (UFAP San Pablo), donde está previsto que comience en marzo 2019.

• Comparación de los cambios entre la situación previa (antes del desarrollo del proyecto) y final (en el momento de hacer la memoria):

Antes del desarrollo del proyecto había varias UFAP del sector ZII que no realizaban esta actividad y, en este momento, si bien el proyecto está sin terminar, de momento ya se ha puesto en marcha la actividad en ocho de las nueve UFAP y casi todos los EAP conocen ya de su existencia.

• Metodología de la recogida de la información para la evaluación:

En la sesión clínica se recoge la hoja de firmas de los asistentes a la misma y se cumplimenta acta de la sesión. Al final de la actividad de Escuela de Espalda con cada grupo de usuarios se les ofrece un cuestionario de satisfacción.

Indicadores y objetivos planteados:

• Puesta en marcha de escuela de espalda en las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII: 88,9% de las UFAP (100% de las unidades previsto en marzo 2019).

• Realización de Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II: Sin finalizar (falta su realización en seis EAP urbanos y los tres rurales) >57,1% de los EAP realizado (66,7% de los EAP urbanos).

• Grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda: >84% grado de satisfacción alto o muy alto.

2. Grado de implicación y participación de los grupos y población destinataria en el desarrollo del proyecto:

Todos los fisioterapeutas de las UFAP del sector ZII se han implicado en el proyecto pero por las agendas de sesiones clínicas de los EAP, en algunos de ellos aún no ha sido posible la realización de la sesión clínica que estaba prevista en octubre. La actividad de Escuela de Espalda se ha puesto en marcha en ocho de las nueve UFAP del sector ZII pero todavía la derivación de usuarios en algunos casos es mínima, probablemente por desconocimiento de la existencia de dicha actividad hasta ahora. Por todo ello no ha podido completarse la evaluación del proyecto.

3. Valoración de los objetivos y aspectos no alcanzados. Análisis de los factores condicionantes del contexto y del desarrollo del proyecto (por ejemplo objetivos no realistas, análisis de situación inicial insuficiente, ambigüedad de actuaciones, etc):

Uno de los objetivos era dar a conocer la actividad a todos los EAP del sector ZII y se planteó hacerlo en los meses de septiembre y octubre. Tal vez esto no era un objetivo muy realista pues son meses en los que las agendas de los EAP suelen tener muchas actividades programadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de las dificultades y la flexibilidad del proyecto.

Valoración de la viabilidad y factibilidad del proyecto.

El proyecto se considera viable aunque retrasando los plazos. Cuando las sesiones en los EAP se hayan realizado en su totalidad, la derivación de usuarios para participar en la actividad será mayor y con ello también se podrá valorar su impacto.

- Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones y su integración en la dinámica del centro. Posibilidades de extensión y replicabilidad de las iniciativas en otros centros.

La puesta en marcha de la actividad de Escuela de Espalda es perfectamente sostenible ya que se puede integrar dentro de la agenda de las UFAP y se trata del abordaje de un problema de salud muy frecuente en las unidades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

de Fisioterapia. Asimismo se puede replicar en todas las unidades de fisioterapia de AP de cualquier sector, adaptándose en todo caso a la organización funcional de cada una de ellas.

- Propuestas de reorientación y cambio en el proyecto.

Es preciso terminar cuanto antes la divulgación de la actividad en los EAP y después ir actualizando la información cuando se incorporen profesionales nuevos. Asimismo es importante compartir con los EAP los resultados del proyecto para favorecer su implicación en la actividad.

- Otras observaciones y sugerencias de utilidad sobre la evaluación del proyecto.

La actividad se considera de gran utilidad para conseguir que los usuarios tengan un enfoque activo en el cuidado de su salud, ya que las algias vertebrales guardan mucha relación con los hábitos posturales e incluso con la idea que ellos mismos tengan de su problema de salud y su actitud frente a la misma. Por ello es importante evaluar el impacto de este proyecto cuando haya finalizado su implantación.

- Autovaloración del trabajo realizado.

Aunque el trabajo no ha concluido, el hecho de haberlo planteado ya ha conseguido implicar a todos los profesionales que hasta ahora habían pospuesto la puesta en marcha de una actividad considerada de utilidad dada la alta prevalencia del dolor lumbar.

7. OBSERVACIONES.

- De entrada nos lo planteamos como proyecto anual pero la realidad nos ha obligado a continuarlo este año para poder ofrecer resultados de su puesta en marcha al completo.

- Nuevas necesidades identificadas de formación sobre la metodología de evaluación:

Tras la implantación completa de la actividad sería interesante plantear otro proyecto en el que se mida el impacto sobre la salud de los usuarios participantes en la misma. Tal vez aquí se plantean dudas para definir correctamente los indicadores.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1569 ===== ***

Nº de registro: 1569

Título
PROYECTO DE CALIDAD DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
SANZ RUBIO CONCEPCION, HERNANDEZ GALLARDO ASUNCION, GASPAR CALVO ELENA, USERO TIL NOEMI, SEBASTIAN LORENTE LAURA, ORTIN CLAVERIA JOSE ANTONIO, GIMENO SANZ ESPERANZA, FRANCO GIMENO MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Proyectos asistenciales de la Unidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El dolor lumbar es una de las principales causas de atención médica en las consultas médicas, así como de las principales causas de ausentismo laboral. La incidencia en la población adulta asciende de 60 a 80% en algún momento de sus vidas, y de éstos, hasta 36% de los casos persistirá de manera crónica.
Dentro de las lumbalgias diagnosticadas, el 80-90% son inespecíficas (lumbalgias mecánicas)2.

Por este motivo, en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria se ofrece la actividad de Escuela de Espalda como programa de educación y entrenamiento, para que el paciente con dolor de espalda adquiera los conocimientos y habilidades precisos que le permitan un adecuado estado de salud para su espalda. Con este proyecto nos planteamos hacer una correcta divulgación de la actividad desde las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Zaragoza II.

RESULTADOS ESPERADOS

- Dar a conocer la actividad de Escuela de Espalda a los Equipos de Atención Primaria del Sector Zaragoza

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

II.
- Poner en marcha la actividad en todas las Unidades de Fisioterapia de AP del Sector Zaragoza II.

MÉTODO
- Reunión con el equipo de Fisioterapeutas de AP del sector Zaragoza II para planificar la implantación del proyecto.
- Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II para explicar la actividad y su puesta en marcha
- Incluir esta actividad en la agenda en cada unidad de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Valorar el grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda.

INDICADORES
- Puesta en marcha de escuela de espalda en las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII. 100% de las unidades.
- Realización de Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II: >80% de los EAP
- Grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda: >80% grado de satisfacción alto o muy alto.

DURACIÓN
Proyecto anual.
- Reunión con el equipo de Fisioterapeutas de AP del sector Zaragoza II para planificar la implantación del proyecto: mayo 2018. Responsable M^a Concepción Sanz Rubio.
- Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II para explicar la actividad y su puesta en marcha: septiembre-octubre 2018. Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Incluir esta actividad en la agenda en cada unidad de fisioterapia de AP del sector ZII: septiembre-octubre 2018. Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Valorar el grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda: octubre-diciembre 2018.
Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1086

1. TÍTULO

PROYECTO PROA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE OLGA BLASCO RONCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEMBRADO GRANIZO PEDRO JAVIER
RAMOS FRAILE NURIA
REQUENO JARABO NURIA
CARO REBOLLO JOSEFINA
GRIMAL ALIACAR FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas. El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrandolo los esfuerzos en la reducción de su prescripción de macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, midecamicina y roxitricina), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP SEMINARIO, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrandolo el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

Abordaje de infecciones respiratorias: fecha 28/05/2019

Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha 25/10/2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.

En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.

En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1086

1. TÍTULO

PROYECTO PROA

- La selección de casos clínicos ha sido posible gracias al envío por correo electrónico en Junio de 2019, y desde el Servicio de Farmacia de AP, de los listados por CIAS de pacientes tratados en el último año con macrólidos así como del diagnóstico asociado a éstos, de tal modo que cada profesional revisó dicho listado y seleccionó alguno de los pacientes incluidos en el mismo para reevaluar la necesidad de utilizar dicho antibiótico de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.

Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de macrólidos.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 8,1, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 9,21).

En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de macrólidos.

En diciembre 2018 el valor % envases macrólidos/total envases antibióticos era 20,90% siendo en diciembre 2019 de 16,10%

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de macrólidos de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias, cuyos valores en 2018 fueron 85,38%.

En el año 2019 el % uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias ha sido de 77,18%.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.

Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.

Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.

Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1086

1. TÍTULO

PROYECTO PROA

Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1086 ===== ***

Nº de registro: 1086

Título
PROYECTO PROA

Autores:
BLASCO RONCO OLGA, MEMBRADO GRANIZO PEDRO JAVIER, RAMOS FRAILE NURIA, REQUENO JARABO NURIA, CARO REBOLLO JOSEFINA, GRIMAL ALIACAR FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP SEMINARIO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente macrólidos a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias de vías altas y bajas, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 20,9 % de envases prescritos de antibióticos (Sector Zaragoza: 20,8%).

RESULTADOS ESPERADOS

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.

Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio.

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.

2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1086

1. TÍTULO

PROYECTO PROA

identificados en el propio equipo de atención primaria.
3.Revisión de los pacientes tratados en 2018 con macrólidos para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4.Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico

Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100

Valor 2018: 20,9 %

Objetivo 2019: <18 %

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

% de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias

Valor 2018: 85,38%

Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

-Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.

-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo

-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de macrólidos durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1111

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II. C.S. ROMAREDA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GIL MOSTEO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALONSO BENEDI ANA MARIA
PUEYO ROYO NOELIA
MORALES ABAJO OLGA
FELEZ RIPOLL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

21/03/2020 Sesión formativa propuesta por la Dirección AP para presentar el proyecto
13/05/2019 Reunión del Equipo AP para constituir grupo de trabajo y responsable del proyecto
2/06/2019 Recibimos listados por parte de Dirección AP del PCC con GMA
10/06/2019 Reunión del equipo responsable del proyecto para decidir objetivos y actividades a realizar.
Actividades Realizadas
se realizó educación individual con PCC y cuidador facilitando autocuidados
Se explicó al resto del EAP cómo incluir al PCC, tanto por parte de enfermería como medicina
Quedó pendiente establecer unos criterios comunes para el plan de intervención(quedamos el grupo en fijarlos después del verano octubre/noviembre cuando estuviésemos todos miembros, pero debido a una IT y posterior resolución del concurso de traslados en Medicina y Enfermería, queda pendiente a realizar)
Actualmente queda solo el responsable en el EAP y estoy intentando reconstituir un nuevo grupo de trabajo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

debido a los problemas anteriormente comentados, y el poco tiempo desde que tuvimos acceso a los listados, con el periodo vacacional y los traslados en el media, no se han cumplido los objetivos en el plan de intervención. 17.9% 25,57% pacientes incluidos GMA>97

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado el % de pacientes incluidos
se intentará trabajar para conseguir mejores resultados en el plan de intervención. Una vez formado el nuevo grupo de trabajo y fijar los criterios

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1111 ===== ***

Nº de registro: 1111

Título
ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II .C.S.ROMAREDA

Autores:
GIL MOSTEO MARIA JOSE, ALONSO BENEDI ANA MARIA, PUEYO ROYO NOELIA, MORALES ABAJO OLGA, FELEZ RIPOLL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes pluripatologico
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una de las Estrategias de mayor calado en la actual legislatura ha sido la del Abordaje de la Cronicidad,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1111

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II. C.S. ROMAREDA

sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo.

La mayoría de pacientes atendidos en atención primaria presenta multimorbilidad, y ésta aumenta con la edad. Está asociada a un mayor consumo de recursos asistenciales así como a un peor nivel en la calidad de vida .

Paciente Crónico complejo: aquel que presenta mayor complejidad en su manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hacen necesaria la utilización ordenada de diversos niveles asistenciales y en algunos casos servicios sanitarios y sociosanitarios

La atención a los pacientes con condiciones crónicas y/o frágiles implica la coordinación de distintos servicios (atención ambulatoria, atención hospitalaria y/o servicios sociales) cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de estos pacientes, evitar la descompensación de su enfermedad y las hospitalizaciones que pudieran derivarse de este deterioro.

En Febrero de 2018, se hizo la presentación institucional del Programa, comenzándose su implementación en los equipos de atención primaria del Sector II, a partir del mes de marzo, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA).

Los datos de inclusión en el Programa del total de pacientes de mayor complejidad, en el Sector II, no supera el 50%, y los planes de intervención confeccionados, supone tan solo un 20 %

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando

los p>99 Incrementar elaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC.

Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC

Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en nuestro EAP.

MÉTODO

Designar un responsable del proyecto que coordine

Formación de todos los profesionales del equipo para una correcta identificación y captación PCC y registro adecuado en OMI

Proporcionar herramientas para facilitar autocuidados

Educación al paciente y cuidador

Planes de intervención orientados a identificar factores de riesgo de descompensaciones y seguimiento adecuado

Verificar que los circuitos asistenciales para el PCC funcionan adecuadamente

INDICADORES

% PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana.

35-45%

% Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa.

65-70%

(Diciembre 2018

% PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos.

35-45%.

(Diciembre 2018, 30%).

% PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos.

20-25%.

(Diciembre 2018, 14%).

% PCC con enfermería identificada.

80-90%.

% PCC con familiares-cuidadores identificados.

80-90%.

DURACIÓN

Sesión formativa dirigida a todo el Equipo Mayo 2019

Designación del responsable del proyecto Abril 2019

Formación familiares y pacientes .De abril a Octubre 2019

Inicio Proyecto de Mejora Junio 2019-Junio 2020

Monitorización indicadores: Octubre 2019 Y febrero 2020

Evaluación resultados obtenidos Junio 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE CONCEPCION SANZ RUBIO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABENGOCHEA MEDRANO MILAGROS
BLASCO GASCA OLGA
ABAD HONTORIA ANGEL
NAVARRO NAVARRO ELENA ISABEL
MARTIN NUEZ INES
MENDEZ ADE ESTHER
MORENO POZUELO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Según el calendario previsto, en mayo de 2018 la responsable del proyecto realizó una reunión con el equipo de fisioterapeutas de AP del sector Zaragoza II para planificar la implantación del proyecto.

A lo largo del segundo semestre de 2018 y en 2019 tuvieron lugar las sesiones clínicas impartidas por los fisioterapeutas de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP) con los EAP del Sector Zaragoza II para explicar la actividad y su puesta en marcha. En la fecha de elaboración de esta memoria falta por realizar la sesión en cuatro EAP urbanos (Sagasta-Ruiseñores, Sagasta-Miraflores, Rebolería y Puerta del Carmen) y en los centros rurales del sector.

La actividad de Escuela de Espalda, sin embargo, se ha incluido en las agendas de todas las Unidades de Fisioterapia del sector ZII y está funcionando activamente en todas ellas.

Se ha realizado una Encuesta de Satisfacción de los usuarios de la Escuela de Espalda, realizada en noviembre de 2018 y noviembre de 2019.

· Materiales elaborados y utilizados:

Presentación en power point y texto con el contenido de la sesión para los EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Valoración del grado de consecución de los objetivos específicos del proyecto. Coherencia de lo realizado con el objetivo general del proyecto:

? Descripción de los principales resultados alcanzados e impacto del proyecto:

? Grado de sensibilización y nuevas expectativas generadas en los grupos destinatarios: A pesar de que falta impartir las sesiones específicas de presentación de la actividad en los EAP de Sagasta-Ruiseñores, Sagasta-Miraflores, Rebolería y Puerta del Carmen y rurales, en todos los centros se ha realizado esta presentación de manera informal y ya se están realizando derivaciones explícitas de usuarios para su inclusión en la actividad.

? Cambios en los conocimientos, los comportamientos, los valores y las actitudes relacionadas con la salud: los fisioterapeutas de las UFAP son conscientes de la importancia de la puesta en marcha de la actividad y así lo están transmitiendo a los profesionales y usuarios.

? Mejora de la autonomía y empoderamiento de las personas implicadas: había fisioterapeutas que no habían puesto en marcha la actividad y esto ha cambiado al tener el mismo material para todas las UFAP, lo que ha facilitado también una homogeneidad en el desarrollo de la misma.

? Mejora de la satisfacción y bienestar:

En el mes de noviembre del año 2018 y 2019 se realizó una encuesta para valorar la satisfacción de los usuarios de la actividad de Escuela de Espalda en las unidades de Fisioterapia de atención primaria. Hay que mencionar que en noviembre de 2019 hubo algunos profesionales que participaban por primera vez en la encuesta y no entendieron bien la información transmitida, bien porque no leyeron los correos electrónicos enviados bien porque no asistieron a las reuniones presenciales). Así pues, de los 65 usuarios que respondieron al cuestionario en 2019, solo 42 de ellos respondieron a todas las preguntas dado que no se les facilitó la hoja con las preguntas más generales, recibiendo solo la hoja específica de la actividad de Escuela de Espalda.

- Características de los usuarios participantes en la Escuela de espalda en noviembre de 2018 y noviembre de 2019 en las Unidades de Fisioterapia del sector ZII:

En 2018 respondieron al cuestionario 36 pacientes y 65 en 2019.

La media de edad fue de 59,5 años en 2018, siendo el 31,4% de entre 40 y 60 años y 54,3% mayores de 61. El más joven tenía 29 años y el mayor, 82 años.

En 2019, la media de edad fue de 57,1 años, siendo el 40,5% de entre 40 y 60 años y 45,2% mayores de 61. El

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

más joven tenía 27 años y el mayor, 74 años.

Distribución por sexo: 69,4% mujeres y 30,6% hombres en 2018 y 69% mujeres y 31% hombres en 2019.

El 66,7% de los usuarios de la Escuela de Espalda fue derivado a la UFAP por dolor lumbar en 2018 y el 87,7% en 2019.

La situación laboral fue predominantemente jubilados (45,7%) y personas trabajando (34,3%) y también en 2019 (50% y 40,5% respectivamente).

La asistencia en general fue valorada positivamente en un 92% en 2018 y 99% en 2019, sin ninguna valoración negativa.

Las instalaciones se consideraron satisfactorias en un 97,2% en 2018, sin embargo en 2019 ese porcentaje disminuyó al 59,6%.

El tiempo de espera entre el día que se realiza la cita y la fecha que se da para consulta en un 22,2% se valoró entre poco y nada satisfactorio en 2018 y un 33,3% en 2019.

En cuanto a la confianza que transmite el profesional que dirige la actividad, todas las respuestas fueron positivas tanto en 2018 como en 2019.

La información recibida se valoró positivamente en el 94,5% de los casos y también en el mismo porcentaje los usuarios consideraron que esta información les ha resultado de utilidad en 2018. En 2019 estos resultados fueron 78,6% y 95,4% respectivamente.

El 87% de los usuarios encuestados en 2018 y el 90,5% en 2019 recomendaría la actividad de Escuela de Espalda de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria a sus amigos o familiares.

De las respuestas a las preguntas abiertas destacó como lo que más ha gustado, tanto en 2018 como en 2019, la atención, profesionalidad, y el interés de los ejercicios aprendidos.

Lo que menos ha gustado ha sido el tiempo de espera desde la derivación hasta la primera consulta en la Unidad de Fisioterapia.

Es preciso señalar que en noviembre de 2018, cuando se realizó la Encuesta de Satisfacción de los usuarios de la Escuela de Espalda en las UFAP del sector ZII sólo estaba en marcha en cuatro de las nueve UFAP del sector ZII. En noviembre de 2019, la Escuela de Espalda sí que estaba funcionando en las nueve unidades.

? Cambios en la relación de los profesionales y los grupos y población destinataria: las sesiones clínicas de las UFAP dirigidas a los EAP han sido bien acogidas y con gran participación, según consta en las actas de las mismas.

? Cambios en el entorno (en el ambiente, en la organización, en el uso de metodologías y recursos): las agendas de las UFAP ya disponen de un tiempo específico para la realización de la actividad

- Comparación de los cambios entre la situación previa (antes del desarrollo del proyecto) y final (en el momento de hacer la memoria).

Antes del desarrollo del proyecto había varias UFAP del sector ZII que no realizaban esta actividad y, en este momento ya se ha puesto en marcha la actividad en las nueve UFAP y todos los EAP conocen ya de su existencia, aunque algunos no hayan recibido la sesión clínica preparada para ello.

- Metodología de la recogida de la información para la evaluación:

En la sesión clínica se recoge la hoja de firmas de los asistentes a la misma y se cumplimenta acta de la sesión. Al final de la actividad de Escuela de Espalda con cada grupo de usuarios se les ofrece un cuestionario de satisfacción.

Indicadores y objetivos planteados:

- Puesta en marcha de escuela de espalda en las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII: 100% de las UFAP.
- Realización de Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II: Sin finalizar (falta su realización en seis EAP urbanos y los tres rurales) >67% de los EAP realizado (80% de los EAP urbanos).
- Grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda: >81% grado de satisfacción alto o muy alto.
- 2. Grado de implicación y participación de los grupos y población destinataria en el desarrollo del proyecto: Todos los fisioterapeutas de las UFAP del sector ZII se han implicado en el proyecto pero por las agendas de sesiones clínicas de los EAP, en algunos de ellos aún no ha sido posible la realización de la sesión clínica que estaba prevista completar en 2019. La actividad de Escuela de Espalda se ha puesto en marcha en las nueve UFAP del sector ZII aumentando progresivamente la derivación de usuarios.
- 3. Valoración de los objetivos y aspectos no alcanzados. Análisis de los factores condicionantes del contexto y del desarrollo del proyecto (por ejemplo objetivos no realistas, análisis de situación inicial insuficiente, ambigüedad de actuaciones, etc):

La comunicación entre las diferentes Unidades de Fisioterapia es mejorable. Tal vez la existencia de una figura de coordinación no oficial no sea suficiente para garantizar un funcionamiento homogéneo en todas ellas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

• Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de las dificultades y la flexibilidad del proyecto. Valoración de la viabilidad y factibilidad del proyecto.

El proyecto se considera viable aunque los plazos se podrían acortar con una mayor coordinación entre las Unidades de Fisioterapia. Cuando las sesiones en los EAP se hayan realizado en su totalidad, la derivación de usuarios para participar en la actividad será mayor y con ello también se podrá valorar mejor su impacto. En todo caso, los resultados de la puesta en marcha de la Escuela de Espalda en todas las Unidades de Fisioterapia del Sector Zaragoza II han resultado positivos.

• Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones y su integración en la dinámica del centro. Posibilidades de extensión y replicabilidad de las iniciativas en otros centros.

La puesta en marcha de la actividad de Escuela de Espalda es perfectamente sostenible ya que se puede integrar dentro de la agenda de las UFAP y se trata del abordaje de un problema de salud muy frecuente en las unidades de Fisioterapia. Asimismo se puede replicar en todas las unidades de fisioterapia de AP de cualquier sector, adaptándose en todo caso a la organización funcional de cada una de ellas.

• Propuestas de reorientación y cambio en el proyecto.

Es preciso terminar cuanto antes la divulgación de la actividad en los EAP y después ir actualizando la información cuando se incorporen profesionales nuevos. Asimismo es importante compartir con los EAP los resultados del proyecto para favorecer su implicación en la actividad.

• Otras observaciones y sugerencias de utilidad sobre la evaluación del proyecto.

La actividad se considera de gran utilidad para conseguir que los usuarios tengan un enfoque activo en el cuidado de su salud, ya que las algias vertebrales guardan mucha relación con los hábitos posturales e incluso con la idea que ellos mismos tengan de su problema de salud y su actitud frente a la misma.

• Autovaloración del trabajo realizado.

El trabajo ha conseguido implicar a todos los profesionales que hasta ahora habían pospuesto la puesta en marcha de una actividad considerada de utilidad dada la alta prevalencia del dolor lumbar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1569 ===== ***

Nº de registro: 1569

Título
PROYECTO DE CALIDAD DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
SANZ RUBIO CONCEPCION, HERNANDEZ GALLARDO ASUNCION, GASPAR CALVO ELENA, USERO TIL NOEMI, SEBASTIAN LORENTE LAURA, ORTIN CLAVERIA JOSE ANTONIO, GIMENO SANZ ESPERANZA, FRANCO GIMENO MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Proyectos asistenciales de la Unidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El dolor lumbar es una de las principales causas de atención médica en las consultas médicas, así como de las principales causas de ausentismo laboral. La incidencia en la población adulta asciende de 60 a 80% en algún momento de sus vidas, y de éstos, hasta 36% de los casos persistirá de manera crónica. Dentro de las lumbalgias diagnosticadas, el 80-90% son inespecíficas (lumbalgias mecánicas)2.

Por este motivo, en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria se ofrece la actividad de Escuela de Espalda como programa de educación y entrenamiento, para que el paciente con dolor de espalda adquiera los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

conocimientos y habilidades precisos que le permitan un adecuado estado de salud para su espalda. Con este proyecto nos planteamos hacer una correcta divulgación de la actividad desde las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Zaragoza II.

RESULTADOS ESPERADOS

- Dar a conocer la actividad de Escuela de Espalda a los Equipos de Atención Primaria del Sector Zaragoza II.
- Poner en marcha la actividad en todas las Unidades de Fisioterapia de AP del Sector Zaragoza II.

MÉTODO

- Reunión con el equipo de Fisioterapeutas de AP del sector Zaragoza II para planificar la implantación del proyecto.
- Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II para explicar la actividad y su puesta en marcha
- Incluir esta actividad en la agenda en cada unidad de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Valorar el grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda.

INDICADORES

- Puesta en marcha de escuela de espalda en las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII. 100% de las unidades.
- Realización de Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II: >80% de los EAP
- Grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda: >80% grado de satisfacción alto o muy alto.

DURACIÓN

Proyecto anual.

- Reunión con el equipo de Fisioterapeutas de AP del sector Zaragoza II para planificar la implantación del proyecto: mayo 2018. Responsable M^a Concepción Sanz Rubio.
- Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II para explicar la actividad y su puesta en marcha: septiembre-octubre 2018. Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Incluir esta actividad en la agenda en cada unidad de fisioterapia de AP del sector ZII: septiembre-octubre 2018. Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Valorar el grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda: octubre-diciembre 2018. Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0763

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ENRIQUE TRASMONTAN GALVEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANGUAS GRACIA ANA
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA
PEREZ GRACIA ISABEL
MADRIGAL YBARRO MARIEL
ARENAZ CAJAL CARMEN
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Durante el mes de marzo se llevaron a cabo una serie de reuniones del grupo de trabajo para determinar las necesidades que debería cubrir la herramienta de registro y petición de material. Las más importantes fueron:
La herramienta debía ser fácil de utilizar.
Accesible desde cualquier ordenador del centro de salud.
Se debía asegurar tanto el envío como la recepción del pedido.
2. La creación de la herramienta se desarrolló durante el mes de abril, siendo necesario un aprendizaje previo por parte de los integrantes del proyecto.
Para ello, el responsable de este proyecto realizó una actualización de conocimientos con una búsqueda de recursos ofimáticos, poniéndolos en común en una sesión formativa dirigida a los integrantes del grupo de trabajo en mayo de 2019.
3. El estudio piloto de la herramienta se realizó durante el mes de mayo y su evaluación en junio de 2019. Las consultas incluidas en este piloto fueron cuatro, dos de turno de mañana y dos de tarde.
4. El siguiente paso fue dar a conocer la herramienta al resto del personal del centro procediendo a su aprobación a finales de julio de 2019 y a su implantación el 1 de septiembre de 2019.
5. La evaluación de la herramienta tras la implantación se realizó a finales de diciembre de 2019.
6. La memoria del proyecto se terminó en enero de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La población diana del proyecto ha sido los profesionales sanitarios del centro de salud Sagasta-Ruiseñores. En el centro de salud trabajan un total de 23 enfermeras (de las cuales dos son enfermeras de pediatría y 2 son refuerzos permanentes del centro), 26 médicos (de los cuales 3 son pediatras y 2 son refuerzos frecuentes en el centro) y 2 TCAE, en turno de mañana y tarde, con un total de 48 consultas entre asistencia general y pediátrica. Así mismo conviene recordar la existencia de tres consultas compartidas entre dos centros de salud, Ruiseñores y Miraflores, de tal forma que, en el turno de mañana son utilizadas por personal del centro de salud Miraflores y en el turno de tardes de Ruiseñores, siendo la gestión del almacén independiente para cada uno y participando en este proyecto solo Ruiseñores.

Los resultados obtenidos en este proyecto han sido:

En relación con los indicadores de actividad de los profesionales:
El 50,98% de los profesionales sanitarios (porcentaje que equivale a 26 trabajadores, de los cuales 22 fueron enfermeras, 2 TCAEs y 2 médicos) ha participado en el estudio piloto de la herramienta propuesta para la gestión diaria de material.

A los cuatro meses de la implantación de la herramienta de gestión de material en el centro, el 100% de los profesionales sanitarios la utilizaron en el día a día.

En relación con los indicadores de impacto sobre los profesionales:
El 76,47% (39 profesionales sanitarios, de los cuales 23 fueron enfermeras, 14 médicos y 2 TCAEs) han valorado la utilidad y su grado de satisfacción de la herramienta de gestión del material a través de un cuestionario ad hoc formado por 4 preguntas cerradas con respuestas tipo Likert y una pregunta abierta con opción de respuesta libre. El 76,47% (39 profesionales sanitarios, de los cuales 23 fueron enfermeras, 14 médicos y 2 TCAEs) han evaluado satisfactoriamente la nueva herramienta de gestión del material con puntuaciones superiores iguales a 4 sobre 5 en la escala Likert.

A la primera pregunta ¿Cree que la herramienta de gestión de material es útil? De los 39 profesionales que contestaron al cuestionario, 16 la consideraron "bastante útil" y 23 "muy útil".

A la segunda pregunta ¿Considera que se ha disminuido el tiempo empleado para la realización de esta actividad? De los 39 profesionales que contestaron al cuestionario, 26 consideraron que la herramienta funcionaba "bastante mejor" y 13 "mucho mejor".

A la tercera pregunta ¿Le resulta más fácil gestionar esta herramienta que el anterior método de solicitud de material? De los 39 profesionales que contestaron al cuestionario, 6 consideraron que la herramienta era "bastante fácil" y 33 "muy fácil".

A la cuarta pregunta En aquellas situaciones en las que no ha podido utilizar el material deseado por falta de existencias en el almacén ¿Le ha sido fácil localizar una alternativa de tratamiento a la primera opción deseada por usted? De los 39 profesionales que contestaron al cuestionario, 2 consideraron que la herramienta era "bastante fácil" y 37 "muy fácil".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0763

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS

A la quinta pregunta ¿Considera que es una buena herramienta para saber de qué material dispone en su consulta? De los 39 profesionales que contestaron al cuestionario, 1 ha incluido su respuesta entre las opciones "bastante útil" y 38 "muy útil". Lo que nos indica que es una herramienta útil también para aquellas consultas en las que se comparte espacio con otros centros de salud.

A la sexta pregunta ¿Considera que es una buena herramienta para mejorar la comunicación entre profesionales? De los 39 profesionales que contestaron al cuestionario, 5 han incluido su respuesta entre las opciones "bastante útil" y 34 "muy útil".

La pregunta abierta se ha utilizado para incluir mejoras en la herramienta que deberán ser evaluadas en un futuro. A los cinco meses de la implantación de la herramienta de gestión en el centro de salud (finales de enero) se habían declarado 2 incidencias. Si tenemos en cuenta que el mes anterior a la implantación de la herramienta se habían declarado 23 incidencias, es evidente que la reducción fue superior al 50% que se había marcado, disminuyendo del 100% para 23 incidencias al 8,69% para 2.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La solicitud de suministro de recursos materiales de cada consulta es responsabilidad exclusiva del profesional que trabaja en dicho espacio, ya sea médico o enfermera. Por otro lado, como ya se ha indicado, en el centro de salud Sagasta-Ruiseñores trabajan un total de 24 enfermeras y 24 médicos, en turno de mañana y tarde, lo que obliga a compartir las consultas. Esta herramienta ayuda a individualizar el trabajo de cada profesional mejorando la gestión del material, disminuyendo las interrupciones entre consultas y aumentando, con todo ello, la seguridad clínica en cada procedimiento que se realiza.

Al agilizar el proceso de petición de material también se disminuye el tiempo de respuesta de los TCAE, los profesionales encargados de proveer dichas solicitudes, aumentando la eficiencia en el proceso.

Se ha conseguido disminuir la carga burocrática al utilizar un catálogo estandarizado con un código para cada artículo, lo que permite redirigir los tiempos hacia otros procedimientos.

La valoración de la herramienta ha demostrado que su uso aumenta la satisfacción de los profesionales, al sustituir el método manual de solicitud del material por profesional por un método de solicitud por consulta. Esta satisfacción se especifica a través de la pregunta abierta del cuestionario en tres apartados: En primer lugar, al eliminar de las consultas del material no utilizado, mejorando el aprovechamiento del espacio físico y disminuyendo el riesgo de caducidad de productos; en segundo lugar al aumentar el conocimiento de las alternativas existentes en el almacén, disminuyendo el riesgo de errores; y en tercer lugar porque con este proyecto se cumple la legislación vigente, eliminando el papel como método de solicitud de material en nuestro centro de salud.

Una de las debilidades de este proyecto, que no se ha podido controlar/eliminar, ha sido la presencia de dos tipos de almacén de suministros a nivel de sector: almacén de material y farmacéutico. Proponemos realizar en un futuro otro proyecto de mejora dirigido al pedido de material farmacéutico.

Cobra importancia la necesidad de determinados recursos materiales como un Asistente Personal Digital o PDA, un lector de código de barras inalámbrico y un acceso a internet en la zona de almacenaje.

7. OBSERVACIONES.

Consideramos necesario modificar el título del proyecto por: "Organización y mantenimiento de almacén de material en tiempo real a través de medios ofimáticos".

Como ya hemos dicho, un problema para el desarrollo de este proyecto ha sido el déficit de material ofimático y la falta de conexión a internet desde el almacén. Para suplir estos déficits se ha utilizado, como herramienta de trabajo, el teléfono personal y los datos móviles de los profesionales implicados, siempre que la cobertura lo permitía, ya que su lugar principal de trabajo se localiza en el segundo sótano del edificio.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/763 ===== ***

Nº de registro: 0763

Título
ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL DE ENFERMERIA EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS

Autores:
TRASMONTAN GALVEZ JOSE, ANGUAS GRACIA ANA, MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, PEREZ GRACIA ISABEL, MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI, ARENAZ CAJAL CARMEN, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARI LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Aunque el proyecto va dirigido a los profesionales sanitarios el objetivo final es aumentar la seguridad de los pacientes que atienden.

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0763

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es responsabilidad de los profesionales sanitarios de los centros de salud conocer el surtido de material existente en cada momento así como las alternativas que mejor se adecuen a nuestras necesidades. El diseño de una herramienta de gestión interna de material permitirá conocer los recursos que se pueden solicitar, qué reservas quedan y cuántas unidades van a entrar en el siguiente pedido. Asimismo permitirá cumplir con la Ley 39/2015 del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas al utilizar medios telemáticos para la comunicación entre profesionales y eliminar el papel.

RESULTADOS ESPERADOS

General: Implantar un sistema de gestión interno para el aprovisionamiento de material en las consultas que garantice el uso eficiente de los recursos y la seguridad clínica de los pacientes.

Específicos:

- Desarrollar una herramienta informática que permita a cada profesional del centro un correcto control del material existente en el almacén, de forma nominal y desde el puesto de trabajo.
- Cumplir con la legislación aprobada en la reforma de Ley del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, que propugna la eliminación del papel en la relaciones entre las administraciones.

MÉTODO

- Construcción de una tabla con el material existente en el almacén a través de la suite ofimática del Centro de Salud (Openoffice, de código libre). Incluirá el material que llegue al almacén con cada pedido, el entregado en las consultas y las fechas de caducidad de cada producto. Permitirá registrar las incidencias derivadas del almacenamiento y del suministro de material en las consultas.
- Se nombrarán dos administradores únicos, responsables de la gestión de la tabla de pedido, de otorgar permiso para su modificación, permitir o restringir el acceso y aquellas cuestiones relativas al sistema informático y a las copias de seguridad periódicas.
- Para el período de prueba se realizará una sesión formativa en grupo cerrado, voluntario de la nueva herramienta de almacenamiento en la nube vinculada con el correo corporativo de cada uno. El pedido será nominal, con acuse de recibo de envío y lectura. Se podrán crear listas de necesidades personalizadas.
- Tras la evaluación se informará de los resultados al resto de personal del equipo quienes valorarán su implantación en el centro como método único.
- Una vez aprobado se realizarán sesiones formativas al resto del personal.
- En la evaluación final se incluirá una encuesta de satisfacción de los profesionales.

INDICADORES

- % de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores que utilizarán la herramienta de gestión del material en el día a día tras su aprobación e implantación en el centro.

Periodo de tiempo: 4 meses.

Fuente de datos: Herramienta informática creada para el proyecto.

Responsables de la recogida de datos: José Trasmontan Gálvez y María Isabel Pérez Gracia.

Frecuencia de recogida: Semanal.

Estándar: El 100% de los profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores utilizarán la herramienta de gestión de material.

- % de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores evaluarán si la nueva herramienta de gestión del material es un método eficiente para aumentar la seguridad clínica en sus procedimientos.

Periodo de tiempo: 1 mes.

Fuente de datos: Encuesta de evaluación ad hoc.

Responsables de la recogida de datos: Ana Anguas Gracia y Francisca Martínez Lozano.

Frecuencia de recogida: Un mes tras la implantación de la herramienta.

Estándar: El 75% de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores evaluarán la nueva herramienta de gestión del material.

- % de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores satisfechos con la nueva herramienta de gestión del material.

Periodo de tiempo: 1 mes.

Fuente de datos: Encuesta de satisfacción ad hoc.

Responsables de la recogida de datos: Ana Anguas Gracia y Francisca Martínez Lozano.

Frecuencia de recogida: Un mes tras la implantación de la herramienta.

Estándar: El 75% de profesionales sanitarios del CS Sagasta-Ruiseñores evaluarán satisfactoriamente la nueva herramienta de gestión del material con puntuaciones superiores iguales a 4 sobre 5 en escala Likert.

- % en el que se reducirán las incidencias relacionadas con la gestión del material tras la puesta en marcha de la herramienta.

Periodo de tiempo: 5 meses.

Fuente de datos: Herramienta informática creada para el proyecto.

Responsables de la recogida de datos: José Trasmontan Gálvez y Ana Anguas Gracia.

Frecuencia de recogida: Un mes tras la implantación de la herramienta.

Estándar: La disminución en la declaración de incidencias en relación al primer mes de registro será del 50%.

DURACIÓN

Creación de la herramienta de registro: Marzo-Abril 2019.

Sesión informativa a grupo reducido y puesta en marcha del piloto: Abril 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0763

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DE ALMACEN DE MATERIAL EN TIEMPO REAL A TRAVES DE MEDIOS OFIMATICOS

Evaluación de la herramienta e identificación de debilidades: Mayo 2019
Sesión informativa al resto del personal del centro y aprobación: Septiembre 2019
Implantación de la herramienta en todo el centro: Septiembre-Diciembre de 2019.
Evaluación de la herramienta: Enero de 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0315

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES GOMEZ BORAO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ DE GUINOA BERMEJO MINERVA
LAMBAN ANTOÑANZAS CAROLINA
SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ
SANTOS GUERRERO MARIA SOL
GOMEZ BORAO MARIA LUISA
MARTINEZ DOMINGO MARIA PILAR
CATALAN ARANA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Octubre del 2016 se formó el equipo del plan de mejora. El 23 de Noviembre del 2016 se realizó la primera sesión de exploración del pie diabético para informar y motivar al resto de enfermeras. Asistieron 16 de las 20 compañeras del Centro de Salud Sagasta-Ruiseñores.

En Enero del 2017 cada enfermera participante empezó a citarse en consulta programada a sus pacientes diabéticos tipo 2 para realizar la exploración vascular y sensitiva de los pies.

El 23 de Enero del 2017 se volvió a realizar otra sesión de repaso a la cual asistieron 9 enfermeras de nuestro centro de salud.

Para ambas sesiones se empleó la sala de reuniones del centro. En ellas se explicó el procedimiento completo de la revisión del pie diabético utilizando el eco-doppler, el manguito de tensión y monofilamento. Por último se pasó una hoja de firmas para controlar la asistencia.

En agosto del 2017 finalizó el periodo de las exploraciones de pie diabético.

Para la recogida de datos de ideó una hoja en la que se hacía constar datos como edad, sexo, años de evolución en diabetes, tipo de tratamiento actual, valor numérico del Índice Tobillo-Brazo, la palpación de los pulsos (presente -ausentes), el resultado de la sensibilidad con el monofilamento (normal-patológico) y la valoración global del riesgo de padecer una lesión de pie diabético por parte de la enfermera que clasificaba el riesgo en bajo, moderado y alto.

Los datos se volcaron en una hoja de Excel y para valorar la satisfacción del usuario se creó una encuesta con cinco preguntas que se pasó durante los meses de Septiembre y Octubre del 2017.

En Enero del 2018 tuvo lugar la reunión de los responsables del proyecto con el resto del equipo para la presentación de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera evaluación que se realizó a los 6 meses de comenzar el proyecto el porcentaje de pacientes con ITB normal era de un 80%. De los pacientes con ITB patológico, es decir el 20%, un 82% tenían más de 10 años de evolución de enfermedad diabética.

En la evaluación final se compararon los resultados con los objetivos propuestos al inicio.

Respecto a la motivación del equipo de enfermería a realizar la exploración de manera anual se ha conseguido que acudieran el 80% de enfermeras del centro a la primera sesión informativa, bajando al 45% en la segunda sesión.

Como cifra final, el 40% de compañeras, es decir 8, han trabajado en el proyecto obteniendo un total de 109 exploraciones de pie diabético.

De las 109 exploraciones, 74 personas presentaban más de 10 años de evolución en DM2. Cabe destacar que el 70% de estos pacientes llevaban entre 10 y 15 años de evolución y el 9,45% padecían la enfermedad desde hacía 30 años o más, cumpliendo así el objetivo de incluirlos en visita programada.

Teniendo en cuenta la clasificación del riesgo de padecer complicaciones de pie diabético, el 11% presentaban un riesgo alto, el 67% un riesgo moderado, ya que la mayoría eran pacientes con más de 10 años de evolución; y el 22% un riesgo bajo. Entre los pacientes de riesgo moderado y alto, se encontró baja prevalencia de tabaquismo (6,4%)

La combinación de fumador con patología vascular previa estuvo presente solamente en el 1,8%. Tan sólo una persona de las exploradas presentaba úlceras previas, lo que supone el 0,9%.

De los 109 pacientes, dos fueron derivados al médico de familia tras la exploración y uno tenía cita pendiente con el especialista vascular.

En cuanto a los resultados de la encuesta de satisfacción, a el 88% les pareció excelente o muy bien que los incluyeran en un programa de prevención de lesiones del pie diabético. El 92,5% piensa que es una exploración muy completa. Respecto al trato recibido por enfermería fue valorado con un 97,5% como excelente; además este tipo de actividad preventiva les pareció muy buena idea al 100% de los participantes.

El 75,5% de los pacientes estarían dispuestos a participar en más programas de prevención del pie diabético. Los 24,5% restantes contestaron NS/NC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque se redujo el número de enfermeras colaboradoras en el proyecto desde el inicio, se considera un buen porcentaje el 40%. Además cada una de ellas obtuvo un buen número de exploraciones en su consulta, obteniendo el mínimo necesario para realizar el estudio.

Respecto al cumplimiento de los objetivos marcados, el equipo de mejora considera que se ha aumentado el número de exploraciones de pie diabético con respecto a años anteriores, pero es una sensación subjetiva

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0315

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES

porque no podemos averiguar cuantas exploraciones se hicieron el año anterior en el mismo periodo, iniciando con este trabajo la futura comparación para años posteriores.
En general, la valoración del equipo ha sido positiva, no han tenido ninguna dificultad e incluso ha habido una mejora en el seguimiento de estos pacientes.
Con la realización de la visita programada de enfermería, ha aumentado el autocuidado y la adherencia al tratamiento. También se considera que la recogida de datos podría haber sido más completa, obteniendo información sobre el autocuidado del paciente, que a pesar de estar registrada en OMI, no permite hacer una lectura rápida de los resultados. Esta debilidad será subsanada en futuros estudios.
También se podrá comprobar si aumenta el número de exploraciones y si las recomendaciones y el control periódico de los pies previene la aparición de posibles complicaciones de pie diabético.
Sobre la sostenibilidad del proyecto y la posibilidad de su replicación, cabe decir que el 50% enfermeras participantes, ya no pertenecen al equipo de atención primaria de este centro, por lo tanto se desconoce si las nuevas compañeras estarán dispuestas a participar en un futuro.

7. OBSERVACIONES.

Respecto a la primera evaluación realizada a los 6 meses, los resultados obtenidos no son del todo correctos debido a una mala valoración del riesgo de padecer pie diabético, es decir, ante una exploración valorada como riesgo bajo, no se tuvo en cuenta que llevar más de 10 años de evolución se clasifica como riesgo moderado. Este error fue subsando en la evaluación final.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/315 ===== ***

Nº de registro: 0315

Título
EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES

Autores:
GOMEZ BORAO MERCEDES, SAEZ DE GUINOA BERMEJO MINERVA, LAMBAN ANTONANZAS CAROLINA, CATALAN ARANA IGNACIO, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, MARTINEZ DOMINGO PILAR, SANTOS GUERRERO MARIA SOL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 ha sido catalogada como la epidemia del siglo XXI tanto por su creciente magnitud como por sus complicaciones. En los últimos estudios realizados en España sobre la prevalencia de la DM, se estima que entre el 10 y el 15% de la población adulta tiene diabetes. Varios factores como el envejecimiento de la población y la menor mortalidad de los diabéticos hace que las complicaciones vasculares y neuronales aumenten. La neuropatía diabética es la complicación más frecuente en pacientes con DM2. Se estima que el 40% de diabéticos con más de 10 años de evolución desarrollan alguna neuropatía y sobre el 15% presentarán patología vascular isquémica. La elevada prevalencia de las complicaciones crónicas de la DM, condiciona que se produzca un fuerte impacto sobre los costes sanitarios y atención primaria es el lugar adecuado para disminuir esos gastos mediante la educación sanitaria y la detección precoz de complicaciones. Desde el año 2011, en nuestro centro de salud se ha ido realizando la exploración sensitiva y vascular del pie diabético. Dado que la curación de úlceras (vasculares y neuropáticas) son muy costosas tanto en tiempo de los profesionales como en recursos (apósitos, pomadas, vendas..) nuestro plan de mejora es detectar lo antes posible las complicaciones de EEII para disminuir costes y mejorar la calidad de vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Detectar pacientes con DM de más de 10 años de evolución e incluirlos en visita programada de enfermería para realizar la exploración sensitiva y vascular.
- 2- Conocer el número de pacientes que al menos una vez se les ha realizado la exploración del pie.
- 3- Identificar los pacientes de riesgo (fumadores y con patología vascular previa).
- 4- Derivar al médico de familia los casos con ITB patológico y si lo cree oportuno al especialista.
- 5- Motivar a enfermería a realizar la exploración de manera anual.
- 6- Aumentar la satisfacción del usuario.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0315

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES

- 1- Crear un equipo de enfermeras que forme y motive al resto. Responsable todo el equipo de mejora.
- 2- Enseñar a realizar la revisión sistemática y organizada del pie diabético. Realizarán la sesión M^a Luz Salvador y Marisa Gómez.
- 3- Priorizar pacientes fumadores y con factores de riesgo vascular. Todos los componentes del equipo revisarán los cupos buscando pacientes diabéticos de riesgo.
- 4- Realizar una hoja para registrar el resultado de la exploración. Pilar Martinez, Minerva Saez
- 5- Crear una hoja de excell para registrar a todos los pacientes a los que se le realiza la exploración. Mercedes Gómez.
- 6- Repasar el registro adecuado de los resultados en OMI. M^a Luz Salvador, Carolina Lamban, Ignacio Catalán
- 7- Valorar la satisfacción del usuario mediante una encuesta. Realizará la encuesta M^a Sol Santos y Mercedes Gómez.

INDICADORES

- 1- Número de enfermeras que acuden a las sesiones de formación dividido entre el número total de enfermeras. Se pasará hoja de firmas en cada sesión.
- 2- Número de enfermeras que acuden a la sesiones de formación dividido entre el número de enfermeras que realizan la exploración sensitiva y vascular.
- 3- N^a de pacientes derivados al MAP dividido entre el n^o de pacientes con ITB patológico.
- 4- Porcentaje de pacientes con ITB normal y patológico
- 5- N^o de pacinetes con ITB patológico dividido entre el n^o de pacientes de más de 10 años de evolución.

DURACIÓN

El proyecto se realizará desde octubre del 2016 hasta septiembre del 2017.

- 1- Octubre 2016: Creación del equipo de enfermeras que forme y motive.
- 2- Noviembre 2016: Sesión de exploración del pie diabético.
- 3- Diciembre 2016: Cada enfermera sacará el listado de sus pacientes, detectará los de riesgo y empezará a citarlos en consulta programada.
- 4- Enero 2017: Sesión para explicar la hoja de registro de resultados, el registro en OMI y repasar la exploración.
- 5- De enero a agosto 2017: Realización de la exploración del pie.
- 6- Mayo 2017: Elaborar la encuesta de satisfacción.
- 7- Septiembre 2017: Valoración de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1400

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA GOMEZ BORAO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ
MARTINEZ DOMINGO MARIA PILAR
ANGUAS GRACIA ANA
MADRIGAL YBARROA MARIEL
GOMEZ BORAO MERCEDES
PEIRO MURILLO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En abril del 2017 se reunió el EAP para hablar sobre actividades comunitarias que estaban realizando los distintos profesionales de manera individual.

Un grupo de enfermeras decidió poner en marcha un programa de educación para la salud en el paciente diabético tipo 2.

El equipo trabajó en la programación del proyecto para luego presentarlo al resto de compañeras con el objetivo de aportar ideas nuevas y motivar a la participación.

Para poner en marcha el proyecto se utilizó la sala de reuniones y como material empleado para desarrollar el proyecto se propuso un juego interactivo que consiste en un mapa de conversaciones con dibujos y fichas donde hay diferentes preguntas que deben responder los pacientes sobre diversos temas de la diabetes. Según la ficha, se habla de mitos, definiciones, clasificaciones, preguntas y respuestas...etc. La sesión comienza con una introducción que realiza el profesional sobre el tema y las reglas del juego así va dirigiendo la sesión mediante un manual previamente preparado. Luego cada paciente selecciona unas fichas y van realizando la actividad que se indique.

En cada sesión se utilizará una mapa interactivo diferente. Se programan cuatro sesión y los temas de cada sesión son los siguientes:

Vivir con diabetes
Cómo funciona la diabetes
Alimentación sana y mantenerse en forma
Comenzar el tratamiento con insulina

La duración de las sesiones será de una hora y media. Cada una de estas sesiones tendrá lugar una vez por semana durante un mes, es decir, un tema por semana. La idea fue hacer una ronda en otoño, y otra para primavera. Se programó que durante el mes de Septiembre, se realizara la selección de los pacientes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: capacidad suficiente de aprendizaje, haber pasado por educación individual, tener motivación, no haber recibido educación grupal en los dos años anteriores, presentar mal control metabólico de larga duración y tener una persona que les acompañe a la actividad formativa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se realizó debido al traslado de más de la mitad de las enfermeras participantes en el proyecto. Sobre el estándar marcado, se pretendía valorar los conocimientos antes y después de la educación grupal mediante una encuesta. Por otra parte, comparar la cifra de hemoglobina glicosilada y la hidratación de los pies tres meses antes y seis después de la intervención. Las cifras de hemoglobina glicosilada serían obtenidas del OMI mientras que el nivel de hidratación de los pies se mediría mediante la observación.

Para valorar la satisfacción del proyecto se pensó en realizar una encuesta al finalizar el programa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El movimiento de personal de enfermería trajo como consecuencia el abandono del proyecto. La idea es desarrollarlo a lo largo del 2018 con la colaboración de las nuevas enfermeras.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1400 ===== ***

Nº de registro: 1400

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA-RUISEÑORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1400

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

Autores:

GOMEZ BORAO MARIA LUISA, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MERCEDES, MARTINEZ DOMINGO PILAR, ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI, PEIRO MURILLO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, no solo por su prevalencia, sino también por su elevada tasa de morbimortalidad y sus complicaciones crónicas. Varios factores como el envejecimiento de la población y la menor mortalidad de los diabéticos hacen que las complicaciones vasculares y neurológicas aumenten. Para nuestro centro es un problema de salud prioritario que requiere un cuidado clínico y una educación continua para prevenir las complicaciones agudas y crónicas además de contribuir a mejorar el cumplimiento terapéutico. Consideramos que la educación diabetológica es fundamental para informar, motivar y mejorar la adherencia al tratamiento con el fin de reducir el peso de la cronicidad y aumentar la calidad de vida.

Los inputs y/o consumos que pretende mejorar nuestro proyecto de salud comunitario son los siguientes:

Ayudar a aceptar el diagnóstico de diabetes y aprender a adaptarse a la enfermedad.
Aprender y modificar los hábitos de vida necesarios para tener una buena calidad de vida (dieta, ejercicio, toma de medicación).
Participar en la toma de decisiones para integrar y mantener los nuevos hábitos adquiridos.
Superar miedos y mitos sobre la insulinización y sus consecuencias.
Mediante la educación grupal pretendemos fomentar el autocuidado por parte del paciente con diabetes y la implicación de familiares y/o cuidadores proporcionando conocimientos y habilidades para lograr un buen control de su enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro programa se va a centrar en un grupo homogéneo en función del nivel de instrucción y con características socioculturales semejantes. Los grupos estarán compuestos por un mínimo de 7 personas, si no vienen acompañados por un familiar, y un máximo de 15-20 si acuden acompañados por cuidadores o familiares.
Los objetivos a cumplir son:
- Mejorar la hemoglobina glicada
- Mejorar la cifras de tensión arterial.
- Mejorar conocimientos mediante una encuesta antes y después del programa de salud.
- Aumentar la hidratación del pie, se medirá a los 3 meses en consulta de enfermería.

MÉTODO

Se realizará 2 ediciones anuales según las necesidades y recursos.
Se realizarán 2-3 sesiones en cada edición.
Una sesión semanal.

Las personas serán captadas directamente por médico/a y enfermero/a.
Se incluirán en el programa los pacientes que cumplan los siguientes criterios:
Capacidad suficiente de aprendizaje
Haber pasado por la educación individual
Tener motivación
No haber recibido educación grupal en los 2 años anteriores
Mal control metabólico de larga evolución

Las sesiones grupales duraran sobre 1 hora y media.
En turno de mañana o tarde según las necesidades del grupo.
El lugar de realización de las sesiones grupales será en las instalaciones del centro de salud.

INDICADORES

Se valorarán los conocimientos antes y después de la educación grupal mediante una encuesta.
Para valorar la satisfacción de los pacientes se realizará una encuesta al finalizar el programa.
En consulta se compararán la cifra de hemoglobina glicosilada, tensión arterial e hidratación de los pies, antes de las sesiones y 6 meses después de la intervención.

DURACIÓN

En 1 año se realizarán 2 ediciones del programa, con 3 sesiones en cada edición, de una duración de 1,30 h cada una.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1400

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

Los responsables de las sesiones serán:
M. Luz Salvador Visiedo. Enfermera
M. Luisa Gómez Borao. Enfermera
M. Pilar Martínez Domingo. Enfermera
Ana Anguas Gracia. Enfermera
Mercedes Gomez Borao. Enfermera
Mariel Araceli Madrigal Ybarro. Enfermera
Beatriz Peiro Murillo. Medico

OBSERVACIONES

Antigua línea: Diabetes

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0550

1. TÍTULO

LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES GOMEZ BORAO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CENARRO GUERRERO TERESA
GARCIA VERA CESAR
CANCER GASPAS ELENA
DE LA ASCENSION SANTOS ALICIA
DOBON SANCHEZ ELENA
SOLANILLA LOPEZ IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se incorporó entre los consejos de salud las acciones dirigidas a mejorar el hábito de la lectura.
- Se animó a los padres a la lectura de cuentos a los más pequeños.
- Se aconsejó la lectura a los niños como parte del ocio saludable.
- Se creó un rincón de lectura en la sala de espera con la colaboración de Biblioteca Cubit, aportando una voluntaria que viene una vez a la semana a ordenar y restaurar los libros dañados.
- Se elaboraron carteles informativos de la disponibilidad de los libros en la sala de espera.
- Se decoró la sala de espera para favorecer un ambiente de lectura por parte de la ONG " Believe in Art".

-- Calendario marcado y recursos empleados:

Abril 2018: se realizaron los carteles para recoger libros donados.

Mayo 2018: la ONG Believe in Art pintó y decoró la sala de espera y se contactó con la Biblioteca Cubit para llevar a cabo la actividad.

Junio 2018: se puso en marcha el proyecto.

Junio - julio 2018: se recogieron de datos, aunque se mantuvo el hábito de lectura en la sala de espera de manera indefinida.

Enero 2019: se estimaron los resultados.

Febrero 2019: se elaboró la memoria final.

Se realizó una sesión informativa el día 12 de Febrero de 2019 con el fin de informar sobre los resultados obtenidos al resto de profesionales del centro de salud.

Como recursos empleados, se elaboraron tarjetas y un buzón para su recogida, el cuál se colocó en la sala de espera.

Los libros fueron donados por las familias, compañeras del centro y por las Bibliotecas María Moliner y Cubit.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante los meses de junio y julio, en las consultas de Pediatría (tres pediatras) y Enfermería pediátrica (dos enfermeras) se vieron un total de 3806 niños. De todos ellos, fueron 100 niños los que introdujeron una tarjeta en el buzón obteniendo así un 2,6% de participación.

A pesar del interés mostrado por la lectura, la participación de la evaluación de la actividad por parte de los padres fue escasa, convirtiéndose en la debilidad del proyecto.

Teniendo en cuenta que el standard inicial planteado fue del 70% y, asociándolo a la escasa participación, convendría trabajar en esta línea de mejora.

- Grupo de 2 a 6 años:

El 100% de los padres que metieron la tarjeta en el buzón, leyeron un cuento a sus hijos en la sala de espera.

El 80,7% de los participantes valoraron la experiencia entre 9 y 10 sobre 10, según la escala suministrada (escala analógica visual).

- Grupo de 7 a 14 años:

El 88% de los niños que metieron la tarjeta en el buzón, leyeron un cuento en la sala de espera. El 12% restante utilizaron dispositivos tecnológicos como el teléfono móvil.

El 100% de los participantes que leyeron un libro, valoraron la experiencia entre 0 - 1 -2, según la escala suministrada (escala de las caras sonrientes). Siendo 0 la máxima puntuación y 6 la mínima.

El 72% de los participantes que leyeron un libro en la sala de espera respondieron que volverían a hacerlo.

Estos resultados fueron obtenidos a través de las tarjetas que los participantes introdujeron en el buzón situado en la sala de espera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Aspectos a mejorar:

Nivel de participación.

Elaborar otro método para la recogida de datos que resulte mas llamativo.

Recoger datos durante más tiempo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0550

1. TÍTULO

LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA

- Sostenibilidad:

A día de hoy, aunque la recogida de datos haya sido muy escasa, creemos que los niños y padres participan activamente disfrutando de la lectura y nos felicitan por el proyecto realizado (resulta una opción de entretenimiento saludable, haciendo la espera más breve).

- Posibilidades de réplica:

Recomendamos que este modelo se siga en otros centros de salud, para fomentar la afición por la lectura en los niños y alejarlos así del uso de dispositivos electrónicos.

7. OBSERVACIONES.

El nombre correcto de una de las colaboradora es Alicia de la Ascensión Santos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/550 ===== ***

Nº de registro: 0550

Título

LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA

Autores:

GOMEZ BORAO MERCEDES, CENARRO GUERRERO TERESA, GARCIA VERA CESAR, CANCER GASPAR ELENA, DE LA ASUNCION SANTOS ALICIA, SOLANILLA LOPEZ IRENE TERESA, DOBON SANCHEZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NIÑO SAN0
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La lectura es muy importante en todas las edades, a través de la lectura no solo se adquieren conocimientos y un buen manejo del lenguaje, también favorece la memoria y la concentración, así como el desarrollo de la imaginación, creatividad y el desarrollo socio-emocional.
La lectura es un hábito saludable y como tal debe de fomentarse desde el centro de salud dentro de la atención integral al niño implicando a los padres de manera activa.

En el programa de salud infantil se ha detectado que un gran número de niños no tienen incorporado entre sus hábitos saludables el de la lectura por lo que se propone un área de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS

El principal objetivo es fomentar la lectura como hábito saludable.
Aprovechar el rato de espera para leer.
Ofrecer la lectura como alternativa a las tecnologías (móvil, tablet, etc).
Adquirir el hábito de leer en los ratos libres.
Favorecer el acercamiento entre madre-padre y los niños más pequeños a través de la lectura.

MÉTODO

-Incorporar en los consejos de salud las acciones dirigidas a mejorar el hábito de la lectura.
-Animar a los padres a la lectura de cuentos a los más pequeños.
-Aconsejar la lectura a los niños como parte del ocio saludable.
-Crear un rincón de lectura en la sala de espera con la colaboración de Biblioteca Cubit que aporta una biblio-maleta.
-Talleres de lectura con voluntarios que colaboran con la Biblioteca Cubit.
-Carteles informativos de la disponibilidad de los libros en la sala de espera.
-Decoración de la sala de espera para favorecer un ambiente de lectura por parte de la ONG " Believe in Art".

INDICADORES

GRUPO DE 2 A 6 AÑOS: preguntar a los padres si les han leído a través de una pequeña encuesta de satisfacción con las siguientes preguntas:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0550

1. TÍTULO

LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA

PADRES DE NIÑOS de 2 a 6 años:

1º- Cuanto tiempo has estado esperando? Minutos=

2º- Le has leído algún cuento a tu hijo? SI NO

3º- crees que se ha entretenido y el tiempo de espera ha pasado más rápido? SI NO

4º- Valora del 1 al 10 la experiencia:

GRUPO DE 7 A 14 AÑOS: Se les entregará una tarjeta dinámica a la salida de la consulta, en la que se valorarán mediante imágenes y según la escala de las caritas sonrientes la experiencia del niño y la manera de pasar el tiempo de espera.

NIÑOS DE 7 a 14 años:

Rodea con un círculo lo que has utilizado en la sala de espera: (DIBUJOS) ¿Como te lo has pasado?

¿Que elegirás la próxima vez que vengas? (DIBUJOS)

Al salir de la consulta se les entrega en función del grupo de edad, una tarjeta para valorar el hábito de lectura en la sala de espera que rellenarán e introducirán en un buzón situado en la misma sala. Esto servirá para calcular los indicadores y como forma de evaluar si se produce un aumento de la lectura en los niños mientras esperan. Al final de cada semana, se hará un recuento de las tarjetas pertenecientes a cada grupo de edad y se calcularán semanalmente los siguientes indicadores:

El porcentaje de participación se calculará haciendo un recuento semanal de los pacientes que acuden a consulta y será:

N° de tarjetas del buzón/ N° total de pacientes atendidos en una semana x 100

EVALUACIÓN: se conseguirá un 70% de participación total al final del estudio.

En el grupo de 2 a 6 años:

Porcentaje de padres que han leído un cuento a sus hijos:

N° tarjetas que obtienen un SI a la 2ª pregunta / N° total de tarjetas de ese grupo de edad x100

Porcentaje de padres que no han leído en la sala de espera: se calculará a través de la diferencia.

EVALUACIÓN: al final del estudio se habrá conseguido en este grupo edad un porcentaje del 30% de lectura y una media de 6 a 7 puntos en el grado de satisfacción de la experiencia por parte de los padres.

En el grupo de 7 a 14 años:

Porcentaje de niños que han leído mientras esperaban

N° tarjetas que tienen rodeado el dibujo de libros/ N° total de tarjetas de ese grupo de edad x100

Porcentaje de niños que no han leído mientras esperaban y han utilizado móvil, tablet u otros: se calculará a través de la diferencia.

EVALUACIÓN: al final del estudio se habrá conseguido en este grupo de edad un porcentaje del 50% de lectura y una media entre 1 y 2 en la escala de caritas sonrientes.

DURACIÓN

-Abril 2018: realización de carteles para recoger libros donados.

-Mayo 2018: la ONG Believe in Art pintará y decorará la sala de espera y contactaremos con la Biblioteca Cubit para llevar a cabo la actividad de biblio-maleta.

-Junio 2018: puesta en marcha del proyecto.

-Diciembre 2018: cierre de recogida de datos, aunque se mantendrá el hábito de lectura en la sala de espera de manera indefinida.

-Enero 2019: estimación de resultados.

-Marzo 2019: memoria final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MADRIGAL IBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
GOMEZ BORAO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior (82 años) a la establecida inicialmente.
- 2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
- 3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
- 4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
- 5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
- 6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulino dependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.
De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.
En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.
De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetivó que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria.
Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% reconoció aprender conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% consideró que el número de sesiones era bastante adecuado frente a un 16,7% que lo consideró muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación fue buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).
Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar e incluso disminuir la incidencia de futuros diagnósticos al reducir los factores de riesgo.
Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.
Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza que les garantice un correcto desarrollo de su rol social. La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a pensar en la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/598 ===== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, GOMEZ BORAO MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios. Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES

Se describen 4 indicadores de resultado:

- 1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinol Nutr. 2012;59:429-37
- 2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. Endocrinol Diabetes Nutr 2018;65:287-296
- 3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frias Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Roperio T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14
- 4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvitez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p152.php> Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN

Captación: del 7 al 11 de mayo.

Sesiones: 22 de mayo "Vivir con diabetes" con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo "¿Cómo funciona la diabetes?" con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio "Una alimentación sana y mantenerse en forma" con Marisa Gómez y M^a Luz Salvador. 12 de junio "Comenzar el tratamiento con insulina" con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.

Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
GOMEZ BORAO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior (82 años) a la establecida inicialmente.
- 2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
- 3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
- 4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
- 5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
- 6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulino-dependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.
De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.
En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.
De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetivó que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria.
Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% reconoció aprender conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% consideró que el número de sesiones era bastante adecuado frente a un 16,7% que lo consideró muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.
En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación fue buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).
Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar e incluso disminuir la incidencia de futuros diagnósticos al reducir los factores de riesgo. Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.
Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza que les garantice un correcto desarrollo de su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

rol social.

La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a pensar en la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.

Vuelvo a enviar la memoria porque en el correo que me han remitido dice:

Le comunicamos que la Memoria que nos envía, titulada:

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN DIABETES

corresponde a un proyecto que NO fue incluido en el Acuerdo de Gestión Clínica/Contrato-Programa, (nº 0598), correspondiente al año 2018, por lo que NO va a ser evaluada.

Sin embargo en el PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2018 si que sale. No entendemos por qué no se evalúa.

Gracias

*** ===== Resumen del proyecto 2018/598 ===== ***

Nº de registro: 0598

Título

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:

ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORA O MARIA LUISA, GOMEZ BORA O MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Ancianos

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Diabetes

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Diabet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS

- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO

Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.

Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES

Se describen 4 indicadores de resultado:

- 1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Endocrinol Nutr.* 2012;59:429-37
- 2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2018;65:287-296
- 3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Roperio T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. *Metas Enferm.* 2009; 12(7):10-14
- 4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvidez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. *Rev Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p152.php> Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN

Captación: del 7 al 11 de mayo.

Sesiones: 22 de mayo "Vivir con diabetes" con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo "¿Cómo funciona la diabetes?" con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio "Una alimentación sana y mantenerse en forma" con Marisa Gómez y M^a Luz Salvador. 12 de junio "Comenzar el tratamiento con insulina" con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.

Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
GOMEZ BORAO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior a la establecida inicialmente.
- 2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
- 3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
- 4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
- 5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
- 6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.
- 7.- En febrero de 2019 se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulino dependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.

De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.

En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.

De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetiva que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria. Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% ha aprendido muchos conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% considera que el número de sesiones es bastante adecuado frente a un 16,7% que lo considera muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación ha sido buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).

Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar o incluso reducir la probabilidad de un futuro diagnóstico.

Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.

Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza, que les garanticen un buen desarrollo de su rol social. La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.

Es necesario realizar una rectificación en el apellido de una componente del equipo. Donde pone Mariel Araceli Madrigal Ibarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/598 ===== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORA O MARIA LUISA, GOMEZ BORA O MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.

Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES

Se describen 4 indicadores de resultado:

- 1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Endocrinol Nutr.* 2012;59:429-37
- 2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2018;65:287-296
- 3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Roperio T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. *Metas Enferm.* 2009; 12(7):10-14
- 4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvidez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. *Rev Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p152.php> Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN

Captación: del 7 al 11 de mayo.

Sesiones: 22 de mayo "Vivir con diabetes" con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo "¿Cómo funciona la diabetes?" con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio "Una alimentación sana y mantenerse en forma" con Marisa Gómez y M^a Luz Salvador. 12 de junio "Comenzar el tratamiento con insulina" con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.

Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
GOMEZ BORAO MERCEDES
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior a la establecida inicialmente.
- 2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
- 3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
- 4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
- 5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
- 6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.
- 7.- En febrero de 2019 se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulino dependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.

De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.

En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.

De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetiva que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria. Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% ha aprendido muchos conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% considera que el número de sesiones es bastante adecuado frente a un 16,7% que lo considera muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación ha sido buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).

Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar o incluso reducir la probabilidad de un futuro diagnóstico.

Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.

Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza, que les garanticen un buen desarrollo de su rol social.

La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.

Es necesario realizar una rectificación en el apellido de una componente del equipo. Donde pone Mariel Araceli Madrigal Ibarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

Este proyecto ha sido valorado positivamente y está incluido en el AG del 2018. Les ruego porcedan a su aceptación para su evaluación. Muchas gracias.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/598 ===== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORA O MARIA LUISA, GOMEZ BORA O MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

MÉTODO

Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.

Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES

Se describen 4 indicadores de resultado:

1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Endocrinol Nutr.* 2012;59:429-37

2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2018;65:287-296

3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frias Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Roperio T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. *Metas Enferm.* 2009; 12(7):10-14

4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvidez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. *Rev Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p152.php> Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN

Captación: del 7 al 11 de mayo.

Sesiones: 22 de mayo "Vivir con diabetes" con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo "¿Cómo funciona la diabetes?" con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio "Una alimentación sana y mantenerse en forma" con Marisa Gómez y M^a Luz Salvador. 12 de junio "Comenzar el tratamiento con insulina" con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.

Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI

NAVARRO SEBASTIAN CARMEN

ARENAZ CAJAL CARMEN

SALVADOR VISIEDO MARI LUZ

MATEO DE LAS HERAS ESTHER

GOMEZ BORAO MERCEDES

GOMEZ BORAO MARISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior a la establecida inicialmente.
- 2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
- 3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
- 4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
- 5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
- 6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.
- 7.- En febrero de 2019 se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulino dependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.

De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.

En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.

De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetiva que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria. Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% ha aprendido muchos conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% considera que el número de sesiones es bastante adecuado frente a un 16,7% que lo considera muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación ha sido buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).

Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar o incluso reducir la probabilidad de un futuro diagnóstico.

Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.

Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza, que les garanticen un buen desarrollo de su rol social. La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.

Es necesario realizar una rectificación en el apellido de una componente del equipo. Donde pone Mariel Araceli Madrigal Ibarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/598 ===== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORA O MARIA LUISA, GOMEZ BORA O MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.

Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES

Se describen 4 indicadores de resultado:

- 1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Endocrinol Nutr.* 2012;59:429-37
- 2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2018;65:287-296
- 3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Roperio T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. *Metas Enferm.* 2009; 12(7):10-14
- 4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvidez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. *Rev Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p152.php> Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN

Captación: del 7 al 11 de mayo.

Sesiones: 22 de mayo "Vivir con diabetes" con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo "¿Cómo funciona la diabetes?" con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio "Una alimentación sana y mantenerse en forma" con Marisa Gómez y M^a Luz Salvador. 12 de junio "Comenzar el tratamiento con insulina" con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.

Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
GOMEZ BORAO MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior a la establecida inicialmente.
- 2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
- 3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
- 4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
- 5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
- 6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.
- 7.- En febrero de 2019 se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulino dependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.

De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.

En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.

De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetiva que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria. Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% ha aprendido muchos conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% considera que el número de sesiones es bastante adecuado frente a un 16,7% que lo considera muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación ha sido buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).

Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar o incluso reducir la probabilidad de un futuro diagnóstico.

Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.

Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza, que les garanticen un buen desarrollo de su rol social. La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.

Es necesario realizar una rectificación en el apellido de una componente del equipo. Donde pone Mariel Araceli Madrigal Ibarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro

*** ===== Resumen del proyecto 2018/598 ===== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORA O MARIA LUISA, GOMEZ BORA O MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.

Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES

Se describen 4 indicadores de resultado:

1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Endocrinol Nutr.* 2012;59:429-37

2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2018;65:287-296

3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Roperio T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. *Metas Enferm.* 2009; 12(7):10-14

4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvidez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. *Rev Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p152.php> Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN

Captación: del 7 al 11 de mayo.

Sesiones: 22 de mayo "Vivir con diabetes" con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo "¿Cómo funciona la diabetes?" con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio "Una alimentación sana y mantenerse en forma" con Marisa Gómez y M^a Luz Salvador. 12 de junio "Comenzar el tratamiento con insulina" con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.

Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0724

1. TÍTULO

PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE JESUS PALACIO LAPUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANGUAS GRACIA ANA
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENANZ CAJAL CARMEN
TRASMONTAN GALVEZ JOSE
PEREZ GRACIA MARIA ISABEL
LUNA RODRIGO PEDRO ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- En abril se realizó una sesión formativa de ayuda a segundas víctimas para los profesionales de los CS Ruiseñores y Miraflores. En el centro de salud de Muñoz Fernández conviven los dos centros.
- 2.- La selección de los referentes entre los voluntarios del personal sanitario y administrativo del centro de salud Ruiseñores se ha realizado en base a las siguientes características: Se conocidos por todos los trabajadores del centro de salud, tener un carácter empático y facilitador capaz de generar confianza entre los compañeros y capacidad de escucha activa.
- 3.- Para que todos los profesionales del centro de salud tuvieran claro quiénes eran los referentes seleccionados se hizo una reunión, se comunicó a través de correo interno y se buzoneo en los casilleros del personal indicando sus nombres y apellidos, correo electrónico y profesión.
A modo de recordatorio el buzoneo se ha realizado en dos ocasiones.
- 4.- En mayo se creó un grupo de discusión informal para trabajar con el plan de apoyo a segundas víctimas.
- 5.- Dicho plan desarrollado por el grupo de trabajo se expuso al personal de ambos centros para su debate y aprobación. Se aprobó por unanimidad.
- 6.- En junio se implantó el plan en el centro.
- 7.- En junio se presentó el programa y el plan en las XVI jornadas de trabajo sobre calidad en salud y XIV congreso de la sociedad aragonesa de calidad asistencial celebrado en Calatayud.
- 8.- En junio se presentó el programa y el plan en la XI jornada de seguridad del paciente en atención primaria SEMFYC celebradas en Madrid.
- 9.- En febrero de 2019 se realizó una sesión informativa con los resultados obtenidos.
- 10.- En el mismo mes se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido el estándar planteado para cada indicador, de tal manera que:

- 1.- Más del 50% de los profesionales mejoraron sus conocimientos en ayuda a segundas víctimas; y 2: El 10% de los profesionales sanitarios y el 8% de los administrativos del CS Sagasta-Ruiseñores recibieron formación adecuada. En las sesiones informativas/formativas del plan se hizo un registro de la asistencia. Del total de 58 profesionales sanitarios (21 son médicos, 22 enfermeros, 3 pediatras, 2 TCAE, 6 administrativos, 1 matrona, 2 fisioterapeutas y 1 trabajador social) acudieron 29, lo que supone justo el 50% asumido en el primer indicador y más del 10% y 8% del segundo.

En el centro de salud Sagasta-Ruiseñores existen 7 Referentes, de los cuales 3 son médicos, 2 enfermeras y 2 administrativos.

A fecha de hoy, 11/02/2019, el servicio de referentes de ayudas a segundas víctimas se ha utilizado en 3 ocasiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos parece necesario destacar el interés suscitado en los compañeros y su alta participación en las sesiones, demostrando que la implantación de estas figuras en nuestro entorno laboral es fundamental.

La notificación de un evento adverso al sistema casi siempre viene acompañada con la aparición de determinados sentimientos difíciles de gestionar pudiendo ser necesario la derivación del implicado a salud laboral. Tener un referente en el centro de trabajo con quien poder analizar la situación, que te aconseje y asesore es muy importante.

Por otra parte, creemos que dar a conocer la figura del Referente, su función y preparación puede ayudar a disminuir el temor a ser sometido a juicios de valor en futuras notificaciones.

Para un funcionamiento global e integral del plan y con el objeto de no privar a ningún profesional de esta herramienta, planteamos que desde el sistema de notificaciones de eventos adversos se ofrezca al profesional implicado su derivación a los referentes de su centro o, en caso de que no existieran, a salud laboral.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/724 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0724

1. TÍTULO

PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD

Nº de registro: 0724

Título
PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD

Autores:
PALACIO LAPUENTE JESUS, ANGUAS GRACIA ANA, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, LUNA RODRIGO PEDRO ANTONIO, MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE, PEREZ GRACIA MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Eventos adversos derivados de la asistencia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cuando se produce un evento adverso (EA) la primera víctima es el paciente que lo sufre. Sin embargo, muchas veces obviamos el impacto emocional que puede suponer en el personal sanitario, no sanitario y cuidadores informales ver sufrir o morir al paciente por algo relacionado con la atención o los cuidados que le han prestado. No superar estas situaciones puede llevar al profesional al abandono de la profesión, a la dedicación exclusiva no asistencial e incluso a ver seriamente afectada su salud. Son las segundas víctimas. La organización sanitaria en la que se produce el EA también puede verse perjudicada por litigios, indemnizaciones o pérdida de prestigio, convirtiéndose en tercera víctima.

Es primordial que la organización en la que ocurra el EA tenga una cultura de seguridad del paciente en la que se analicen todos los factores personales y del sistema que confluyen para producir o no evitar el evento, permitiendo introducir mejoras para prevenir que vuelva a suceder.

Si el EA le ocurre a un compañero es importante ser nosotros los que le ayudemos por lo que proponemos la formación de Referentes en Ayuda a Segundas Víctimas en cada centro. La capacidad de afrontamiento de cada individuo no debe sobrevalorarse y los referentes ayudarán a la segunda víctima desde la confidencialidad. Si la segunda víctima fuera el cuidador, el referente debería ser su médico.

Bibliografía:

Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009

http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

2 Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009 Oct; 18(5):325-30. DOI: 10.1136/qshc.2009.032870.

3 Palacio J. Los cuidados y la seguridad del paciente. Blog Sano y salvo [Internet]. GdT de Seguridad del Paciente de semFYC. 7 de noviembre de 2017 [Citado 30 de abril de 2018]. Disponible en:

<http://sano-y-salvo.blogspot.com.es/2017/11/los-cuidados-y-la-seguridad-del-paciente.html>

4 Wu AW, Shapiro J, Harrison R, Scott SD, Connors C, Kenney L et al. The impact of adverse events on clinicians: what's in a name? J Patient Saf. 2017 Nov 4. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000256.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo: Elaborar un plan de ayuda a los compañeros que estén en esa tesitura que integre la atención a las primeras víctimas con la de las segundas víctimas, en un proceso que puede evitar que la institución se convierta en tercera víctima.

Irà dirigido al personal sanitario y administrativo del CS Ruiseñores, con opción de incluir al personal de Miraflores.

MÉTODO

Para elaborar el plan se debatió una propuesta en el grupo de calidad, elaborada por un miembro de la misma con experiencia en el tema. El debate se amplió a una reunión de voluntarios para ser referentes a los que los compañeros en riesgo de ser segundas víctimas puedan acudir solicitando apoyo. En la actualidad se ha enviado el proyecto de plan elaborado a los trabajadores del centro para debatirlo y aprobarlo en una reunión de equipo, tras lo cual se implantará en el centro. Durante este proceso se proporcionó formación ad hoc a los miembros del grupo de calidad y a los referentes. También se realizó una sesión formativa sobre el tema a todo el equipo.

INDICADORES

1: % de profesionales sanitarios y administrativos del CS Ruiseñores y Miraflores que mejorarán sus conocimientos tras la sesión formativa recibida. Fuente: Encuesta posterior de utilidad percibida del plan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0724

1. TÍTULO

PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD

Estándar: El 50% de los profesionales mejoraran sus conocimientos en ayuda a segundas víctimas. Van Gerven E et al. Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. Rev Calid Asist. 2016 Jul;31 Suppl 2:34-46. DOI: 10.1016/j.cali.2016.02.003.
2: % de profesionales del CS Ruiseñores que recibirán formación para ser referentes en ayuda a segundas víctimas. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 10% de los profesionales sanitarios y el 8% de los administrativos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación adecuada. Denham, C.R. TRUST: the 5 rights of the second victim. J Patient Saf. 2007; 3 (2):107-119. DOI: 10.1097/01.jps.0000236917.02321.fd

DURACIÓN

- Sesión formativa, selección de referentes y exposición del programa a ambos centros de salud (Ruiseñores y Miraflores): Abril y Mayo 2018.
- Grupo de discusión informal: Continuo.
- Docencia del curso IACS: Según fechas del mismo.
- Presentación del programa en las jornadas de calidad del SALUD de Calatayud el 13 y 14 de junio y en las jornadas SEMFYC 2019.
- Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA ELENA CABEZA GUILLEN
· Profesión MATRONA
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARRATTA LINARES ROSARIO
LOPEZ PEREZ ANGELES
MARTINEZ CHUECA MARIA CARMEN
METOLA LOZA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. En enero de 2018 tuvo lugar la formación del grupo de trabajo compuesto por matronas de Atención Primaria del Sector Zaragoza II. Aunque inicialmente se pensó en formar un grupo con 5 participantes finalmente, dada la extensión del trabajo, se decidió ampliar a 10 participantes:

- CABEZA GUILLEN, M^a ELENA
- ARRATTA LINARES, ROSARIO
- LÓPEZ PEREZ, ANGELES
- MARTÍNEZ CHUECA, M^a CARMEN
- METOLA LOZA, JULIA
- BERNARDOS LÁZARO, PAULA
- SANCHEZ MAINAR, AMOR
- MARINOSA ASENSIO, AMELIA
- VELA ÍNSA, M^a JESÚS
- SAGASTE ROMEO, TERESA

La guía actualizada de Educación Maternal se estructuró en ocho sesiones para abarcar diversos aspectos de los temas del embarazo, parto, posparto, recién nacido y crianza. El trabajo se repartió en pequeños grupos entre las 10 participantes y posteriormente cada tema fue revisado por un grupo coordinador formado por M^a Carmen Martínez, Ángeles López y Elena Cabeza.

2. Tras la constitución del grupo de trabajo se realizó una detallada revisión bibliográfica sobre todos los temas.

Se tomó como punto de partida la guía "Educación Sanitaria Materna" del INSALUD Sector 2 y 5, editada aproximadamente 20 años, para iniciar el diseño de la nueva guía. Para su actualización se realizó una revisión bibliográfica de las siguientes fuentes: los últimos protocolos de la SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología) y guías NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sobre la asistencia al parto, posparto y el control del embarazo; las guías sobre Educación Maternal de otras comunidades autónomas; las Guías de Práctica Clínica editadas por el Ministerio de Sanidad de atención en el embarazo y puerperio, asistencia al parto, cuidados del recién nacido y lactancia; diversos manuales sobre Obstetricia y Ginecología; documentos publicados por la FAME (Federación de Asociaciones de Matronas Españolas) así como varios artículos encontrados en diversas bases de datos como PubMed, Cuiden y similares.

3. El grupo se reunió quincenalmente desde su constitución hasta diciembre (excepto los meses de verano), y continúa reuniéndose en la actualidad.

4. Se han difundido vía correo electrónico al resto de matronas de Atención Primaria del Sector II, los temas de la guía elaborados hasta el momento actual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La guía se estructuró en 8 sesiones, de las cuales están totalmente finalizadas 4:

5^a SESIÓN: PUERPERIO
6^a SESIÓN: ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO
7^a SESIÓN: CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
8^a SESIÓN: PARENTALIDAD POSITIVA. SEXUALIDAD. ANTICONCEPCIÓN

Y se han empezado a elaborar las otras 4 sesiones restantes:

1^a SESIÓN: EMBARAZO I
2^a SESIÓN: EMBARAZO II
3^a SESIÓN: PARTO I
4^a SESIÓN: PARTO II

La encuesta de satisfacción se realizará una vez finalizada la guía y realizada su difusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante la realización de este proyecto nos hemos dado cuenta de la dificultad que conlleva dado el amplio contenido de los temas. Por esto mismo, ya desde el inicio, se decidió ampliar el grupo de trabajo a 10 matronas y se aumentó la frecuencia de las reuniones de mensuales a quincenales. Finalmente se decidió continuar con este proyecto a lo largo del próximo año.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1037 ===== ***

Nº de registro: 1037

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

Autores:
CABEZA GUILLEN MARIA ELENA, ARRATTA LINARES ROSARIO, LOPEZ PEREZ ANGELES, MARTINEZ CHUECA MARIA CARMEN, METOLA LOZA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La educación para la salud es una poderosa herramienta con la que cuenta el profesional de Atención Primaria para la prevención y promoción de la salud. En el caso de la Educación Maternal (E.M.), las matronas somos el referente de las mujeres embarazadas y sus parejas para el acompañamiento y apoyo en un período tan especial de sus vidas como es el embarazo y el posparto.

Desde hace años se están impartiendo en todos los centros de salud de nuestro sector, clases de E.M. tomando como referencia la guía de "Educación Sanitaria Materna" editada por el Insalud hace aproximadamente 20 años. Pero con el transcurso del tiempo, las matronas hemos visto producirse grandes cambios en las estrategias de abordaje del embarazo, parto, posparto, crianza y anticoncepción, lo que hace necesario actualizar estos conocimientos para proporcionar la información necesaria a las embarazadas para que puedan sentirse seguras de sus posibilidades y tener la oportunidad de tomar decisiones sobre estos procesos favoreciendo su autonomía.

Por todo lo expuesto, vemos necesario revisar y actualizar el contenido teórico del curso de E.M., y adicionalmente dotar a los y las profesionales de herramientas renovadas para desarrollar nuestra labor diaria conforme a nuestra formación y competencias profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Informar a la gestante de los procedimientos llevados a cabo en el control y seguimiento del embarazo.
2. Proporcionar conocimientos actualizados a la embarazada sobre las nuevas técnicas asistenciales en el parto y en el manejo no farmacológico del dolor.
3. Favorecer el desarrollo de modelos de crianza que fomenten la corresponsabilidad y la coeducación.
4. Difundir los métodos anticonceptivos y su manejo de acuerdo a las nuevas estrategias del Programa de Atención Anticonceptiva de Aragón.
5. Empoderar a la mujer en el manejo de su salud para conseguir una vivencia positiva de la maternidad.

MÉTODO

Designación de un grupo de trabajo compuesto por cinco matronas de Atención Primaria del Sector de Zaragoza II.
Revisión bibliográfica de diversas fuentes.
Puesta en común de forma periódica y toma de decisiones por consenso.
Presentación del proyecto a nuestras compañeras matronas del sector.

INDICADORES

Análisis de la actualización del contenido de las sesiones teóricas del curso de educación maternal.
* Estándar: valoración de la satisfacción de las gestantes y sus acompañantes que asistan a las sesiones (encuesta de satisfacción).
Guía informativa actualizada y elaborada de educación maternal.
* Estándar: SI/NO

DURACIÓN

Puesta en común de la información recopilada por cada componente del grupo en reuniones mensuales de dos horas de duración, durante los meses de enero a mayo de 2.018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

Presentación del proyecto a las compañeras en una única sesión en junio de 2.018.
Implementación del proyecto en el mes de septiembre de 2.018 mediante ciclos de ocho sesiones semanales de dos horas y media de duración, con intención de mantener su continuidad en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas para establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
- 2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
- 4.- Nos pusimos en contacto con el 061 y con su ayuda se pudo determinar las necesidades para montar el Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
- 7.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
- 8.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cumplido con los objetivos fijados:

- 100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
- 100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
- 100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
- 100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
- 100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
- 100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
- 100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.

Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo es fundamental. A ello hay que añadir su coste (0 euros).
De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso.
Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones, se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo.
Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

urbanos del Area de Salud II de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1553 ===== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Emergencia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados.

La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio².

Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término "cadena de supervivencia" refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada³.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO

Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

INDICADORES

Indicadores:
% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación: la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al almacén:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el N° de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el N° total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento
Hemos establecido unos resultados
Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN

- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realización de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletín de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas para establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
- 2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
- 4.- Nos pusimos en contacto con el 061 y con su ayuda se pudo determinar las necesidades para montar el Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
- 7.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
- 8.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cumplido con los objetivos fijados:

- 100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
- 100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
- 100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
- 100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
- 100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
- 100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
- 100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.

Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo es fundamental. A ello hay que añadir su coste (0 euros).
De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso.
Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones, se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo.
Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

urbanos del Area de Salud II de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1553 ===== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Emergencia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados.

La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio2.

Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término "cadena de supervivencia" refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada3.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO

Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

INDICADORES

Indicadores:
% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación: la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

almacén:

La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el N° de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el N° total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento

Hemos establecido unos resultados

Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN

- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realización de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletin de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas y establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
- 2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
- 4.- Nos pusimos en contacto con personal del 061 con el fin de determinar las necesidades en el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
- 7.- Se presentó el programa y el plan en las XVI jornadas de trabajo sobre calidad en salud y XIV congreso de la sociedad aragonesa de calidad asistencial celebrado en Calatayud.
- 8.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
- 9.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 10.- Evaluación de los resultados de los indicadores previstos.
- 10.- Se realiza una sesión informativa con los resultados obtenidos.
- 11.- Elaboración de la memoria final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cumplido con los objetivos fijados:

- 100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
 - 100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
 - 100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
 - 100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
 - 100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
 - 100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
 - 100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.
- Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo son fundamentales. A ello hay que añadir su coste (0 euros).
De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que, por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo. Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud urbanos de Zaragoza del Area II.

7. OBSERVACIONES.

Es necesario realizar una rectificación en el nombre de una componente del equipo. Donde pone Mariel Madrigal Ybarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1553 ===== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Emergencia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados.

La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio².

Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término "cadena de supervivencia" refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada³.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO

Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

INDICADORES

Indicadores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación: la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al almacén:
La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el N° de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el N° total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento
Hemos establecido unos resultados
Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN

- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realización de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletín de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas y establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
- 2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
- 4.- Nos pusimos en contacto con personal del 061 con el fin de determinar las necesidades en el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
- 7.- Se presentó el programa y el plan en las XVI jornadas de trabajo sobre calidad en salud y XIV congreso de la sociedad aragonesa de calidad asistencial celebrado en Calatayud.
- 8.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
- 9.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 10.- Evaluación de los resultados de los indicadores previstos.
- 10.- Se realiza una sesión informativa con los resultados obtenidos.
- 11.- Elaboración de la memoria final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cumplido con los objetivos fijados:

- 100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
 - 100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
 - 100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
 - 100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
 - 100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
 - 100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
 - 100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.
- Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo son fundamentales. A ello hay que añadir su coste (0 euros).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso. Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que, por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo. Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud urbanos de Zaragoza del Area II.

7. OBSERVACIONES.

Es necesario realizar una rectificación en el nombre de una componente del equipo. Donde pone Mariel Madrigal Ybarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1553 ===== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Emergencia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados. La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio². Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término "cadena de supervivencia" refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada³.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO
Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Indicadores:

% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación: la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al almacén:
La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el N° de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el N° total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento
Hemos establecido unos resultados
Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN

- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realización de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletín de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas y establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
- 2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
- 4.- Nos pusimos en contacto con personal del 061 con el fin de determinar las necesidades en el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
- 7.- Se presentó el programa y el plan en las XVI jornadas de trabajo sobre calidad en salud y XIV congreso de la sociedad aragonesa de calidad asistencial celebrado en Calatayud.
- 8.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
- 9.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.
- 10.- Evaluación de los resultados de los indicadores previstos.
- 10.- Se realiza una sesión informativa con los resultados obtenidos.
- 11.- Elaboración de la memoria final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cumplido con los objetivos fijados:

- 100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
 - 100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
 - 100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
 - 100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
 - 100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
 - 100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
 - 100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.
- Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo son fundamentales. A ello hay que añadir su coste (0 euros).
De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que, por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo. Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud urbanos de Zaragoza del Area II.

7. OBSERVACIONES.

Observaciones: Es necesario realizar una rectificación en el nombre de una componente del equipo. Donde pone Mariel Madrigal Ybarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1553 ===== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Emergencia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados. La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio². Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término "cadena de supervivencia" refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada³.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO
Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Indicadores:

% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias

% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg

% de implicación del personal sanitario del Centro

% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material

Evaluación: la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al almacén:

La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el N° de enfermeros del centro de salud que cumplen

los criterios descritos y el Denominador: el N° total de enfermeros del centro de salud

Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento

Hemos establecido unos resultados

Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN

- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018

- Realización de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018

- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018

- Montaje del Maletín de emergencia: Mayo de 2018

- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018

- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0111

1. TÍTULO

"MANDA A PASEO TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE PIGNATELLI. CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE AMPARO ARCE FLORES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEL CASTILLO ALONSO CONCHITA
MARTINEZ HERVAS AZUCENA
PASCUAL RUBIO MARIA OLGA
ARENAS CAJAL CARMEN
LINARES QUERO JESUS
MADRIGAL IBARRO MARIEL
NUSERO TIL NOEMI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La actividad ha consistido en realizar paseos diarios, con inicio en la puerta del Parque Pignatelli, realizando 10 minutos de calentamiento, recorrido por el parque, siguiendo por el canal y terminando en el punto de partida con 10 minutos de estiramientos. Dichos ejercicios han sido elaborados y supervisados por el servicio de Fisioterapia del Centro de Salud.

La manera de comunicar la actividad ha sido directamente en las consultas de enfermería e indirectamente a través de carteles hechos por el personal de enfermería y trípticos proporcionados por la Sociedad Aragonesa de Cardiología.

La actividad se inició el 12/03/19 y se ha realizado de forma ininterrumpida hasta hoy de 10h a 11h15, con una asistencia media de 16 personas, contando un total de 58 los que asisten, siendo inaugurado el 19/09/19 por el Consejero de Medioambiente, Ayuntamiento y Cardiólogos.

Se han empleado los siguientes recursos:

-Contactamos con Marisa Campillos Apezteguía de la Agencia de Medioambiente del Ayuntamiento, proponiendo incluir al Parque Pignatelli como Parque con Corazón. Ellos marcaron la ruta, la cual fué avalada por la Sociedad Aragonesa de Cardiología.

-Personal de enfermería que ha hecho turnos de acompañamiento y supervisión de ejercicios hasta que ha habido voluntarios que han seguido dicha labor.

-Los fisioterapeutas del Centro, realizando tablas de ejercicios.

-El Aula de Medioambiente "La Calle Indiscreta". Se han realizado 4 visitas con el grupo de paseos.

Los resultados han sido positivos, ya que tanto los datos objetivos de salud (peso,tensión..), como los subjetivos por las encuestas realizadas, han demostrado el beneficio de la actividad. Se ha trabajado de forma integral, tanto la forma física, cardiovascular y afectiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los objetivos marcados, hemos conseguido que la actividad dure más del tiempo establecido, que más del 50% de los que empezaron sigan en la actividad y se ha conseguido que se forme un grupo cohesionado afectivamente. Los datos recogidos mediante encuesta con una escala del 0 al 10 han sido:

-En cuanto a la valoración de su forma física, un 8,33% ha dado 5, un 70,83% un 8 y un 20, 84% un 10.

-Con respecto al ánimo para salir de casa, un 4,16% ha dado un 5, un 33,33% un 8 y un 62,5% un 10.

-Otra cuestión es si los paseos les aportan algún beneficio, a lo que un 37,5% ha opinado que 8 y un 62,5% que 10.

-Y la cuarta valoración es, cómo ven su vida social, a lo que un 4,16% la ha valorado con un 5, un 50% con un 8 y un 45,83% un 10.

Dichos valores han supuesto una mejoría con respecto a la encuesta repartida al inicio de la actividad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estas actividades comunitarias son necesarias, siendo la base de la promoción y prevención de la salud, pero no es una actividad que entre dentro de nuestras agendas, siendo muy difícil de compatibilizar. Consideramos que hemos hecho un esfuerzo ímprobo, ya que la mayor parte del tiempo sale de nuestro tiempo libre, pero ha sido satisfactorio tanto a nivel personal como profesional, que nos ha permitido de forma gratificante trabajar a nivel multidisciplinar. Nos gustaría que la Atención Comunitaria tuviera un hueco en nuestras agendas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/111 ===== ***

Nº de registro: 0111

Título
"MANDA A PASEO TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE PIGNATELLI. CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0111

1. TÍTULO

"MANDA A PASEO TU RUTINA" PASEOS CON CORAZON POR EL PARQUE PIGNATELLI. CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

Autores:

PASCUAL RUBIO MARIA OLGA, GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA ANGELES, MARTINEZ HERVAS AZUCENA, DEL CASTILLO ALONSO CONCHITA, ARENAZ CAJAL CARMEN, LINARES QUERO JESUS, ARCE FLORES AMPARO, MADRIGAL IBARRO MARIEL ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología crónica no grave.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:-----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

1-Vistas las características y necesidades de nuestra población, una comunidad envejecida y en la que hay muchas personas que viven solas, vemos necesario promover una actividad física asequible, como es el pasear en grupo.
2-Aprovechar esta actividad para la promoción de la salud, informando sobre los aspectos beneficiosos del ejercicio y dando oportunidad de resolver cuestiones que les preocupan de su salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1-Mejorar la movilidad articular, tonificación muscular y sistema cardiorespiratorio de los participantes.
2-Fomentar las relaciones interpersonales que ayuden a mejorar el aspecto afectivo emocional.
3-Ofreecer la posibilidad de crear entre los participantes un grupo de apoyo.

MÉTODO

-La actividad surgió a iniciativa del Centro de Salud y en colaboración con el proyecto Parques con Corazón del Ayuntamiento de Zaragoza, avalado por la Sociedad Aragonesa de Cardiología y tutelado por voluntarios del ayuntamiento, y en la que participará activamente el personal de enfermería.
-Se ha mantenido contacto telefónico y por email con la Agencia de Medioambiente y Sostenibilidad.
-La comisión creada para esta actividad del Centro de Salud se reúne una vez por semana, para planificar el desarrollo de la misma.
-La captación se va a hacer desde las consultas y a través de carteles y folletos informativos.
-La actividad empezará diariamente a las 9h50 enfrente del Centro, que consistirá en 10 minutos de calentamiento, 30 minutos de paseo por el parque Pignatelli y 10 minutos finales de estiramiento.
-Se les dará una encuesta a los participantes al inicio de la actividad y otra a los tres meses para evaluar el beneficio obtenido.

INDICADORES

1-Evaluación mediante encuesta a los participantes al inicio y a los tres meses de comenzada la actividad.
2-La encuesta constará de preguntas objetivas: TA, pulso, Satur O2, etc y subjetivas: ¿Qué pretende mejorar de su salud con el ejercicio?, etc
3-Realizar la actividad durante al menos 2 periodos de tres meses.
4-Que termine la actividad al menos el 50% de los integrantes.

DURACIÓN

-Comenzaremos el 1 de Marzo de 2019 al 30 de Junio, descanso estival y retomaremos la actividad el 1 de septiembre, según resultados obtenidos.
-Presentación del Proyecto al Equipo a primeros de Marzo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0692

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN ARENAZ CAJAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANGUAS GRACIA ANA
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
MADRIGAL YBARRO MARIEL
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
TRASMONTAN GALVEZ JOSE ENRIQUE
ARCE FLORES AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. La primera semana de marzo de 2019 se creó el grupo de trabajo "Intervención sobre necesidades de mejora en el programa de diabetes" del CS Sagasta-Ruiseñores en respuesta a los objetivos planteados en el proyecto.

Sus funciones se han centrado en:

-Localizar y valorar las debilidades existentes en el circuito de extracciones de nuestro centro de salud vinculadas con la recepción de la muestra de orina para la determinación de microalbuminuria. Durante la verificación de la presentación de la muestra de orina para la determinación de microalbuminuria solicitada se identificó, como problema principal, la existencia de pacientes que acudían a la sala de extracción sin la muestra porque no se les había proporcionado el recipiente de recogida. Tras detectar a los pacientes con este problema se les entregó un recipiente en el control de recogida de muestras para que, en el baño público del centro de salud, pudiera realizar la recogida de la muestra en ese momento.

-Elaborar tres sesiones dirigidas al resto de profesionales sanitarios del centro, una informativa del proyecto de sector y dos formativas para llevarlo a cabo de la forma más efectiva.

Resultados:

La sesión informativa se dirigió a médicos y enfermeros del centro de salud Sagasta-Ruiseñores. Los objetivos fueron explicar el proyecto de mejora para implicar a los profesionales en la captación de los pacientes diabéticos; incidir en la importancia de fomentar, dentro del control médico, el análisis de microalbuminuria de los pacientes diabéticos y, dentro del control enfermero, la exploración del pie diabético junto con la valoración de su riesgo.

La primera sesión formativa incluyó el registro de los planes personales, de la valoración del pie diabético y de su riesgo.

La segunda sesión formativa, desarrollada como taller, se centró en cómo realizar una correcta exploración completa del pie diabético y su evaluación.

-Asegurar la estructura básica de la exploración del pie diabético: disponibilidad de monofilamentos de Semmes-Weinstein, diapasón graduado, barra térmica, martillo de reflejos, doppler y aparato de medición índice tobillo-brazo.

2. La valoración del circuito de extracciones se realizó durante los meses de marzo y abril de 2019.

3. Las sesiones informativas/formativas se realizaron las dos primeras semanas del mes de abril de 2019.

4. El proyecto y recogida de datos se desarrolló entre los meses de abril y diciembre de 2019.

5. La evaluación del programa se realizó en enero de 2020.

6. La memoria final del proyecto se elaboró en enero de 2020.

-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La población diana del proyecto ha sido la totalidad de pacientes diabéticos adscritos al CS Sagasta-Ruiseñores, sin distinción de sexo y mayores de 15 años, edad en la que su atención deja de depender de pediatría. Su participación en el mismo ha sido pasiva.

El total de pacientes diabéticos adscritos al centro de salud a 31 de diciembre de 2019 fueron 2024, con una prevalencia del 5,40% sobre el total de la población del centro, 37488 personas. De estos, 77 eran niños menores de 15 años, por lo que la población real incluida en nuestro proyecto fue de 1947 personas, siendo su prevalencia real del 5,19%. Si tenemos en cuenta las cifras descritas correspondientes a 2018, 1927 pacientes diabéticos sobre un total de 37398 personas (prevalencia del 5,15%), comprobamos que durante el último año se han incluido 20 casos más, lo que implica un aumento del 0,04% de pacientes diabéticos.

Para una mejor exposición, los resultados se han desarrollado en tres apartados:

1. Resultados relacionados con la determinación de los valores de microalbuminuria.

En diciembre de 2018 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado la revisión de microalbuminuria en el CS Sagasta-Ruiseñores fue del 32,12% (619 pacientes de 1927) frente al 41,07% obtenido en el Sector II y el 44,30% en todo Aragón.

En el corte anual realizado en diciembre de 2019 podemos observar que este porcentaje ha aumentado hasta el 42,68% (831 pacientes de 1947), al igual que en las determinaciones realizadas en el Sector II con un 53,34% y en todo Aragón con un 48,78%.

2018:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0692

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES

CS Sagasta-Ruiseñores: 32.12% (619 pac)
Sector II : 41.07%
Aragón : 44.30%
2019:
C.S. Sagasta-Ruiseñores: 42.68% (831 pac)
Sector II : 53.34%
Aragon: 48.78%

Aunque el incremento de la determinación de microalbuminuria en el centro de salud en un año ha sido del 10,56%, 212 pacientes más, no se ha alcanzado el porcentaje señalado en el estándar planteado por el proyecto del centro, fijado en el 46% de todos los pacientes diabéticos, restando 3,32% para conseguir el objetivo. No obstante, esta mejora en la determinación ha contribuido a cumplir con el estándar de incremento del 10% en el Sector con respecto a datos de diciembre 2018.

2. Resultados relacionados con los registros de exploración de pie diabético.

En diciembre de 2018 el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les había realizado/registrado una exploración de pie en el CS Sagasta-Ruiseñores fue del 7,99% (154 pacientes de 1927) frente al 16,07% obtenido en el Sector II y el 24,30% en todo Aragón.
En el corte anual de diciembre de 2019 este porcentaje ha aumentado hasta el 27,94% (544 pacientes de 1947), implicando una mejora del 19,95%, 390 exploraciones/registros más. El incremento también se puede observar en las determinaciones realizadas en el Sector II con un 25,07% y en todo Aragón con un 27,94%.

2018
CS Sagasta-Ruiseñores: 7.99% (154 pac)
Sector II 16.07%
Aragon: 24.30%
2019
C.S.Sagasta-Ruiseñores: 27.94% (544 pac)
Sector II: 25.07%
Aragon: 27.94%

El incremento del porcentaje de la realización/registro de exploración de pie diabético en el centro de salud en un año es evidente, alcanzándose el estándar planteado por el proyecto del centro, fijado en el 27% de todos los pacientes diabéticos.

3. Resultados relacionados con los registros de riesgo de pie diabético.

En diciembre de 2018 el porcentaje de pacientes a los que se les había realizado/registrado la valoración del riesgo de pie diabético en el CS Sagasta-Ruiseñores fue del 7,97% (154 pacientes de 1927) frente al 16,07% obtenido en el Sector II y el 24,31% en todo Aragón.
La distribución porcentual de los pacientes según el riesgo fue del 4,77% (92 pacientes) con bajo riesgo, 2,96% (57) moderado y 0,26% (5) alto.
En el corte anual realizado en diciembre de 2019 podemos observar que este porcentaje ha aumentado hasta el 27,94% (544 pacientes de 1947), al igual que en las determinaciones realizadas en el Sector II con un 25,07% y en todo Aragón con un 27,65%.
La distribución porcentual de los pacientes según el riesgo fue del 17,77% (346 pacientes) con bajo riesgo, 9,19% (179) moderado y 0,98% (19) alto.

2018
CS Sagasta-Ruiseñores: 7.97% (154 pac)
Sector II: 16.07%
Aragón: 24.31%
2019
C.S.Sagasta-Ruiseñores: 27.94% (544 pac)
Sector II: 25.07%
Aragon: 27.65%

El incremento de la valoración realizada/registrada del riesgo de pie diabético en el centro de salud en un año ha sido del 19,97%, alcanzándose el porcentaje señalado en el estándar planteado por el proyecto del centro, fijado en el 27% de todos los pacientes diabéticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos confirman que la inclusión de un proyecto de intervención de estas características en los acuerdos de gestión clínica y en los contratos programa del sector es clave para aumentar la seguridad clínica de los usuarios.

Una mayor implicación de los profesionales sanitarios impulsa las medidas de prevención secundaria en los pacientes con diabetes mellitus, permitiendo disminuir el riesgo de mortalidad cardiovascular y la presencia de complicaciones mayores como ulceraciones y/o amputaciones de miembros. En esa línea se hace indispensable, junto con la valoración y vigilancia sanitaria, seguir recalcando la importancia de la educación del paciente en la promoción de estilos de vida saludables y de unos correctos autocuidados.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0692

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES

*** ===== Resumen del proyecto 2019/692 ===== ***

Nº de registro: 0692

Título
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES

Autores:
ARENAZ CAJAL CARMEN, ANGUAS GRACIA ANA, MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI, SALVADOR VISIEDO MARI LUZ, TRASMONTAN GALVEZ JOSE ENRIQUE, ARCE FLORES AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la creación y puesta en marcha del cuadro de mandos de diabetes, en el C.S. Sagasta-Ruiseñores observamos dos problemas mantenidos en el tiempo en la cobertura de actividades de la estrategia de diabetes:
1.La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de pacientes diabéticos, presenta una cobertura sensiblemente inferior al resto de parámetros recogidos en dicho perfil en el último año (LDL; HbA1c...).Dicha cobertura es del 36%, un 6% menor a la media obtenida en el Sector II de Atención Primaria de Zaragoza, lo que denota la necesidad de mejorar la implantación de esta medida como prevención secundaria ante el riesgo de mortalidad cardiovascular derivada de la diabetes mellitus.
2.La exploración del pie diabético tiene una cobertura del 17% y la evaluación del riesgo del 10% del total de los pacientes.Una mayor implicación de los profesionales del centro de Salud Sagasta Ruiseñores en el registro de estos indicadores permitirá incidir sobre los posibles cambios de estilo de vida necesarios y/o reforzará positivamente aquellos hábitos saludables. con todo ellos podremos trabajar para reducir el riesgo de presencia de complicaciones mayores como ulceraciones y/o amputaciones de miembros.

RESULTADOS ESPERADOS
General: Implementar medidas incluidas en la cobertura de los pacientes diabéticos que permitan aumentar su seguridad clínica disminuyendo el riesgo de complicaciones derivadas de la enfermedad.
Específicos:
- Incrementar la cobertura en la determinación de microalbuminuria en los pacientes diabéticos adscritos al C.S.Sagasta Ruiseñores en el año 2019.
- Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético y valoración de riesgo en estos pacientes en el año 2019.

MÉTODO
- Creación de un grupo de expertos para formar al resto de profesionales del centro.
- Se procederá a valorar las debilidades y fortalezas del circuito de extracciones con el objeto de verificar que la presentación de la muestra de orina sea correcta. En el caso en que el paciente acuda a la extracción sin muestra de orina, se le facilitará un recipiente para la recogida de la muestra en ese momento.
- Se realizarán las sesiones formativas necesarias para que el personal de enfermería adquiera los conocimientos adecuados para la correcta exploración, evaluación y registro del pie diabético, así como para concienciar de la importancia de solicitar y registrar la determinación de microalbuminuria.
- Se realizarán sesiones formativas sobre el uso de monofilamento, doppler y aparato de Índice tobillo-brazo en la exploración del pie diabético, disponiendo para ello del material necesario.
- La evaluación del programa se realizará en Enero de 2020.

INDICADORES
- % de pacientes diabéticos adscritos al C.S.Sagasta-Ruiseñores en los que consta, al menos, una determinación de microalbuminuria en el último año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0692

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL C.S. RUISEÑORES

Período de tiempo: 3 meses.

Fuente de datos: Cuadro de mandos de diabetes.

Responsables de la recogida de datos: Carmen Arenaz Cajal y Ana Anguas Gracia

Frecuencia de recogida: trimestral

Standar: El 46% de los pacientes diabéticos tendrán, al menos, una determinación de microalbuminuria en el último año.

- % de pacientes diabéticos adscritos al C.S.Sagasta-Ruiseñores en los que consta, al menos, un registro de exploración de pie diabético en el último año. Fuente de datos: Cuadro de mandos de diabetes.

Responsables de la recogida de datos: Carmen Arenaz Cajal y Ana Anguas Gracia

Frecuencia de la recogida: Trimestral.

Standar: el 27% de los pacientes diabéticos tendrán, al menos, un registro de exploración de pie diabético en el último año.

- % de pacientes diabéticos adscritos al C.S.Sagasta-Ruiseñores en los que consta, al menos, un registro de valoración del riesgo de pie diabético en el último año.

Período de tiempo: 3 meses

Fuente de datos: Cuadro de mandos de diabetes

Responsables de la recogida de datos: Carmen Arenaz Cajal y Ana Anguas Gracia

Frecuencia de la recogida: trimestral

Standar: El 27% de los pacientes diabéticos tendrán, al menos, un registro de valoración del riesgo de pie diabético en el último año.

DURACIÓN

- Constitución del grupo de expertos: Marzo 2019

- Valoración del circuito de extracciones: Marzo 2019

- Sesiones formativas a los profesionales del Centro de Salud: Abril 2019

- Puesta en marcha del proyecto y recogida de datos: Abril - Diciembre 2019.

- Evaluación del proyecto: Enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA OLGA PASCUAL RUBIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA ANGELES
MARTINEZ HERVAS AZUCENA
DEL CASTILLO ALONSO CONCHITA
ARENAZ CAJAL CARMEN
MADRIGAL YBARRO MARIEL
ARCE FLORES AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO

ZONA DE SALUD
SAGASTA RUISEÑORES Y MIRAFLORES
ZARAGOZA SECTOR II

PRIMERA PARTE

INDICE

- Introducción
- 1. Determinantes de Salud
 - 1.1 Demografía
 - 1.2 Entorno
 - 1.2.1 Entorno Físico. Datos Geográficos
 - 1.2.2 Entorno social y Económico
 - 1.2.3 Vivienda
 - 1.2.4 Transporte
 - 1.2.5 Servicios Sociales
 - 1.2.6 Educación
 - 1.2.7 Situación Laboral
 - 1.2.8 Servicios Sanitarios
- 2. Indicadores de Salud
 - 2.1 Morbilidad
 - 2.2 Mortalidad
- 3. Recursos Comunitarios
 - 3.1 Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernandez
 - 3.2 Consejo de Salud de la Zona Básica de Salud de Ruiseñores
 - 3.3 Servicios a Personas Mayores
 - 3.4 Centros Culturales, Equipamientos, Programas y Proyectos Sociales

INTRODUCCIÓN

Un Diagnóstico de Salud Comunitario consiste en hacer un estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y necesidades que la comunidad manifiesta, así como de los factores que influyen positiva y negativamente sobre dicho nivel de salud. Es un modelo de atención preventivo en el que participa la población con el propósito de resolver las necesidades de salud de su comunidad. Es el primer paso en el proceso de planificación de una intervención sanitaria

El trabajo se ha realizado entre los dos Equipos de Atención Primaria que comparten el Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández del Sector II de Zaragoza. Dicho trabajo consta de dos partes, la primera, es un estudio descriptivo de las características de la zona y la segunda recopila los problemas, necesidades y activos de salud, que una muestra representativa de la comunidad considera que hay en el momento del estudio.

Es una toma de contacto entre los que formamos parte de la zona y esperamos que este trabajo, sea capaz de reflejar la salud de nuestra comunidad y sirva de orientación para proyectos y actividades conjuntas, que influyan positivamente tanto en nuestra salud como en la del entorno, mejorando la calidad de vida de los que viven en ella

1. DETERMINANTES DE SALUD

Determinante de salud es el conjunto de factores tanto sociales como personales, ambientales y económicos que influyen en el estado de salud de poblaciones o individuos.

1.1 DEMOGRAFÍA

La demografía es el estudio estadístico de las poblaciones humanas, según su estado y distribución en un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

momento determinado.

La zona de Salud de Miraflores y Ruiseñores está situada en la zona central urbana con una población envejecida, alta densidad y el nivel de renta más alto de Zaragoza. Tiene una superficie de 1,8 Km² y una población de 53,269 habitantes con una tendencia decreciente. La edad media es de 49,1 años.

La pirámide de población muestra una población envejecida con mayoría de mujeres > 50 años y sobre todo > 85 años. Escasea la población en las edades más bajas.

A continuación aportamos datos obtenidos del Padrón 2016.

La población en Aragón > 65 años es de un 21,3% y la población >85 años es de un 3,9%, en nuestra zona se superan ambas cifras, como vemos en la tabla.

La Esperanza de Vida al nacimiento, según el Atlas de Salud Aragón y calculada en base a la mortalidad de los años 2014, 2015 y 2016, en la zona a estudio, supera la media en Aragón que oscila entre 84 y 75 años en hombres y en mujeres entre 88 y 82 años.

MIRAFLORES

RUISEÑORES

Mayores de 65 años

30,18%

28,28%

Mayores de 85 años

4,88%

5,76%

Sobreenvejecimiento

16,19%

19,40%

Hombres

Mujeres

Hombres

Mujeres

Esperanza de vida al nacimiento

79,60

86,60

80,20

87,10

POBLACIÓN INMIGRANTE

El porcentaje de población extranjera es del 10,15%, algo inferior a la media de la ciudad, que alcanza el 14,25%. Las 5.405 personas extranjeras que viven en el Centro proceden principalmente de Europa y América y en mucha menor medida de Asia y África, El país más representado es Rumanía con casi el 30%, seguido de Nicaragua con un 10%. Por último China oscila entre el 2,2 y el 5.6%.

En el último año llegan a la zona un número de personas similar a los que se van.

1.2 ENTORNO

1.2.1 ENTORNO FÍSICO. DATOS GEOGRÁFICOS.

CLIMA Y SERVICIOS MEDIOAMBIENTALES

Zaragoza tiene un clima mediterráneo, con marcada influencia continental, caracterizado por escasas precipitaciones (320 mm³ anuales) y un promedio de 15,3°C. El viento conocido como Cierzo, de componente noroeste, es un viento fuerte, fresco y seco originado en el Moncayo. En invierno y a comienzos de primavera sopla con frecuencia a una media de 19 km/h. Los índices de contaminación son bajos.

Contamos con un Aula de Medioambiente Urbano llamada “La Calle Indiscreta”, con la que el Centro de Salud colabora activamente.

Zaragoza es una ciudad con amplias zonas verdes. En nuestra zona tenemos:

-Parque Pignatelli.

-Parque Miraflores.

-Parque Grande José Antonio Labordeta.

1.2.2 ENTORNO SOCIAL Y ECONÓMICO

La renta media en nuestra zona por hogar es de 43.344,16 € anuales, bastante superior a los 31.174,71 € que alcanza la media zaragozana.

El Índice de Privación nos permite cuantificar las desigualdades por medio de una variable resumen que integra información de varias dimensiones de desigualdad. Los valores más elevados indican mayor privación y los inferiores menor privación. El índice de privación en Miraflores es -1.07 y en Ruiseñores es -1.51, lo que indica un nivel bajo de privación y desigualdad. El Índice de Entropía se utiliza para medir distribuciones desiguales de grupos de población en un área geográfica. El índice varía de 0 a 1, es 0 cuando tiene la misma composición grupal, y 1 cuando existe una equitatividad o diversidad perfecta de los grupos (en este caso de las diferentes nacionalidades).

En esta zona el Índice de Entropía es 0,03. La diversidad media del conjunto de la ciudad se cifra en 0,26.

1.2.3 VIVIENDA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

En Zaragoza el 31% de los hogares son unipersonales de los que un 38% son >65 años.
En la zona Centro los hogares unipersonales son un 36,17% y el 17,14% son >65 años.
En el censo de población de 2011 se contabilizan en Zaragoza 326.932 viviendas, de las cuales una cuarta parte son de la década de los 70. El 76% de la población zaragozana tiene disponibilidad de ascensor en el edificio de residencia. Del resto que no dispone de ascensor el 6% vive en una 3ª planta o superior. El 14,62% no tiene ningún garaje en la manzana.
Las viviendas sin Internet en nuestra zona son Miraflores un 34.10% y Ruiseñores un 40,87 %.

HOGARES UNIPERSONALES 65 Y MÁS AÑOS Y MONOPARENTALES

Aunque la forma de convivencia más habitual en mayores de 65 años es la pareja sola, la edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad.
Los hogares monoparentales son el núcleo familiar compuesto por un único progenitor y los hijos a su cargo, siempre que este progenitor sea el único sustentador de la familia.

España
Aragón
Miraflores
Ruiseñores
Hogares unipersonales = 65 años
9,00%
11,20%
14,63%
18,12%
Hogares monoparentales
16,20%
14,30%
17,13%
17,62%
Fuente de información el Censo 2011

En los últimos años se ha observado un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, siendo en nuestra zona superior al de Aragón y casi el doble que en España. Las cifras de hogares monoparentales son también superiores a las de Aragón y España.

1.2.4 TRANSPORTE

La Zona de Salud de Miraflores y Ruiseñores, al encontrarse situada en el centro urbano, se encuentra bien comunicada con el resto de la ciudad por transporte público.
Podemos encontrar 19 líneas de autobús urbano que pasan por la zona:
C11,C12,21,38,39,40,29,30,31,32,33,34,35,23,24,25,26,27 y 51.
Una línea de tranvía recorre la Gran Vía y hay una Estación de Cercanías en la Avenida Goya.
También dispone la zona de un servicio de transporte urbano no contaminante. El ayuntamiento ha incorporado carril bici en casi toda la zona y Cicloestaciones Bizi (Anexo 1). Hay varias empresas privadas que ponen a disposición del usuario alquiler de patines, motos ecológicas y bicicletas eléctricas.

1.2.5 SERVICIOS SOCIALES

-Centro Municipal de Servicios Sociales San José: orientan en caso de problemas familiares, personales o sociales, gestionan prestaciones como teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio o información sobre la ley de dependencia, llevando a cabo un plan de intervención personalizado.
-Centro de Convivencia de mayores Laín Entralgo. Es el centro de referencia de nuestra zona para personas mayores de 60 años, como lugar de encuentro y relación, destinados a ofrecer servicios y actividades adecuados a sus intereses y necesidades.
-Biblioteca de Aragón: los objetivos son la promoción del libro y la lectura, destinados a todo tipo de público.
-Ludotecas:(Ludoteca Municipal El Chiflo, Baboom espacio infantil y familiar, Ludoteca bilingüe Zaragoza, MAMISI, Guardería Infantil Español).
-Centro de Salud Miraflores y Ruiseñores: consultar agenda de Comunitaria para ver actividades.

1.2.6. EDUCACIÓN

El porcentaje de personas con instrucción insuficiente de una determinada población está muy relacionado con el porcentaje de personas mayores de dicha población, en cuya infancia no fue obligatorio finalizar los estudios primarios. En nuestra zona el nivel de instrucción insuficiente es bajo.
En relación a la instrucción insuficiente en jóvenes, este indicador podría recoger parte de las personas que no han residido en nuestro país en su etapa de escolarización. El nivel de instrucción insuficiente en general de la población extranjera en nuestra zona es alto.

España
Aragón
Miraflores
Ruiseñores
Instrucción Insuficiente
25,50%
23,10%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

13,54%
14,96%
Instrucción Insuficiente en Jóvenes
12,40%
11,00%
9,72%
7,64%
Instrucción Insuficiente en Población Extranjera
18,1%

16,7%

35,14%

22,22%

Fuente de Información el Censo de 2011

Centros Educativos de la zona, ver Anexo 2.

1.2.7 SITUACIÓN LABORAL

Las cifras de desempleo, considerando que son del Censo de 2011, son inferiores tanto a las de Aragón como a las nacionales. El porcentaje de trabajadores manuales como el de eventuales es inferior a la media en Aragón. El porcentaje de desempleo en España según el Censo de 2011 fue de 29,6 %, en nuestra zona Miraflores 19.76 y Ruiseñores 18.53.

Los trabajadores manuales presentan tasas de mortalidad más elevadas que las de los no manuales. Esto puede estar condicionado tanto por los riesgos inherentes al tipo de trabajo, como a factores derivados de la privación de ingresos en algunos casos. En España este porcentaje fue del 53 %, inferior al de Aragón 55 %. En nuestra zona Miraflores 29.79 % y Ruiseñores 28.94 %.

En España el porcentaje de asalariados eventuales es de 39,6 %, superior al de Aragón 30,8%. Los datos en Miraflores 23,91% y en Ruiseñores 22,47%.

1.2.8 SERVICIOS SANITARIOS

ACCESIBILIDAD DEL CIUDADANO A LOS SERVICIOS SANITARIOS. DEL CENTRO DE SALUD

Los datos de demoras son aproximados en relación a la actividad de todo el año.
Fuente de datos: Servicio de admisión del Centro de Salud.

E.A.P. SAGASTA RUISEÑORES.

-Enfermería: No hay demoras.

-Médicos de familia turno de mañana: Demora media de 2 días (facultativos con ningún día de demora y algunos con hasta 3-4 días de demora con picos en invierno de una semana)

-Médicos de familia turno de tardes: Demora media de 0,2 días (facultativos con o ningún día de demora y algunos con 1 día de demora)

-Media de Médicos de familia Ruiseñores 1,14 días de demora.

-Pediatria: No hay demora ni en turno de mañana ni de tarde.

E.A.P. SAGASTA MIRAFLORES

-Enfermería: No hay demoras.

-Médicos de familia turno de mañana: Demora media de 1,16 (La mayoría no tienen demora salvo un facultativo que puede tener 2 días y otra facultativa que llega a tener una semana, los otros 5 facultativos no tienen demora).

-Médicos de familia turno de tardes: No hay demoras.

-Media de Médicos de familia Miraflores: 0,7 días de demora.

-Pediatria: No hay demora ni en turno de mañana ni de tarde.

UNIDADES

-Odontología: Demoras de 1,5 semana.

-Matrona de Miraflores: Sin demora

-Matrona de Ruiseñores: Demoras únicamente en Citologías, de un mes aproximadamente.

-Fisioterapia: Demora tanto en turno de mañana como de tarde de un mes.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL CENTRO DE SALUD

A continuación detallamos una encuesta realizada a médicos del Centro de Salud sobre los motivos principales de asistencia a consulta médica y de urgencias en domicilio

Las Enfermedades Crónicas, las Infecciones (sobre todo respiratorias) y la Ansiedad son los motivos clínicos más frecuentes de asistencia a consulta médica. Estos datos se basan en la intervención de 15 médicos del Centro Salud, con la valoración de 150 ítems.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

Datos extraídos por profesionales del Centro de Salud.

Para la valoración de los motivos más frecuentes de aviso urgente a domicilio, han intervenido 18 médicos del Centro Salud de Sagasta, basándose en 54 ítems, siendo el dolor, las infecciones y la soledad/depresión los motivos más frecuentes.

Datos extraídos por profesionales del Centro de Salud.

PRÁCTICAS PREVENTIVAS

La vacunación de gripe en la Zona de Miraflores y en la de Ruiseñores, presentan coberturas muy bajas de vacunación de gripe en mayores de 65 años, 47,90%. También se realizan pruebas preventivas como citologías, pruebas de detección de cáncer colorrectal, cáncer de endometrio y prevención cardiovascular.

2. INDICADORES DE SALUD

2.1 MORBILIDAD

La información que se presenta es del “Atlas de Aragón de Salud Pública, vigilancia del estado de salud y sus determinantes por Zona Básica de Salud”, se refiere a Morbilidad (aparición de casos de enfermedad en una población en un período, que en este caso son de 2018, excepto las de Sobrepeso y Obesidad que son de 2014) y a Mortalidad (aparición de casos de muerte por diferentes causas en una población en un período, que en este estudio es de 2017).

El indicador utilizado es Razón Estandarizada de Mortalidad suavizada (REMs) presenta el riesgo de padecer una enfermedad, respecto al conjunto de Aragón que se toma como comparación y se le da el valor 100. Así, un valor de 110 indica un 10% más de riesgo de padecer esa enfermedad que la media de Aragón, y un valor de 85, un 15% menos de riesgo.

Las cifras de Sobrepeso, Obesidad, Hipertensión y Diabetes son inferiores a la media de Aragón. El Cáncer es un importante problema de Salud Pública debido a su magnitud, medida por su incidencia, prevalencia, mortalidad y años potenciales de vida perdidos. En nuestra zona los datos están en torno a la media de Aragón. Los Accidentes Cerebrovasculares (ACV) se producen por falta de riego sanguíneo en el cerebro, lo que afecta a sus funciones de manera transitoria o permanente. Son la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres. En nuestra zona estamos por debajo de la media de Aragón. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un trastorno importante por su elevada frecuencia, los costes sociales y económicos que conlleva y la mortalidad que causa. Es de destacar que el grupo de población más afectado de nuestra zona, es el de mujeres en Ruiseñores, no superando la media de Aragón. La depresión es un importante problema de salud y es de destacar que supera a la media de Aragón. La incidencia en hombres es alta, tanto en Miraflores 18,62%, como en Ruiseñores 5,34%. Las mujeres en Miraflores igualan a la media en Aragón y en Ruiseñores con un 10,87% están por debajo. La demencia se trata de un cuadro asociado fundamentalmente a la edad, afecta sobre todo a personas por encima de 65 años y es una de las principales causas de incapacidad en la vejez. En nuestra zona todos los datos están por debajo de la media de Aragón. La cirrosis hepática es una enfermedad crónica que suele ser el final de muchas enfermedades que han causado un daño crónico en el hígado. La incidencia en nuestra zona está por debajo de la media de Aragón.

Miraflores
Ruiseñores

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Sobrepeso
85,61
68,98
100,12
87,80
Obesidad
57,24
49,83
68,07
62,97
Sobrepeso / Obesidad
72,79
59,59
85,85

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

75,69
Hipertensión
89,87
84,47
82,75
81,54
Diabetes
77,84
58,69
80,49
67,41
Neoplasias
104,97
90,86
90,47
91,31
Accidentes Cerebrovasculares
90,69
92,82
99,74
86,31
Enferm Pulmonar Obstructiva Crónica
67,10
79,73
83,49
90,51
Depresión
118,62
100,26
105,34
89,13
Demencia
83,27
67,16
77,13
62,45
Cirrosis
77,87
73,88
85,58
79,95

DATOS DE MORBILIDAD EN ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS.

Las enfermedades de transmisión alimentaria son aquellas que se transmiten por consumo de alimentos o agua, que se han contaminado por algún microorganismo, químico o toxina en algún momento de su procesamiento o preparación. Las enfermedades de transmisión respiratoria son aquellas que se transmiten por las gotículas que se expulsan al respirar, toser o estornudar. Destaca el dato de Mujeres en Ruiseñores con 51,31% y el de hombres en Miraflores un 42,15% más que la media en Aragón.

Miraflores
Ruiseñores

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Enfermedades de Transmisión Alimentaria
78,98
78,66
83,07
61,64
Enfermedades de Transmisión Respiratoria
142,15
105,97
126,45
151,31

2.2 MORTALIDAD

La mortalidad es un indicador demográfico que señala el número de defunciones en una población. De manera indirecta informa sobre el estado de salud de la misma. Los tumores malignos son un importante problema de salud por el alto número de casos y ser una de las primeras causas de muerte, responsables de gran cantidad de años potenciales de vida perdidos, además de importantes costes humanos y materiales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

“ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS”

Los tumores colorrectales son más frecuentes en las edades más avanzadas.
El tumor maligno de mama es el 2º tumor que causó mayor mortalidad en las mujeres después del colorrectal.
El tumor maligno broncopulmonar es la causa más frecuente de muerte en hombres.
Las enfermedades del sistema circulatorio han sido la causa más frecuente de muerte para el total de la población y en mujeres.
La mortalidad por enfermedad cerebrovascular presenta un claro descenso en la última década.
En Aragón en 2016, las enfermedades del sistema respiratorio ocupan el tercer lugar como gran grupo de causas de muerte.
Las enfermedades digestivas fueron en conjunto la sexta causa de mortalidad en 2016.
Y la mortalidad por causas externas hace referencia a aquellas muertes ocasionadas por accidentes, violencia, envenenamientos y otros efectos adversos. Pueden ser intencionales como el suicidio y el homicidio, o no intencionales como los accidentes.

Miraflores
Ruiseñores

Hombres
Mujeres
Hombres
Mujeres
Tumor Maligno

95,71
104,92
97,38
105,41
Tumor Colorrectal
106,22
78,50
91,07
109,58
Tumor de Mama en Mujeres

90,98

103,32
Tumor de Pulmón en Hombres
96,64

91,24

Circulatorio
88,60
92,65
93,77
96,76
Cerebrovascular

85,90
91,47
85,60
100,26
Respiratorio
95,25
99,03
98,62
96,49

Digestivo
100,09
89,23
91,58
89,79
Causas Externas
83,91
93,48
89,31
75,11

3. RECURSOS COMUNITARIOS

3.1 CENTRO DE SALUD JOSE RAMÓN MUÑOZ FERNANDEZ

El Centro de Salud realiza actividades recogidas en la Agenda de Comunitaria.
Está formado por dos Equipos de Salud Miraflores y Ruiseñores, además de personal y unidades especializadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

(Organigrama, ver Anexo 3)

3.2 CONSEJO DE SALUD DE RUISEÑORES

Es un órgano multidisciplinar de participación, que tiene reuniones periódicas donde se tratan temas que interesan a la comunidad. Componentes (ver Anexo 4)

3.3 SERVICIOS A PERSONAS MAYORES

Públicos: -Centro de convivencia para mayores Laín Entralgo

-Hogar de la Tercera Edad San José de Calasanz

Privados: Club Cultural 33, Club de ancianos Parroquia Sagrado Corazón, Club de jubilados de San Juan de la Cruz, Club de la Tercera Edad Nuestros Mayores, Hogar de Ancianos Santa Rita

RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA

Pocas residencias se localizan dentro de nuestra zona de acción. En 2017 en Zaragoza había 184 residencias, de las cuales 39 con más de 100 plazas, 56 de 50 a 99 plazas, 59 de 25 a 49 plazas y 30 de menos de 25 plazas. De todas ellas, 140 son privadas, con 8964 plazas, constituyendo el 72,4% de carácter privado y el 43% carácter público.

3.4 CENTROS CULTURALES, EQUIPAMIENTOS, PROGRAMAS Y PROYECTOS SOCIALES (Ver Anexo 5)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1ª Parte Diagnóstico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Falta 2ª Parte

7. OBSERVACIONES.

Sería necesario poder adjuntar el archivo con el documento, ya que no deja insertar tablas y gráficas.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/835 ===== ***

Nº de registro: 0835

Título

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

Autores:

PASCUAL RUBIO MARIA OLGA, GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA ANGELES, MARTINEZ HERVAS AZUCENA, DEL CASTILLO ALONSO CONCHITA, ARENAZ CAJAL CARMEN, MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI, ARCE FLORES AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Consideramos que realizar el Diagnóstico de Salud de una Comunidad

permite conocer su territorio, factores sanitarios, no sanitarios, necesidades y recursos que la población considera que determinan su Salud. Solo sabiendo de donde partimos, podremos avanzar hacia la mejora de la calidad de vida de nuestra comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo General:

Elaborar el diagnóstico de salud de la zona Sagasta Ruiseñores - Miraflores, el cual luego nos permita realizar proyectos enfocados a las necesidades detectadas, que mejoren la calidad de salud de la comunidad.

La finalidad de este informe es constituir una herramienta de trabajo dinámica que a través de reuniones y actividades de participación, constituya un documento de trabajo útil para los miembros de la comunidad y que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0835

1. TÍTULO

"ASI SOMOS, ASI NOS SENTIMOS"

permita aumentar el conocimiento de ella y generar ideas nuevas para compartirlas y avanzar juntos.

Objetivos específicos:

- Conocer las características territoriales, sociodemográficas y del servicio sanitario de nuestra zona.
- Recopilar los recursos comunitarios existentes.
- Especificar las patologías más prevalentes de nuestra población.
- Identificar de forma participativa, los determinantes y problemas que influyen en la salud de nuestra comunidad.
- Establecer vínculos entre las distintas asociaciones y entidades del ámbito sociosanitario.

MÉTODO

-Primera etapa:

Realizaremos una recopilación Cuantitativa Descriptiva, que nos permita conocer, la evolución histórica, las características geográficas, sociodemográficas, laborales y sanitarias (morbilidad, mortalidad, motivos principales de asistencia en consulta, accesibilidad a los diferentes trabajadores del centro de salud, etc), la tipología de viviendas-edificios y los recursos comunitarios. Para ello utilizaremos registros y bases de datos de diferentes organismos públicos, estudios publicados y testimonios de personas clave.

-Segunda etapa:

1-Realizaremos un estudio Descriptivo Cualitativo mediante investigación-acción participativa a través del Consejo de Salud, grupos focales e informantes clave, así como del uso de encuestas, que nos servirán para identificar los determinantes y problemas de salud de la zona.

2-Haremos una distribución por edades de la población con la que vamos a trabajar en tres tramos:

- Infante - Juvenil <18 años,
- Edad Adulta de 18 a 65 años
- Edad Madura >65 años

3-Clasificaremos los determinantes de salud en siete categorías:

Territorial, Medioambiental, Social, Educativa, Cultural, Económica y Sanitaria.

INDICADORES

Conseguir detectar necesidades y/o problemas en un Estándar 20 - 30, en el total de las categorías anteriormente definidas.

DURACIÓN

- De Marzo a Junio de 2019. Realización del estudio Descriptivo Cuantitativo.
- De Junio a Septiembre 2019. Preparación de encuestas y toma de contacto con grupos.
- Del 1 de septiembre al 31 de Diciembre. Realización del estudio Descriptivo Cualitativo.
- Enero y Febrero de 2020. Elaboración de la Memoria del Proyecto para su presentación.
- Duración de la elaboración del Proyecto un año.
- Presentación del Proyecto al equipo en Mayo 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1025

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE PEDRO ANTONIO LUNA RODRIGO
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IZQUIERDO CLEMENTE CARLOS
PEIRO MURILLO BEATRIZ
MATEO DE LAS HERAS ESTHER CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas. El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP Sagasta-Ruiseñores, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo tres sesiones formativas en el Centro de Salud:

- Abordaje de infecciones respiratorias: 27/03/2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: 10/07/2019
- Revisión clínica de uso de cefalosporinas de tercera generación: 07/11/2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información en qué situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas.

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.

En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.

En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1025

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES

podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.

Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

- o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 9,7, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre 2018: 10,67).

- o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación.

En diciembre 2018 el valor era 4%, siendo en diciembre 2019 de 4%

% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos: 4%

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron 64,77% y 16,46% respectivamente.

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 59,31% y 15,80% respectivamente.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.

Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión de los datos de consumo ha permitido identificar asimetrías importantes en la cantidad de prescripciones entre los diferentes profesionales. La desviación es más significativa en pocos prescriptores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1025

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES

lo que puede permitir focalizar los esfuerzos formativos y de revisión de casos.

Es necesario no solo que la información llegue a los profesionales sino asegurar que conocen y entienden el significado de los datos.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.

Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que se apliquen los mismos criterios en todos los puntos asistenciales. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.

Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.

Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

Consideramos necesario prolongar en el tiempo los objetivos de este plan para incidir en los problemas detectados en nuestro centro de trabajo.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1025 ===== ***

Nº de registro: 1025

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES

Autores:
LUNA RODRIGO PEDRO ANTONIO, IZQUIERDO CLEMENTE CARLOS, PEIRO MURILLO BEATRIZ, MATEO DE LAS HERAS ESTHER CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública mundial. Este problema se ve agravado en España donde las tasas de resistencias son muy elevadas.

El uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales factores causantes del problema. España es uno de los países con un mayor consumo (DHD receta oficial 16,17) y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria (AP), suponiendo una DHD de 15,11.

En la 20ª edición del listado de medicamentos esenciales de la OMS, los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados. Los antibióticos supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas, las cefalosporinas de 3ª generación, así como los macrólidos.

La práctica clínica del médico de AP tiene unas características que condicionan la indicación del uso de ATB y su adecuación: incertidumbre diagnóstica, carga de trabajo, empirismo de los tratamientos, expectativas de los pacientes, etc. Pero existen recomendaciones para la práctica clínica eficaces en la reducción del consumo de antibióticos, como la optimización de la información clínica, uso de métodos de diagnóstico rápido, elección correcta del ATB, prescripción diferida, etc

A nivel autonómico el programa IRASPROA está impulsando y ofertando diferentes acciones en esta línea.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1025

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAGASTA RUISEÑORES

Tras analizar los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP SAGASTA RUISEÑORES se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de ATB de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de 3ª generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo su uso, que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,6 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de 3ª generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones respiratorias y otra con las infecciones urinarias, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA. Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio EAP.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de 3ª generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

- N° de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
-Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- N° de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
-Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
-Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 3,6 %
Objetivo 2019: =2,0
- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
-% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 64,77 %
Objetivo 2019: Disminuir
-% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 16,46 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

- Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una relacionada con las infecciones respiratorias y otra con las infecciones urinarias.
- Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
- Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de 3ª generación durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1496

1. TÍTULO

VACUNACIÓN INFANTIL: CÓMO PREVENIR Y EVITAR LOS ERRORES MÁS FRECUENTES

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE MERCEDES GOMEZ BORAO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIOS MARTINEZ AINARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En julio de 2019 se diseñó un póster con el calendario de vacunación infantil actual y se colocó al lado de la nevera donde se guardan las vacunas destinadas exclusivamente para pediatría.
En julio de 2018 se elaboró una encuesta de conocimientos sobre vacunas que se pasaba el día de llegada y volvían a contestar el último día. Las preguntas eran exactamente iguales para que las personas que recibían la formación fueran conscientes de lo que habían aprendido.
Durante el periodo de aprendizaje, a las nuevas enfermeras se les enseñaba a:
Registrar adecuadamente las vacunas en OMI y en la cartilla de vacunación.
Leer la temperatura de la nevera y su registro en la gráfica.
Administrar correctamente la vacuna correspondiente y de la forma menos dolorosa según la edad del niño.
De Julio a Septiembre de 2019 se realiza la formación de acogida a las nuevas enfermeras y evaluación de la adquisición de conocimientos y competencias.
Los resultados del proyecto se comunicó al resto de profesionales en la reunión de calidad del 20 de enero del 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- El porcentaje de niños con calendario de primovacunación correcto en los cupos de los pediatras de la mañana fue:
En enero de 2019: 96,88%
En enero de 2020: 98,08%
El estándar marcado era subir 2 puntos. Aunque se ha mejorado no se ha conseguido.
2- Sobre la evaluación de los conocimientos adquiridos durante la intervención se hizo mediante una encuesta pre y post formación.
La intervención se hizo a enfermeras con contrato eventual, EIR de pediatría y estudiantes de enfermería por un periodo de 18 meses. Se obtuvieron un total de 30 encuestas.
El estándar propuesto era que mejorasen el 80-85% de los profesionales en sus conocimientos y el estándar alcanzado ha sido del 100% en las encuestas pre - post realizadas a los profesionales.
3- Reducción en el número de incidencias. Es estándar previsto era de < 5 al año. Y los errores detectados fueron 3 (una vacuna inadecuada cervarix en vez de gardasil, una niña a la que se le administró el disolvente pero no el soluto, niña con numero inadecuado de dosis para su edad debido a que procedía de Suiza). Fuente: hoja de registro de incidencias.
4- Porcentaje de días en que no se registra la temperatura de la nevera fue 1 y el estándar marcado era menos de 3 veces al año. Fuente: gráfica de registro de la temperatura de la nevera.
5- Porcentaje de días en que la temperatura no ha estado entre 2 y 8° C ha superado el estándar propuesto menos 3 veces al año. Fuente: gráfica de registro de la temperatura de la nevera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora es que nuestro principal objetivo que era aumentar el conocimiento de los estudiantes, EIR y enfermeras eventuales se ha conseguido.
También creemos que se ha reducido el número de errores en la administración de las vacunas. Es una percepción subjetiva ya que no tenemos registro de errores de años anteriores.
Sobre el mantenimiento del rango de la temperatura de la nevera, es difícil de conseguir cuando hay personal nuevo...
En la mejora del resultado de niños con primovacunación correcta, quizá la subida de 2 puntos fue un estándar demasiado ambicioso, no había tanto margen de mejora en los cupos sobre los que se actuó.
El proyecto es sostenible y fácil de replicar porque el póster ya está hecho y colocado junto a la nevera, la encuesta de conocimiento pre y post también está diseñada y además gusta a los estudiantes porque les hace ser conscientes de lo que han aprendido.
Por ultimo hacer una hoja de incidencias también es sencillo, lo difícil es darse cuenta de los errores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1496 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1496

1. TÍTULO

VACUNACIÓN INFANTIL: CÓMO PREVENIR Y EVITAR LOS ERRORES MÁS FRECUENTES

Nº de registro: 1496

Título

VACUNACION INFANTIL: COMO PREVENIR Y EVITAR LOS ERRORES MAS FRECUENTES

Autores:

GOMEZ BORAO MERCEDES, RIOS MARTINEZ AINARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 0 A 14 AÑOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

A lo largo del año realizan sustituciones en las consultas de pediatría del centro distintos profesionales de enfermería. Algunos de ellos no están familiarizados con el calendario de vacunación infantil y carecen de formación en pediatría. Este hecho provoca errores en:

El registro inadecuado de las vacunas en OMI.

No se respetan intervalos mínimos entre dosis de una misma vacuna.

Incorrecta adaptación de los calendarios vacunales infantiles anteriores al actual.

De manera puntual, ausencia del registro diario de temperatura de la nevera de vacunas.

Utilizan una técnica de administración de vacunas más dolorosa como pinchar en la camilla, aspirar, no ofrecer lactancia materna durante la vacunación, etc .

Las consecuencias son:

Disminución del indicador de cobertura vacunal durante los periodos de sustitución.

Administración de una dosis adicional cuando no se respetan los intervalos mínimos.

Niños con un número de dosis inadecuado para su edad y por lo tanto calendarios incompletos..

Sobre la técnica de administración de vacunas, se produce mayor dolor al niño.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Aumentar la cobertura vacunal mediante la mejora del registro.
2. Aumentar los conocimientos en vacunación infantil de los profesionales de nueva incorporación, evitando errores en los intervalos mínimos entre dosis de la misma vacuna y conseguir calendarios vacunales acordes tanto en el número de dosis como de vacunas adecuadas para su edad.
3. Mejorar la técnica en la administración de vacunas siguiendo las recomendaciones de la OMS : agitar bien, no quitar el aire (dejar burbuja), elegir el lugar de inyección (si no camina tercio medio de vasto externo y si camina deltoides), elegir la aguja adecuada, limpiar con suero fisiológico, utilizar una técnica de inyección rápida y sin aspirar, retirada rápida de la aguja y esperar media hora.
4. Mantener el registro diario adecuado de la temperatura de la nevera antes de comenzar la jornada.

MÉTODO

- Creación de un póster: Las enfermeras de pediatría (Mercedes Gómez Borao Y Ainara Ríos Martínez EIR) del Centro de Salud Sagasta-Ruiseñores elaborarán un cartel informativo del calendario vacunal actual, que será colocado junto a la nevera, donde se mencionarán las vacunas que se deben administrar según la edad del paciente, nombres comerciales de cada vacuna y fotografía de la caja para evitar confusión, indicaciones, efectos secundarios, vía de administración, lugar anatómico, aguja adecuada y recomendaciones de la OMS sobre la realización correcta de la técnica de vacunación y conservación de las vacunas.

- La responsable del proyecto facilitara a las enfermeras de nueva incorporación una formación práctica para el aprendizaje sobre la administración de las vacunas. Para ello se les acompañará en la administración de 10 vacunas. Se creará una hoja Excel para registrar la adquisición de competencias técnicas e incidencias. Se enseñara el registro adecuado de vacunas.
Lectura y registro de la temperatura de la nevera.

INDICADORES

1. % de niños con calendario de primovacunación correcto. Fuente de datos: cuadro de mando del contrato de gestión. Estándar: subida de 2 puntos en la puntuación anual.
2. - Evaluación de los conocimientos adquiridos mediante una encuesta que se pasará al inicio y al final del contrato. % de Profesionales que han mejorado sus conocimientos tras la intervención. Estándar: entre 80- 85 % de profesionales con mejoría en la puntuación del test.
3. Reducción del número de incidencias relacionadas con la administración de vacunas considerándose como incidencias: no respetar intervalos mínimos, error al administrar la vacuna adecuada o niños con número

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1496

1. TÍTULO

VACUNACIÓN INFANTIL: CÓMO PREVENIR Y EVITAR LOS ERRORES MÁS FRECUENTES

inadecuado de dosis para su edad. Se creará una hoja de registro de incidencias. Estándar: <5 incidencias al año.
4- % de días sustituidos en los que no se registra la temperatura de la nevera. Estándar: <3 veces/año.
% de días que la temperatura no está entre 2 y 8°C. Estándar:<3 veces /año.

DURACIÓN

Julio de 2019: Elaboración del cartel informativo por ambas enfermeras.

Julio de 2019: Colocación del cartel junto a la nevera que contiene las vacunas.

Julio-Septiembre 2019: Formación de acogida a las nuevas enfermeras y evaluación de la adquisición de conocimientos y competencias

De julio de 2018 hasta diciembre de 2019: Recogida de encuestas para valorar la utilidad del cartel y aumento de conocimientos de los profesionales. Se pasará la encuesta el primer y ultimo día de contrato.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEÓRICAS DEL CURSO DE EDUCACIÓN MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ELENA CABEZA GUILLEN
· Profesión MATRONA
· Centro CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARRATTA LINARES ROSARIO
LOPEZ PEREZ ANGELES
MARTINEZ CHUECA MARIA CARMEN
METOLA LOZA JULIA
BERNARDOS LAZARO PAULA
SANCHEZ MAINAR AMOR
MARIÑOSA ASENSIO AMELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. A lo largo del año 2.019 se mantuvo el mismo grupo de trabajo, constituido el año anterior, compuesto por 10 matronas de Atención Primaria del Sector Zaragoza II:

- CABEZA GUILLÉN, M^a ELENA
- ARRATTA LINARES, ROSARIO
- LÓPEZ PEREZ, ANGELES
- MARTÍNEZ CHUECA, M^a CARMEN
- METOLA LOZA, JULIA
- BERNARDOS LÁZARO, PAULA
- SANCHEZ MAINAR, AMOR
- MARIÑOSA ASENSIO, AMELIA
- VELA ÍNSA, M^a JESÚS
- SAGASTE ROMEO, TERESA

La guía actualizada de Educación Maternal se estructuró en ocho sesiones para abarcar diversos aspectos de los temas del embarazo, parto, posparto, recién nacido y crianza. El trabajo se repartió en pequeños grupos entre las 10 participantes y posteriormente cada tema fue revisado por un grupo coordinador formado por M^a Carmen Martínez, Angeles López y M^a Elena Cabeza.

2. Se realizó una detallada revisión bibliográfica sobre todos los temas incluidos en las ocho sesiones.

Se tomó como punto de partida la guía "Educación Sanitaria Materna" del INSALUD Sector 2 y 5, editada aproximadamente 20 años, para iniciar el diseño de la nueva guía. Para su actualización se realizó una revisión bibliográfica de las siguientes fuentes: los últimos protocolos de la SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología) y guías NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sobre la asistencia al parto, posparto y el control del embarazo; las guías sobre Educación Maternal de otras comunidades autónomas; las Guías de Práctica Clínica editadas por el Ministerio de Sanidad de atención en el embarazo y puerperio, asistencia al parto, cuidados del recién nacido y lactancia; diversos manuales sobre Obstetricia y Ginecología; documentos publicados por la FAME (Federación de Asociaciones de Matronas Españolas) así como varios artículos encontrados en diversas bases de datos como PubMed, Cuiden y similares.

3. El grupo mantuvo las reuniones quincenales hasta junio de 2.019, mes en el que se finalizó la revisión y actualización del contenido de las sesiones teóricas de la guía.

4. Se han difundido vía correo electrónico al resto de matronas de Atención Primaria del Sector II los cuatro últimos temas elaborados de la guía, tal y como se hizo el año anterior.

5. A lo largo del mes de septiembre se elaboró la encuesta de satisfacción y posteriormente se realizó una sesión informativa a todas las matronas de Atención Primaria del Sector Zaragoza II para explicar su funcionamiento y establecer su distribución a lo largo del último trimestre del año así como su administración a las gestantes y sus acompañantes en la última clase de Educación Maternal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se finalizó la elaboración de las cuatro últimas sesiones que quedaban pendientes por entregar de la guía:

1^a SESIÓN: EMBARAZO I
2^a SESIÓN: EMBARAZO II
3^a SESIÓN: PARTO I
4^a SESIÓN: PARTO II

Una vez finalizada la guía y realizada su difusión, se elaboró una encuesta en función de los estudios precedentes sobre la satisfacción con la Educación Maternal y los modelos existentes validados de diversas encuestas de satisfacción. El cuestionario, de elaboración propia, se rellenaba de forma anónima, sin incluir ninguna variable sociodemográfica, y valoraba mediante preguntas cerradas la organización de las clases, los contenidos y la docencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La nueva y actualizada guía de Educación Maternal ha resultado una herramienta de trabajo útil para las matronas de Atención Primaria del Sector Zaragoza II y su implantación ha supuesto una mejora en la atención a las mujeres embarazadas y sus familias a la par de una unificación de criterios en nuestra labor asistencial.

En cuanto a la evaluación de la satisfacción de las gestantes y sus acompañantes no obtuvimos la respuesta esperada puesto que han surgido diversos factores que han ocasionado que los resultados no sean concluyentes. Los grupos de Educación Maternal son abiertos y dinámicos, por lo que la entrada y salida de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEÓRICAS DEL CURSO DE EDUCACIÓN MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

participantes es constante. Además se produjeron numerosas bajas a lo largo del programa de clases debido al cambio de domicilio de las gestantes a otros sectores, ingresos hospitalarios o abandono de las clases por motivos laborales/personales, hechos que dificultan que concluyan el ciclo de las ocho sesiones establecidas y un buen seguimiento de las/los participantes.

Podemos concluir que la participación en las encuestas ha sido escasa por lo que el resultado no es concluyente y nos hace plantear futuras investigaciones con una metodología distinta que nos permita analizar la satisfacción percibida por las gestantes y sus acompañantes en relación con la nueva y actualizada guía de Educación Maternal y su utilidad respecto al proceso de embarazo, parto y crianza.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1037 ===== ***

Nº de registro: 1037

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

Autores:
CABEZA GUILLEN MARIA ELENA, ARRATTA LINARES ROSARIO, LOPEZ PEREZ ANGELES, MARTINEZ CHUECA MARIA CARMEN, METOLA LOZA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La educación para la salud es una poderosa herramienta con la que cuenta el profesional de Atención Primaria para la prevención y promoción de la salud. En el caso de la Educación Maternal (E.M.), las matronas somos el referente de las mujeres embarazadas y sus parejas para el acompañamiento y apoyo en un período tan especial de sus vidas como es el embarazo y el posparto.

Desde hace años se están impartiendo en todos los centros de salud de nuestro sector, clases de E.M. tomando como referencia la guía de "Educación Sanitaria Materna" editada por el Insalud hace aproximadamente 20 años. Pero con el transcurso del tiempo, las matronas hemos visto producirse grandes cambios en las estrategias de abordaje del embarazo, parto, posparto, crianza y anticoncepción, lo que hace necesario actualizar estos conocimientos para proporcionar la información necesaria a las embarazadas para que puedan sentirse seguras de sus posibilidades y tener la oportunidad de tomar decisiones sobre estos procesos favoreciendo su autonomía.

Por todo lo expuesto, vemos necesario revisar y actualizar el contenido teórico del curso de E.M., y adicionalmente dotar a los y las profesionales de herramientas renovadas para desarrollar nuestra labor diaria conforme a nuestra formación y competencias profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Informar a la gestante de los procedimientos llevados a cabo en el control y seguimiento del embarazo.
2. Proporcionar conocimientos actualizados a la embarazada sobre las nuevas técnicas asistenciales en el parto y en el manejo no farmacológico del dolor.
3. Favorecer el desarrollo de modelos de crianza que fomenten la corresponsabilidad y la coeducación.
4. Difundir los métodos anticonceptivos y su manejo de acuerdo a las nuevas estrategias del Programa de Atención Anticonceptiva de Aragón.
5. Empoderar a la mujer en el manejo de su salud para conseguir una vivencia positiva de la maternidad.

MÉTODO

Designación de un grupo de trabajo compuesto por cinco matronas de Atención Primaria del Sector de Zaragoza II.
Revisión bibliográfica de diversas fuentes.
Puesta en común de forma periódica y toma de decisiones por consenso.
Presentación del proyecto a nuestras compañeras matronas del sector.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEÓRICAS DEL CURSO DE EDUCACIÓN MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

INDICADORES

Análisis de la actualización del contenido de las sesiones teóricas del curso de educación maternal.

* Estándar: valoración de la satisfacción de las gestantes y sus acompañantes que asistan a las sesiones (encuesta de satisfacción).

Guía informativa actualizada y elaborada de educación maternal.

* Estándar: SI/NO

DURACIÓN

Puesta en común de la información recopilada por cada componente del grupo en reuniones mensuales de dos horas de duración, durante los meses de enero a mayo de 2.018.

Presentación del proyecto a las compañeras en una única sesión en junio de 2.018.

Implementación del proyecto en el mes de septiembre de 2.018 mediante ciclos de ocho sesiones semanales de dos horas y media de duración, con intención de mantener su continuidad en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0393

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE CENTRO

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE MARGARITA ESTEBAN ROBLEDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONED IZUEL JESUS
SEVILLA BERMEJO CONCEPCION
HERNANDEZ BOROBIO MARIA TERESA
LAGUARDIA OBON ARANCHA
RAMOS LORENTE MARIA
TIHISTA BELLO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Se realizaron 4 sesiones donde participaron el grupo de mejora y otros miembros del EAP para la presentación y puesta en marcha del proyecto. Se repaso y estudio la documentación aportada sobre los procedimientos ISO, que regulan las acciones indicadas, y se aconsejó la consulta de esta documentación en la intranet del sector, donde esta ubicada.

2-Se comenzó a poner en marcha el control e inventario de almacén, aunque no se pudo concluir debido a los cambios de las personas implicadas ocasionados por los concursos de movilidad voluntaria y las jubilaciones.

3-En referencia a la esterilización, el personal responsable tuvo una sesión formativa, organizada desde la dirección de enfermería del sector, existiendo también la posibilidad de consultar la documentación existente en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados son parciales.

En lo referente a la esterilización el procedimiento se está llevando a cabo en su totalidad, aunque no existen indicadores de medida.

En lo referente al control de almacén y material, los procedimientos están iniciados pero no concluidos. No hay indicadores específicos de cada procedimiento.

El indicador propuesto era común para todos, y se valoraba el nº de incidencias al mes, individualizadas por procedimiento.

Por parte de las personas encargadas de estas áreas, no se han comunicado incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración subjetiva del equipo de mejora, es que los objetivos a conseguir están al 30%. A su juicio debe continuarse el proyecto y es indispensable una adecuada comunicación de las incidencias para poder obtener los indicadores adecuados, al ser esta la única manera de saber si la mejora es real o no.

La sostenibilidad del proyecto es clara y necesaria, creemos que la nueva incorporación de personal, tras las jubilaciones y traslados, darán mayor estabilidad al equipo y se mantendrán más fácilmente los proyectos en el futuro.

Consideramos indispensable para el buen fin del proyecto la cobertura adecuada de las vacantes.

7. OBSERVACIONES.

Es importante señalar que estos procedimientos son compartidos con el EAP San José Norte por convivir en la misma estructura física.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/393 ===== ***

Nº de registro: 0393

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE CENTRO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0393

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE CENTRO

ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, BONED IZUEL JESUS, VILLANOVA GINER CARMEN, HERNANDEZ BOROBIO MARIA TERESA, LAGUARDIA OBON ARANCHA, RAMOS LORENTE MARIA, TIHISTA BELLO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología en atención primaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS

Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO

Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Pilar Tihista (auxiliar clinica)/ Maria Ramos Lorente
Urgencias: Unidad básica asistencial: Jesus Boned(MF) y Carmen Villanova(MF)/
Arancha Laguardia (ENF)
Esterilización: Pilar Tihista(auxiliar clinica)/Mº Teresa Hernandez (ENF)

INDICADORES

Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- N° de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

Actividades 2017
Distribución proyectos: Enero
Formación: Febrero
Nombramiento responsables: Enero
Puesta en marcha procedimiento: Marzo
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: Junio
Seguimiento actividad: controles trimestrales: Junio, Septiembre, Diciembre.
Indicadores y conclusiones finales: Diciembre.
Propuestas de mejora: Diciembre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0393

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE CENTRO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 25/05/2018

2. RESPONSABLE ELISA AREVALO DE MIGUEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ MALUENDA SONIA
COARASA ALMENARA LORENA
JUNCOSA ASIN CARLOS
CASASUS ESCUER ISABEL
BELENGUER ABIAN CRISTINA
LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ejercicios ludopedagógicos supervisados, dinámicos, de sencilla comprensión y realización con los objetivos de : aumentar la permeabilidad de vías aéreas, drenaje postural, expulsión de secreciones bronquiales, movilización de musculatura de caja torácica y abdominodiafragmática. Ejercicios propioceptivos sobre el uso de musculatura respiratoria accesoria.

Se realiza la evaluación final de la actividad según los indicadores señalados y se realiza cooximetría individual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador de seguimiento: la adherencia al taller en general ha sido buena, con un 80% de participación.
Indicador: modificación del hábito tabáquico a los 12 meses. No ha habido cambios en este indicador.
Indicador de mejoría: a los 12 meses ha habido un descenso notable del número de reagudizaciones, sólo 1 paciente ha sufrido 2 reagudizaciones en estos 12 meses.
Indicador grado de satisfacción: se realiza encuesta entre los participantes, el grado de satisfacción con el programa es alto.
Indicador de modificación cooxímetro: al finalizar el programa se observa una disminución media del 15% en los valores de cooximetría.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al finalizar la evaluación del programa mantenemos a los 8 pacientes que finalmente se han adherido a este programa con una buena ejecución y alto grado de satisfacción. Además 2 pacientes más acuden de forma intermitente. Valoran muy positivamente la utilización del juego y sonidos musicales en los ejercicios.

Los pacientes han incorporado a su rutina esta actividad y la ejecución es más ágil, ya que son conocedores de los ejercicios y ellos mismos van dirigiendo la sesión. Se mantiene la duración de la actividad a 20 minutos, ya que se ha observado que es la duración idónea para mantener la atención y facilitar la ejecución de todos los ejercicios propuestos.

Realmente perciben una cierta mejoría en la movilización de secreciones y destacan que han disminuido los procesos catarrales durante el invierno, objetivada también mediante la mejora de los valores de cooximetría.

7. OBSERVACIONES.

Continuamos recomendando la incorporación al equipo de un fisioterapeuta y un monitor de actividad física que pudieran complementar las actividades para fomentar dicha capacidad cardiorespiratoria y de la musculatura respiratoria accesoria.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1316 ===== ***

Nº de registro: 1316

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

Autores:
AREVALO DE MIGUEL ELISA, ELBOJ SASO MARTA, SANZ MALUENDA SONIA, JUNCOSA ASIN CARLOS, BELENGUER ABIAN CRISTINA, LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA, AUDINA ZAPATER MARIA JOSE, FAU MARTINEZ JUANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

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

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: prevención secundaria y terciaria patologia respiratoria

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

Programa ludo-pedagógico de entrenamiento supervisado y reeducación terapéutica mediante una serie de ejercicios sencillos practicados con cierta regularidad nos va a permitir usar al máximo las capacidades pulmonares. La actividad se llevará a cabo con una frecuencia de 3 veces por semana, en sesiones de 30 minutos cada una. Cada sesión estará dirigida por equipo enfermería-terapia ocupacional, con una valoración inicial por parte del médico de familia del centro.

El taller comprenderá ejercicios de sencilla realización y comprensión, dinámicos y educativos basados en técnicas que ayuden a controlar la disnea, mejorar el estrés y aumentar la resistencia y tolerancia al esfuerzo, así como ejercicios que ayuden a expulsar las secreciones pulmonares y permeabilizar las vías aéreas y por último ejercicios que mejoren la respiración abdomino-diafragmática y fortalezcan la musculatura respiratoria. Adaptado por su puesto a cada edad, comprensibilidad y situación clínica del paciente.

* Permeabilización de vías aéreas y drenaje postural.

*Técnicas de reeducación respiratoria abdomino-diafragmática y acondicionamiento muscular. Movilizaciones de la caja torácica.

*Técnicas para mejorar la disnea y aumentar la tolerancia al esfuerzo. Respiración profunda y controlada. Técnicas de relajación y toma de conciencia respiratoria.

Al inicio del taller se reforzaran conceptos sobre el auto cuidado, el abandono del tabaco, la actividad física, medidas ergonómicas y la adherencia al tratamiento.

INDICADORES

Indicador nº de reagudizaciones a los 12 meses.: Evaluación a los 12 meses

Indicador nº de modificación (incremento del tratamiento respiratorio): Evaluación a los 12 meses

Indicador: modificación si/no en su hábito tabáquico: evaluación a los 12 meses

Indicador de mejoría: Porcentaje pacientes que han disminuido al menos en numero de 2 las reagudizaciones bronquiales con respecto al año anterior.

Indicador grado de satisfacción: Evaluación al final del programa.

Indicador de seguimiento: adherencia al taller.

Indicador de modificación cooximetro: Cooximetría al inicio del taller, a los 6 meses, a los 12 meses.

DURACIÓN

Inicio Junio 2017.

Con una evaluación semestral y anual de la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ANGELA FORCEN VICENTE DE VERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA
LOPEZ MORFIOLI ELENA
FERRERAS GASCO DOMINGO
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
SANZ CARRILLO CONCEPCION
FORCEN VICENTE DE VERA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una sesión semanal durante diez semanas por grupo de 8-10 pacientes.
Antes y después de la relajación: toma de la tensión arterial y escala tipo Likert de autorregistro de ansiedad.
Al finalizar las diez sesiones cuestionario de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados: Aprendizaje y aplicación de la técnica de relajación, discriminación de tensión-relajación, disminución del estado de ansiedad y de las cifras de tensión.
-Mejora resultados de la atención.....completado
-Disminuir riesgos derivados de la atención.....75%
-Mejorar utilización de los recursos.....60%
-Garantizar derechos de los usuarios (y satisfacción)....80%
-Atender expectativas de los profesionales.....75%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Reducción de semanas a 7 porque las tres últimas son para los pacientes que realmente hayan practicado a diario la relajación y serían sesiones individuales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1571 ===== ***

Nº de registro: 1571

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Autores:
FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, LOPEZ MORFIOLI ELENA, FERRERAS GASCO DOMINGO, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, SANZ CARRILLO CONCEPCION, FORCEN VICENTE DE VERA ELENA, SOLER GONZALEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Las Técnicas de Relajación son un conjunto de procedimientos que se dirigen concretamente a controlar y devolver a la homeostasis.

Es conocido que el estrés está vinculado tanto al malestar emocional, como a diversas alteraciones fisiológicas de amplio espectro, que abarcan desde la tensión muscular y los dolores de cabeza a los trastornos cardíacos y cáncer. Jacobson demostró que después del entrenamiento en relajación se produce un descenso de la tasa de pulso y de la presión sanguínea.

RESULTADOS ESPERADOS

Se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta técnica en cualquier ámbito de su vida

El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular y mejorar su estado anímico, aprender a discriminar la tensión y la relajación y conseguir reducir las cifras de tensión arterial.

MÉTODO

Se realizarán una sesión a la semana durante diez semanas por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajación todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda.

INDICADORES

Previamente a comenzar la relajación se cuantificarán datos de tensión arterial que se volverán a registrar al finalizar el programa. Se les pasará una escala Likert de autorregistro de nivel de ansiedad pre y postrelajación. Al finalizar el proyecto se les repartirá un cuestionario de satisfacción.

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

DURACIÓN

El proyecto tiene una duración anual comenzando el día 4 de septiembre de 2017 primera sesión y finalizando previsiblemente en septiembre de 2018. Diez lunes consecutivos durante media hora práctica de relajación dirigida. Al finalizar se realizará el control de tensión arterial a cada paciente y valoración de las escalas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ANGELA FORCEN VICENTE DE VERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA
LOPEZ MORFIOLI ELENA
FERRERAS GASCO DOMINGO
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
SANZ CARRILLO CONCEPCION
FORCEN VICENTE DE VERA ELENA
CAUDEVILLA SOLER CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una sesión a la semana durante ocho semanas por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer en la primera sesión y realizando la relajación todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pidió que practicasen en casa una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda(se les entregó por escrito todos los pasos del programa completo a modo de guía)

Previamente a comenzar la relajación se cuantificaban datos de tensión arterial que se volvían a registrar al finalizar la sesión. Se les pasaba una escala Likert de autorregistro de nivel de ansiedad pre y postrelajación.

Al finalizar el proyecto se les ha repartido un cuestionario de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención.	4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención.	3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos.	3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ...	4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales.	4 Mucho

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Un paciente al que se le enseña a relajarse, aprendiendo a discriminar la tensión y la relajación, así como a aplicar esta técnica en cualquier ámbito de su vida, mejorará su estado anímico y conseguirá reducir las cifras de tensión arterial.

Consideramos fundamental las dos primeras sesiones. En la primera se les informa detalladamente del proceso y se ejemplifican todos los ejercicios que se llevarán a cabo, practicando y comprobando individualmente su adecuación. Y en la segunda se inicia la relajación propiamente dicha.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1571 ===== ***

Nº de registro: 1571

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, LOPEZ MORFIOLI ELENA, FERRERAS GASCO DOMINGO, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, SANZ CARRILLO CONCEPCION, FORCEN VICENTE DE VERA ELENA, SOLER GONZALEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las Técnicas de Relajación son un conjunto de procedimientos que se dirigen concretamente a controlar y devolver a la homeostasis.
Es conocido que el estrés está vinculado tanto al malestar emocional, como a diversas alteraciones fisiológicas de amplio espectro, que abarcan desde la tensión muscular y los dolores de cabeza a los trastornos cardíacos y cáncer. Jacobson demostró que después del entrenamiento en relajación se produce un descenso de la tasa de pulso y de la presión sanguínea.

RESULTADOS ESPERADOS

Se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta técnica en cualquier ámbito de su vida

El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular y mejorar su estado anímico, aprender a discriminar la tensión y la relajación y conseguir reducir las cifras de tensión arterial.

MÉTODO

Se realizaran una sesión a la semana durante diez semanas por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajación todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda.

INDICADORES

Previamente a comenzar la relajación se cuantificaran datos de tensión arterial que se volverán a registrar al finalizar el programa. Se les pasara una escala Likert de autorregistro de nivel de ansiedad pre y postrelajación. Al finalizar el proyecto se les repartirá un cuestionario de satisfacción.

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

DURACIÓN

El proyecto tiene una duración anual comenzando el día 4 de septiembre de 2017 primera sesión y finalizando previsiblemente en septiembre de 2018. Diez lunes consecutivos durante media hora practica de relajación dirigida. Al finalizar se realizará el control de tensión arterial a cada paciente y valoración de las escalas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0600

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE DOMINGO ANTONIO FERRERAS GASCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ CORRAL ALBA
VILARIÑO ROMERO BEATRIZ
GOMEZ FERRERUELA LAURA
MORENO MARQUEZ ROCIO
RODRIGUEZ MARCO ELENA
TORRES REMIREZ MARTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han promovido en el Blog actividades docentes dirigidas a pacientes impartidas en el Centro de Salud.
- Oferta de servicios: cada 15 días se cuelga un documento divulgativo sobre temas sociosanitarios de interés en nuestra población con lenguaje llano y accesible para la población.
- De acuerdo con lo planteado en la memoria de proyecto 2018-600, se realiza una encuesta aleatoria en todos los cupos del centro, entregándose a uno de cada cinco pacientes durante diez días de labor asistencial normal. Esta encuesta perseguía describir al usuario tipo del Blog y sus intereses. El resultado puede leerse en el punto siguiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- En el momento de cumplimentar este formulario, las estadísticas del Blog indican que se han producido 64.788 visitas independientes al Blog con unas 140 visitas al día.
- Se han publicado múltiples temas nuevos de interés sociosanitario según corresponde en el Blog y se han anunciado a través de Facebook.
- Se ha realizado una encuesta aleatoria como se menciona más arriba.
De 640 encuestas entregadas, se recogieron 358 encuestas válidas y 61 no válidas (por falta de datos, información mal cumplimentada o poco clara) en las bandejas de Admisión y las consultas que las repartieron. Siete encuestas incluyeron sugerencias escritas, de las que tres fueron recomendaciones de publicar con más frecuencia, dos fueron recomendaciones de conectar con más redes sociales y dos fueron recomendaciones de incrementar el número de carteles de anuncio del Blog o hacerlos más visibles.
De las 358 encuestas recogidas, 60 personas CONOCÍAN el Blog en el momento de recibir el impreso de la entrevista y 298 NO LO CONOCÍAN; es decir, sólo un 17% de la muestra de encuestados declaró conocer el Blog antes de recibir la encuesta, aunque la totalidad de quienes conocían el Blog indicaron que lo habían utilizado durante el año pasado. Esto revela una importante falta de conocimiento del mismo en la población general e indica una necesidad de cambiar el modelo actual de anuncio y publicidad, aunque también indica que el usuario medio confía en los contenidos del Blog y los consulta de nuevo.
De las 298 personas que NO CONOCÍAN el Blog, 4 devolvieron la encuesta tras revisarlo superficialmente en Admisión y otorgaron puntuaciones medias de 9.3 al contenido, la claridad y la utilidad de los temas consultados en el mismo. 11 encuestados indicaron que, de utilizarlo, lo emplearían para informarse sobre problemas de salud propios.
Un 26% de las personas en el estrato de edad entre los 45 y los 59 años y un 30% de las personas en el estrato de edad entre los 15 y los 29 CONOCÍAN el Blog, frente a un 16% entre los 30 y los 44 años, un 8% de los 75 en adelante y un 6% de los 60 a los 74.
Al realizar correlación biserial para valorar la relación entre EDAD (variable cuantitativa) y RESPUESTA A LA PREGUNTA SOBRE SI CONOCÍA EL BLOG (v. dicotómica), XLSTAT calculó que con un $p=0.001$ estas variables estaban asociadas de forma significativa.
Al realizar una comparación estadística mediante prueba de Chi Cuadrado para "K proporciones" en XLSTAT, se introdujeron el porcentaje de encuestados de edades entre 45 y 59 años y el de entre 60 y 74 años que conocían el Blog frente a la muestra completa; el resultado descartaba la hipótesis nula con $p=0.001$, debiéndose aceptar la hipótesis alternativa de que ambos estratos tienen diferencias que no se deben a la distribución muestral de los estratos.
Por otro lado, y si bien la población en el estrato más joven sí refería una notable tendencia a conocer al Blog (y de hecho reúne un número notable de referencias a la página de Facebook del Centro de Salud), el estrato de adultos jóvenes de entre 30 y 44 años no recogía tantos encuestados que CONOCIESEN EL BLOG. Dado que el uso de las tecnologías de la información como variable no estaba contemplado en la encuesta, debería plantearse nueva encuesta para determinar si existe una relación más fuerte entre el uso habitual de dichas tecnologías y CONOCER el Blog que entre la EDAD y CONOCER el Blog.
Finalmente, la mayoría de los sujetos declararon haber tenido noticia del Blog a través de los CARTELES (25 de 60). Este es el grupo más abundante, por encima de los inmediatamente inferiores, Facebook y el médico de cabecera. Esto indica un cierto nivel de utilidad de los CARTELES como herramienta de divulgación si bien, por desgracia, no ha conseguido su objetivo.
Sin embargo, la muestra reducida a la que nos vemos abocados por el escaso número de encuestados que CONOCÍAN el Blog hace poco fiables estas estimaciones. En términos absolutos, sin embargo, es seguro declarar que el Blog del Centro de Salud no ha conseguido alcanzar a la población objetivo durante los años que ha estado activo a pesar de haber obtenido un 8,33 de puntuación global.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0600

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Los resultados obtenidos hasta la fecha implican que debe modificarse el abordaje mediante el que anunciamos la existencia y la utilidad del Blog a la población. Se proponen varias soluciones:

- Incrementar las conexiones entre el Blog y páginas "hermanadas" en las redes sociales del barrio de San José, particularmente aquellas con contenido de interés sociosanitario o dirigidas a informar a la población.
 - Mejorar el diseño de los carteles empleados hasta la fecha, creando avisos visuales más llamativos y memorables para que la población los perciba y siga la recomendación de acceder al Blog.
 - Aportar octavillas informativas u hojas impresas con el enlace a la dirección del Blog a los profesionales de todas las consultas del Centro para ofrecerlas a los pacientes que deseen informarse sobre problemas de salud.
 - Animar a todos los profesionales del Centro de Salud a incrementar el número de pacientes a los que se les informa de la existencia del Blog.
 - Animar a todos los profesionales del Centro de Salud a informarse sobre los temas existentes en el Blog para dirigir a los pacientes a temas concretos según los requieran.
 - Animar a todos los profesionales del Centro de Salud a aportar material divulgativo para el Blog.
- Asimismo, debemos comprometernos a mantener la calidad y la frecuencia de los documentos divulgativos incluidos en el Blog.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/600 ===== ***

Nº de registro: 0600

Título
BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Autores:
FERRERAS GASCO DOMINGO, SANCHEZ CORRAL ALBA, VILARIÑO ROMERO BEATRIZ, LOPEZ COSCOJUELA JAVIER, GOMEZ FERRERUELA LAURA, MORENO MARQUEZ ROCIO, RODRIGUEZ MARCO ELENA, TORRES REMIREZ MARTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención y autocuidado de diversas patologías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La falta de educación sanitaria es una realidad que afecta a nuestro sistema de salud de innumerables maneras. Es lamentable que en la era del Internet los pacientes que buscan respuestas en la Web se ahoguen en un sinfín de páginas e información falsa carente de contenido y valor científico. Por eso nuestro Blog intenta satisfacer a la necesidad de información médica, validada y científica que tiene nuestra comunidad. Es un medio de fácil acceso por el cual los profesionales del centro de salud exponemos temas de salud de vanguardia y actividades docentes del centro para que la comunidad se vea implicada y se informe sobre estos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Promocionar las actividades docentes del Centro
- Promover la educación sanitaria en la comunidad
- Resolver dudas en cuanto a temas de salud
- Crear un vínculo virtual entre el Centro y la comunidad

MÉTODO
- Actividades: se promueven en el Blog actividades docentes dirigidas a pacientes impartidas en el Centro de Salud, así como actividades de promoción de la salud que organizan otras instituciones populares del barrio.
- Oferta de servicios: cada 15 días se cuelga un post sobre enfermedades prevalentes en nuestra población con lenguaje dirigido a la comunidad. Se revisan también los temas de fechas importantes de la salud (como el día del cáncer de mama) de forma bimensual.

INDICADORES
Haremos encuestas aleatorias a los pacientes del Centro de salud para ver si conocen el blog, qué temas les parecen de interés y si les ha sido útil. El Blog dispone de un contador de visitas de cada post para saber a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0600

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE

cuántas personas llegamos.

DURACIÓN

- El Blog nació un 14 de Noviembre de 2012 con la idea de ofrecer información actualizada a la comunidad.
- Desde entonces se publicaba en promedio un post cada mes. Hace 2 años aumentamos la cantidad y lo actualizábamos cada 15 días.
- Hemos visto un auge en las visitas desde entonces que llegan alrededor de 50,000 a fecha de mayo 2018.
- Promocionar mediante volantes, carteles y redes sociales (facebook) la existencia del Blog.

OBSERVACIONES

Hoy en día cualquier institución pública o privada que no exista en la Web simplemente no existe. Creemos fielmente que el Blog ha creado un vínculo fuerte con nuestra comunidad y que ha abierto las puertas a las actividades del centro. La posibilidad de ofrecer a la comunidad temas de salud y que llegue a tanta gente de forma tan fácil es fascinante. De momento el Blog va dando buenos resultados y creemos que se puede mejorar más.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1342

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U.APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE MARGARITA ESTEBAN ROBLEDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONED IZUEL JESUS
SEVILLA MERMEJO CONCEPCION
HERNANDEZ BOROBIO MARIA TERESA
LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU
RAMOS LORENTE MARIA
SALAZAR LEON JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este año, el EAP se ha propuesto mejorar los objetivos conseguidos en los procesos de gestión, control de almacén y botiquín, procedimientos de esterilización y desinfección, así como el control y revisión del material de urgencias y la adecuación y el ordenamiento de la medicación y materiales del carro de paradas y del maletín empleado en la atención domiciliaria urgente.
Con esta finalidad, se ha reunido el responsable y los integrantes del proyecto de mejora para replantear los objetivos, procediéndose a la distribución de las tareas de organización, colocación, reposición y revisión de los materiales del carro de paradas.
Se colocaron las hojas diseñadas para la comunicación de las incidencias surgidas en el almacén, carro de paradas, y en los procesos de esterilización, que han sido utilizadas a lo largo del año.
Se ha realizado una sesión de equipo, con el objetivo de enseñar el funcionamiento del nuevo desfibrilador que se ha instalado en el centro de salud, y comunicar al resto de integrantes del equipo, la nueva organización y distribución del material y medicación del carro de paradas. También se impartió una sesión formativa de reanimación cardiopulmonar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el mes de febrero de 2018 hasta enero de 2019, se han producido las siguientes incidencias:
- 12 en el almacén (80 %)
- 3 en botiquín (20 %)
- 0 en el carro de paradas
- 0 en esterilización
Todas las incidencias han sido solucionadas satisfactoriamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusiones se han considerado las siguientes:

- Todos los profesionales del equipo deben conocer la organización del material del carro de paradas y el correcto manejo del desfibrilador.
- Es precisa la revisión mensual de las caducidades de los materiales y fármacos.
- Los profesionales sanitarios deben comunicar a la persona responsable, el consumo de materiales y fármacos utilizados al atender una urgencia, para que se pueda realizar su reposición.
- Necesidad de una sesión anual formativa en reanimación cardiopulmonar

7. OBSERVACIONES.

Se precisa la renovación del maletín de urgencias domiciliarias, por encontrarse muy deteriorado.
Este proyecto de mejora es compartido por los dos EAP que desarrollan su actividad asistencial en el mismo de centro de salud (EAP San José Centro y EAP San José Norte)

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1342 ===== ***

Nº de registro: 1342

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UD APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1342

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U.APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II

ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, BONED IZUEL JESUS, SEVILLA MERMEJO CONCEPCION, HERNANDEZ BOROBIO MARIA TERESA, LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU, RAMOS LORENTE MARIA, SALAZAR LEON JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología en atención primaria
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Enfoque por procesos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora que comenzó el año pasado y que no se ha podido culminar por cambios en la plantilla de personal.

RESULTADOS ESPERADOS

. Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO

Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Recordatorio y puesta en marcha de los procedimientos según el cronograma.
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Julia Salazar(auxiliar clinica)/ Maria Ramos Lorente (ENF). Urgencias: Unidad básica asistencial: Jesus Boned(MF) y Concepcion Sevilla(MF)/ Arancha Laguardia (ENF) Esterilización: Julia Salazar(auxiliar clinica)/M^o Teresa Hernandez (ENF)

INDICADORES

. Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- N° de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas

DURACIÓN

Continuación desde Enero de 2018
Fin Diciembre de 2018
Formación según plan de gerencia de sector
Controles trimestrales del proyecto.
Control mensual de indicadores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1342

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U.APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0153

1. TÍTULO

ORIENTACION-FORMACION EN CUIDADOS, SOPORTE EMOCIONAL E INFORMACION DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS A CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES Y POBLACION EN GENERAL

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMEZ FERRERUELA LAURA
LOPEZ COSCOJUELA JAVIER
BECERRIL GERMAN CARMEN
DOMINGO PASCUAL CONCEPCION
LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU
NAVARRO SALDAÑA LUISA
QUIRCE SANCHEZ SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CINCO SESIONES REFERENTES A CUIDAR A OTRA PERSONA Y FACTORES RELACIONADOS, ASPECTOS Y MOTIVOS DEL CUIDADO, AYUDA Y PROMOCIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ...APRENDER ACUIDARSE, RECURSOS SOCIALES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

AUMENTO DEL APOYO A LOS CUIDADORES Y PACIENTES DEPENDIENTES. AUMENTO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS SOCIOSANITARIOS A LAS PERSONAS DEPENDIENTES. CONTINUIDAD DE CUIDADOS POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

SE OBSERVA MENOR INCIDENCIA EN LA APARICIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN. MEJORA EN LAS RELACIONES DE LOS CUIDADORES CON LOS PROFESIONALES DEN CENTRO DE SALUD.
LOS PARTICIPANTES MANIFIESTAN UN ALTO NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LAS ACTIVIDADES.

7. OBSERVACIONES.

ESTE AÑO HA COSTADO MAS CONFORMAR EL GRUPO DADO QUE HAN APARECIDO OFERTAR DE ACTIVIDADES SIMILARES EN CENTROS DE DÍA Y CENTROS DE TERCERA EDAD DE LA ZONA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/153 ===== ***

Nº de registro: 0153

Título
ORIENTACION-FORMACION EN CUIDADOS, SOPORTE EMOCIONAL E INFORMACION DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS A CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES Y POBLACION EN GENERAL

Autores:
BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD, GOMEZ FERRERUELA LAURA, LOPEZ COSCOJUELA JAVIER, BECERRIL GERMAN CARMEN, DOMINGO PASCUAL CONCEPCION, LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU, NAVARRO SALDAÑA LUISA, QUIRCE SANCHEZ SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dependiente/pluripatologías
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la Calidad de vida

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Educación par la Salud y la atención cumunitaria es un pilar fundamental dentro de la Atención Primaria, formando parte de su cartera de servicios.
Cada vez más, la población en general demanda una atención comunitaria desde la perspectiva de la prevención y la promoción de la salud.
La creación de una agenda comunitaria dará visibilidad a las distintas acciones e iniciativa que se realizan por distintos profesionales, ayuda a fomentar la participación ciudadana en temas de salud y a generar entornos y estilos de vida saludables.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0153

1. TÍTULO

ORIENTACION-FORMACION EN CUIDADOS, SOPORTE EMOCIONAL E INFORMACION DE RECURSOS SOCIO-SANITARIOS A CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES Y POBLACION EN GENERAL

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.
Mejorar la calidad de los cuidadores
Hacer una utilización racional de los recursos socio-sanitarios

MÉTODO

Se realizarán seis sesiones formativas por medio de talleres desde febrero a junio de 2019

INDICADORES

Aumento de los conocimientos y habilidades en el cuidado.
Que la satisfacción de los asistentes a los talleres este en un valor de 4 sobre 5 (se mide por medio de encuestas al inicio y final de la actividad)

DURACIÓN

Febrero -junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0597

1. TÍTULO

TALLERES DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDOS A LA POBLACION DE SAN JOSE NORTE Y CENTRO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ROCIO MORENO MARQUEZ
· Profesión MIR
· Centro CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRES REMIREZ MARTIN
RODRIGUEZ MARCO ELENA
RODRIGUEZ ELENA LORENA
ALCOBER PEREZ CARLOS
GONZALEZ PEREZ ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante mayo y junio se crea un grupo de trabajo encargado de poner en marcha el proyecto. Se decide población diana (personas entre 18-65 años pertenecientes al barrio de San José), contenido de los talleres, ideas claves y objetivos a alcanzar tras su realización. Se elaboró una encuesta de satisfacción (10 preguntas) para que los participantes rellenaran a la finalización de los talleres.

Durante julio y agosto se hace difusión de los talleres mediante carteles en el Centro de Salud, informando a los pacientes en la propia consulta, carteles en lugares estratégicos del barrio y difusión a través de redes sociales.

Entre los meses de septiembre y octubre se llevan a cabo en el Centro de Salud 8 talleres con frecuencia semanal. Para su realización se utilizaron 3 maniqués (un adulto, un escolar y un lactante) y el DEA disponible en el Centro de Salud. Sobre una pizarra se escribía, explicaba y practicaba el algoritmo básico. El contenido de los talleres se basó en las últimas recomendaciones de la AHA.

Ampliación de los talleres a noviembre, diciembre y enero debido a la demanda generada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras haber impartido el taller durante los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre el resultado que se ha obtenido ha sido muy positivo, por lo que se decide realizar dos talleres más en enero. Se han llevado a cabo los objetivos planteados, resaltando la importancia de detectar precozmente una parada cardiorrespiratoria y cómo actuar ante ella.

En cada taller estuvieron de 2 a 5 residentes MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, pertenecientes al Centro de Salud San José Norte y Centro.

Los indicadores de evaluación y los resultados obtenidos han sido los siguientes:

A.-Grado de satisfacción de los participantes valorado mediante una encuesta compuesta de 10 preguntas con una escala del 1 al 5 de tipo ascendente. Objetivo > 4

En las encuestas entregadas en los talleres se han obtenido una media de >4.8/5 (>97.5%) de satisfacción.

B.-Porcentaje de asistentes: N° de asistentes / N° asistentes previstos. Objetivo >80%

66 asistentes en total/ 80 asistentes previstos en el total: 82.5% de asistencia.

C.-Porcentaje de técnica adecuada: porcentaje de asistentes que realizan las maniobras de forma correcta / total de participantes. Objetivo >90%

Todos los participantes han podido practicar las técnicas y maniobras impartidas con buen resultado final, siendo prácticamente el 100% de ellos los que la han realizado de forma correcta.

D.- Número de reuniones previas del equipo organizativo: actas de las 4 reuniones que se realizaron. Objetivo: los 4 responsables asistir al 75% de las reuniones.

Finalmente los responsables organizadores asistieron al 68.75% de las reuniones celebradas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El tema del taller que hemos realizado era un tema que nos motivaba al equipo encargado y que veíamos necesario para dar a conocer a la población de nuestro barrio, debido a la importancia de identificar una parada cardiorrespiratoria por la gravedad de la situación.

Con los resultados obtenidos tras la realización del proyecto, se puede concluir que la población del barrio de San José tiene interés y se muestra receptiva a recibir formación sobre la RCP.

El acceso a estos talleres debería ser universal por la importancia que tiene saber realizar correctamente las maniobras de RCP.

Debido a la demanda, por la población interesada en RCP, y a la buena experiencia, tanto de los docentes como de los participantes, se tiene intención de seguir impartiendo en el futuro. Por ello, se preservará este tipo de acción comunitaria en el tiempo.

La aplicabilidad de este proyecto puede reproducirse en otros centros de salud. Por tanto, se pueden poner en práctica estos talleres en los distintos barrios de Zaragoza para que todas las personas, sanitarias o no, puedan reconocer una parada, actuar ante ella y así salvar una vida.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0597

1. TÍTULO

TALLERES DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDOS A LA POBLACION DE SAN JOSE NORTE Y CENTRO

7. OBSERVACIONES.

El desarrollo del taller en general ha sido satisfactorio. La mayor dificultad que se ha encontrado ha sido la difusión de los talleres, puesto que en las consultas la mayor parte de los usuarios son de edad avanzada que no serían capaces de hacer estas técnicas o que no tenían interés para aprender sobre ellas, por lo que se tuvo que recurrir a redes sociales y a otros medios (carteles y folletos pegados en las puertas, paredes del centro de salud y en comercios del barrio) para dar a conocer estos talleres no solo a la población usuaria del centro sino también al resto de vecinos del barrio. Otro aspecto negativo encontrado fue la falta de asistencia a los talleres tras haber hecho reserva de plaza. Para solventarlo se llamaba por teléfono a los participantes los días previos para recordarles el taller.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/597 ===== ***

Nº de registro: 0597

Título
TALLERES DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDOS A LA POBLACION DE SAN JOSE NORTE Y CENTRO

Autores:
MORENO MARQUEZ ROCIO, TORRES REMIREZ MARTIN, RODRIGUEZ MARCO ELENA, RODRIGUEZ ELENA LORENA, ALCOBER PEREZ CARLOS, GONZALEZ PEREZ ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Situaciones de emergencia
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde los equipos de atención primaria de San José Norte y San José Centro se planea impartir a la población de la ZBS, talleres teórico-prácticos sobre reanimación cardiopulmonar básica, uso de desfibrilador externo automático (DEA) y primeros auxilios. La idea principal es proporcionar conocimientos y habilidades básicas necesarias para identificar una situación de emergencia y realizar una primera asistencia, ya que el inicio precoz de las maniobras de reanimación pulmonar está ligado a una mayor supervivencia y mejor pronóstico en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Proporcionar conocimientos anatómicos básicos.
- Reconocer con rapidez situaciones de emergencia
- Enseñar protocolo adecuado de actuación
- Entrenar maniobras de RCP básicas y uso de DEA.
- Entrenar en maniobras para socorrer un atragantamiento.
- Resaltar importancia del trabajo en equipo para mejorar el pronóstico y supervivencia.

MÉTODO

- Creación grupo de trabajo con personal sanitario del centro.
- Determinar población diana.
- Establecer objetivos docentes.
- Elaborar contenido teórico y práctico para impartirlo en cada taller.
- Conseguir recursos materiales necesarios para el desarrollo del taller.
- Estudio de resultados con encuesta de satisfacción.

INDICADORES

- Grado de satisfacción de los participantes valorado mediante una encuesta con una escala del 1 al 5.
- Objetivo > 4
- Porcentaje de asistentes: Nº de asistentes / Nº asistentes previstos. Objetivo >80%
- Porcentaje de técnica adecuada: porcentaje de asistentes que realizan las maniobras de forma correcta / total de participantes. Objetivo >90%

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0597

1. TÍTULO

TALLERES DE REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDOS A LA POBLACION DE SAN JOSE NORTE Y CENTRO

- Mayo 2019: creación equipo de trabajo y planteamiento del proyecto.
- Julio 2019: revisión bibliografía y determinación de los objetivos.
- Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre: Impartición de los talleres.
- Enero 2020: Estudio de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0911

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ CENTRO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LALANA JOSA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA
MORENO MARQUEZ ROCIO
HAMMONS SANCHEZ CARLOS
HERNAIZ CALVO LUIS
CELIX ARIAS LAURA
ALLUE DIESTE EVA
VILLARROYA VILLAGRASA RICARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas. El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrandolo en los esfuerzos en la reducción de su prescripción de cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP SAN JOSÉ CENTRO, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrandolo en el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

- Abordaje de infecciones respiratorias: 9 ABRIL 2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: 24 JUNIO 2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.

En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.

En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0911

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ CENTRO

antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 2 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.

Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

• En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en este proyecto. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitantes día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 13,4, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 14,77).

o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación. En diciembre 2018 el valor era 3.20% siendo en diciembre 2019 de 2.7% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos:

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

• El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron 3.20%.

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 2.7%.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.

Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0911

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ CENTRO

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas. Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias. Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones. Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/911 ===== ***

Nº de registro: 0911

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE CENTRO

Autores:
LALANA JOSA MARIA PILAR, ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, MORENO MARQUEZ ROCIO, HAMMONS SANCHEZ CARLOS ENRIQUE, HERNAIZ CALVO LUIS, CELIX ARIAS LAURA, ALLUE DIESTE EVA, VILLARROYA VILLAGRASA RICARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Optimizacion de antibioticos en infecciones urinarias y respiratorias en Atencion Primaria
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las resistencias a los antibióticos (ATB), supone un importante problema de salud pública. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países. El uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales causantes del problema. En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11. Los antibióticos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso son las quinolonas, las cefalosporinas de tercera generación y los macrólidos. La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Han probado su eficacia en utilizar mejor los ATB la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc. A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea. En el EAP SAN JOSÉ CENTRO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 2,7 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0911

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ CENTRO

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA. Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP

INDICADORES

- Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
 - o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
 - Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
 - o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
 - Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
 - Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): $\text{DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD)} / \text{DDD antibióticos (J01)} \times 100$
Valor 2018: 2,7 %
Objetivo 2019: =2,0%
- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 59,38 %
Objetivo 2019: Disminuir
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 22,27 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

- Marzo-Julio: Dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
- Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
- Revisión de los pacientes con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1304

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LALANA JOSA
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ COSCOJUELA JAVIER
MORENO MARQUEZ ROCIO
TORRES REMIREZ MARTIN
HAMMONDS SANCHEZ CARLOS ENRIQUE
HERNAIZ CALVO LUIS
CELI ARIAS LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:

1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a M^a Pilar Lalana Josa como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.

2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA "De la teoría a la acción: un paso adelante" celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas las políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.

3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.

En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.

Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.

Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.

En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de "Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP".

Esta información se difundió al equipo 18 septiembre 2018.

La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:

- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.

- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada "Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón"

M^a Pilar Lalana Josa impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 19 de diciembre de 2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1304

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzados en nuestro equipo han sido los siguientes:

- Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.

Esa persona es M^a Pilar Lalana Josa, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II

Resultado 2018: SI

- El día 19 de diciembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 96 % del equipo.

Estándar: 80%

Resultado 2018: 96%

- Se han realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.

o Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón

- Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.

De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre.

El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.

En San Jose Centro el indicador seleccionado fue:

- Consumo de cefalosporinas de 3^a generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3^a generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100

Valor 2017: 2,9 %

Objetivo 2018: =2,3%

Resultado 2018: 2.5%

Este resultado muestra un descenso 0,4 puntos por debajo del valor obtenido en el año 2017, aunque ligeramente superior al objetivo marcado, este descenso es el resultado del trabajo de todo el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos de amplio espectro, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, con lo cual consideramos finalizado este proyecto.

La disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como la guía de tratamiento antibiótico empírico permitirá plantear un nuevo proyecto en el año 2019 con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.

Limitaciones:

Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas. Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1304 ===== ***

Nº de registro: 1304

Título
INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
LALANA JOSA MARIA PILAR, LOPEZ COSCOJUELA JAVIER, MORENO MARQUEZ ROCIO, TORRES REMIREZ MARTIN, HAMMONS SANCHEZ CARLOS ENRIQUE, HERNAIZ CALVO LUIS, CELIX ARIAS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1304

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Otro Tipo Patología: Uso racional de antibioticos
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas. En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos. A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN). Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria. Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SAN JOSÉ CENTRO se considera una oportunidad de mejora trabajar para disminuir la prescripción de cefalosporinas de 3º generación respecto al total de antibióticos, ya que en los tres últimos años se vienen registrando valores superiores a la media del sector.

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO

1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES

- Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
- Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
- Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
 - Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
 - Valor 2017: 2,9 %
 - Objetivo 2018: =2,3%

DURACIÓN

Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1304

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0410

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA EN PACIENTES CON ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SAN JOSÉ CENTRO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE AINHOA BARTUMEUS BARTOLOME
• Profesión PSICOLOGO/A
• Centro CS SAN JOSE CENTRO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA
BLASCO TOMAS MARIA ISABEL
URDANIZ SANCHO JUAN
ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
SANZ CARRILLO CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Este proyecto de mejora de la calidad asistencial fue pensado para iniciarse el mes de abril y llevarse a cabo durante 1 año. La idea era realizar dos actividades grupales durante el primer semestre del año y otra durante el segundo. El motivo de dicha planificación es la dificultad encontrada en el reclutamiento o adherencia de los pacientes a las actividades grupales desarrolladas durante el periodo estival.

- Tal y como estaba previsto durante el pasado año 2019 se llevaron a cabo 2 Grupos de entrenamiento en relajación muscular progresiva. Uno se realizó durante los meses de abril y mayo y el segundo en los meses de octubre y noviembre. La última semana del mes de enero ha dado inicio el tercer grupo que finalizará a finales del mes de marzo. El reclutamiento de los pacientes se realizó desde las consultas de psiquiatría y psicología clínica de nuestra unidad de Salud Mental de San José siendo ofertado a pacientes que reúnen los siguientes criterios: presencia de clínica ansiosa elevada a nivel fisiológico, aceptación de la participación en una terapia de grupo, compromiso de asistir de forma regular a las 8 sesiones que dura la actividad y de efectuar la práctica diaria de la técnica enseñada en su domicilio, ausencia de alguna patología orgánica que contraindique la realización de tensión muscular.

- La actividad grupal se llevó a cabo durante 8 sesiones de 1 hora de duración y de frecuencia semanal (concretamente los lunes de 13:00 a 14:00 horas). Se realizó en formato grupal en la sala multiusos del Centro de AP "San José Centro". Como recursos humanos se requirió al personal de enfermería de la unidad y como recursos materiales una sala amplia con esterillas y sillas para los asistentes. En las instrucciones previas se les aconsejó a los pacientes el acudir con ropa cómoda para facilitar el adecuado desarrollo de la actividad.

- El contenido de las sesiones consiste en una primera sesión de presentación donde se informa del contenido y objetivo de la actividad, se ajustan expectativas de los pacientes y se presentan técnicas de respiración (torácica y diafragmática). Las sesiones restantes se centran en el aprendizaje y puesta en práctica de la Técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson. Dicha técnica consiste en adquirir la habilidad de tensar y relajar los distintos grupos musculares. Se empieza por 16 grupos musculares y progresivamente se van reduciendo hasta llegar a 4. Tiene por objetivo que el paciente sea capaz de discriminar los estados de tensión y relajación, tal y como aparecen en la vida diaria, y de ser capaz de mostrar un mejor manejo de los mismos al poder aplicar la relajación muscular de forma voluntaria. Esto le permite tener una mayor seguridad y sensación de control, contrarrestando de este modo la base de los trastornos de ansiedad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- En los dos grupos realizados durante el año 2019 fueron derivados un total de 22 pacientes (10 y 11 respectivamente). Para el grupo que se acaba de iniciar se cuenta con 7 personas. De los 21 pacientes reclutados para los grupos del 2019, 13 consiguieron adherirse a la actividad (asistencia a 4 o más sesiones), 2 no llegaron a iniciarla y 6 la abandonaron antes de su finalización. El motivo de los abandonos se debió a: cuestiones psicosociales (1), descompensación de su psicopatología de base (4) y empeoramiento de patología orgánica (1).

- Uno de los objetivos planteados en el proyecto consistía en comprobar el efecto de la práctica regular de la Técnica de RMP en la mejora de la salud física, en concreto en la tensión arterial. Para ello decidimos seleccionar, de entre los pacientes incluidos en el proyecto, aquéllos que tenían un diagnóstico de Hipertensión Arterial y comprobar las variaciones que se habían producido en dicha medida al finalizar el mismo. Para valorar dicha variable recogimos la información registrada en el OMI a través de los controles efectuados desde el equipo de AP de referencia. Finalmente esta variable no pudo ser valorada ya que de los 21 pacientes seleccionados los dos únicos que presentaban un diagnóstico de Hipertensión Arterial no llegaron a completar con éxito la actividad (1 no incorporación y 1 abandono).

- Otro de los indicadores de evaluación se centró en la percepción de los pacientes con dicha actividad. A aquellos que se adhirieron a la misma se les realizó meses después de su finalización una encuesta de satisfacción y del grado de eficacia de la técnica aprendida para reducir la ansiedad. Dicha valoración consistió en una escala tipo Likert (1. Nada satisfecho 2. Poco satisfecho 3. Bastante satisfecho 4. Muy satisfecho; 1. Nada eficaz 2. Poco eficaz 3. Bastante eficaz 4. Muy eficaz). De las 13 personas que se adhirieron al proyecto se 11 contestaron a dicha encuesta de valoración no pudiendo contactar con dos de ellas. El grado de satisfacción con la actividad realizada fue muy elevada (media: 3,8), siendo ligeramente inferior el grado de eficacia percibida (media: 3,05).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0410

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA EN PACIENTES CON ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SAN JOSÉ CENTRO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Consideramos que sería pertinente mantener de forma regular la realización de un Taller de Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva (RMP) ya que se trata de un recurso valorado de forma muy satisfactoria por los pacientes.
- Una de las principales limitaciones que planteaban desde el punto de vista de la técnica enseñada se relacionaba con la dificultad de generalización y de mantener a lo largo del tiempo la práctica de dicha técnica de forma habitual en su rutina diaria. Consideramos que una opción de mejora de dicho aspecto podría relacionarse con la realización de grupos de recuerdo.
- Uno de los objetivos que nos planteamos con el desarrollo de dicho proyecto consistía en la valoración de la repercusión que la práctica habitual de la RMP tenía en alteraciones fisiológicas como la tensión arterial. El criterio de cuantificar dicha medida exclusivamente en los pacientes con diagnóstico de HTA ha impedido realizar una valoración de dicho parámetro dada la escasez de pacientes que lo padecían (2 de los 21 incluidos). Como posible solución a dicho problema nos planteamos la conveniencia de medir dicho parámetro en todas las personas asistentes a la actividad. Otra solución alternativa podría consistir en seleccionar otro parámetro como indicador del grado de repercusión de la práctica de la técnica en la salud física.

7. OBSERVACIONES.

- El cambio de personal de la unidad y las ausencias en periodos vacacionales u otros permisos ha podido influir en el desarrollo de este proyecto. Planteamos que la elaboración de un material específico podría facilitar su mejor y más adecuada implementación.
- En ocasiones resulta difícil reclutar el número mínimo de pacientes que se considera oportuno para iniciar un grupo. Planteamos que una posible solución a dicho problema podría ser proponerlo a aquellos pacientes que solicitaran la realización de grupos de recuerdo.
- Para futuras ediciones podría ser conveniente la utilización de indicadores tanto subjetivos como objetivos para valorar la eficacia de la técnica enseñada.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/410 ===== ***

Nº de registro: 0410

Título
ENTRENAMIENTO EN RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA EN PACIENTES CON ANSIEDAD E HIPERTENSION ARTERIAL Y EVALUACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO

Autores:
BARTUMEUS BARTOLOME AINHOA, FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, URDANIZ SANCHO JUAN, BLASCO TOMAS MARIA ISABEL, ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, SANZ CARRILLO CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El entrenamiento en relajación es un conjunto de procedimientos que se dirigen concretamente a controlar y devolver a la homeostasis.
Es conocido que la ansiedad está vinculada tanto al malestar emocional, como a diversas alteraciones fisiológicas de amplio espectro, que abarcan desde la tensión muscular y los dolores de cabeza a los trastornos cardíacos y cáncer.
Jacobson demostró que después del entrenamiento en relajación se produce un descenso de la tasa de pulso y de la presión sanguínea y también del malestar emocional. Según describe, los procedimientos de relajación se pueden

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0410

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA EN PACIENTES CON ANSIEDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA SAN JOSÉ CENTRO

utilizar con un fin en sí mismos, o como parte de procedimientos más complicados. Puede utilizarse dentro de la situación de terapia o en un medio extra-terapéutico como una respuesta que compite con las situaciones de stress y ansiedad.

RESULTADOS ESPERADOS

Se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta técnica en cualquier ámbito de su vida como fin o como medio. El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular, aprender a discriminar la tensión y la relajación y conseguir reducir las cifras de tensión arterial. Influidando positivamente en mejorar su calidad de vida.

MÉTODO

Se realizaran una sesión a la semana durante ocho semanas por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajación todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda.

INDICADORES

Previamente a comenzar la relajación se cuantificaran datos de tensión arterial que se volverán a registrar al finalizar el programa. Se les pasara una escala Likert de autorregistro de nivel de ansiedad pre y postrelajación. Al finalizar el proyecto se les repartirá un cuestionario de satisfacción.

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

DURACIÓN

El proyecto tiene una duración anual comenzando el día 1 de abril de 2019 primera sesión y finalizando previsiblemente en abril de 2020. Ocho lunes consecutivos durante media hora practica de relajación dirigida. Al finalizar se realizará el control de tensión arterial a cada paciente y valoración de las escalas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL PASCUAL LABORDA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANIA LOBERA ANA MARIA
GRACIA GARCIA MARIA ELENA
GRASA SORO MARIA TERESA
JORDAN PRIETO PILAR CRISTINA
LAZARO MARTINEZ CONCEPCION
MARIN LAGRABA MARIA JOSEFA
SORANDO ARRAZOLA JUANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tomando como punto de partida los datos de 2016 y aplicando aquellos puntos de mejora propuestos para 2017 (lo que se ha producido desde el día 17 de febrero), establecer su comparación con el ejercicio anterior, siguiendo la misma fórmula y parámetros de medición.
Reuniones trimestrales de la unidad administrativa, información periódica en las reuniones del EAP, información del proyecto en el Consejo de Salud. Reuniones con la responsable de Calidad del EAP.
No se han empleado recursos específicos o extraordinarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ALTAS DE PACIENTES: destacar la disminución de peticiones sin respuesta y de aquellos que no disponen de ningún tipo de HC. También el poco uso de los albaranes de entrega y recepción de HC.

En cuanto al tiempo de respuesta, casi un 60% lo hacen en un tiempo inferior a 10 días, pero consideramos que el plazo máximo debería ser inferior a 30 días, incluso para aquellas que se solicitan a otras gerencias de Aragón u otras comunidades autónomas.

El porcentaje de historias recibidas entre uno y diez días desde la petición, ha pasado del 55,52% (2016) al 59,91% (2017).

BAJAS DE PACIENTES: por nuestra parte, el no dejar ninguna solicitud sin respuesta, nos parece prioritario.

En 2016 nos parecía que más de un 71% en el plazo de envío entre 1 - 10 días y de un 87% antes de 30 días, era un resultado adecuado, pero deberíamos tender a conseguir un porcentaje todavía mayor en dicho periodo, superior al 95%. En 2017 se ha conseguido más de un 97% para un periodo inferior a 10 días y más de un 99% antes de 30 días. De las 984 historias enviadas antes de 10 días, 835 lo hicieron en el mismo día en que nos llegó la petición y 101 al día siguiente (teniendo en cuenta que el nuevo protocolo no entró en funcionamiento hasta el 17 de febrero), lo que sin duda debe considerarse un buen resultado, todavía mejorable en 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El no retorno de casi un centenar de albaranes, resulta un tanto desalentador, ya que si bien el acompañar con ellos las HC depende de los otros centros, el no devolver los que enviamos nosotros puede ser incluso un signo de mala educación. A éste respecto, creemos que (a pesar de haberlo hecho con anterioridad) la Dirección de Área debería recordarlo periódicamente al resto de centros, incluso de distintas áreas y comunidades autónomas.

La correcta cumplimentación de todos los datos en el formulario de solicitud de HC, principalmente los que afectan a la identidad del usuario y al médico anterior, evitan trabajo y tiempo a quienes reciben la petición. Existiendo la posibilidad de hacerlo mediante una planilla informática, el cumplimentarlos a mano (incluso por el propio usuario) y a veces con mala letra, no ayudan precisamente a la deseada fluidez.

Los datos obtenidos en el periodo 2018 (primero de aplicación al completo del nuevo protocolo), deberían confirmar y justificar que se está trabajando en la buena dirección.

7. OBSERVACIONES.

Esta memoria se confeccionó en julio de 2018.

Si fuera posible enviar un documento en el que se incluyeran tablas y gráficos, se vería con mayor claridad los resultados y avances obtenidos, sobre todo en la memoria final del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/194 ===== ***

Nº de registro: 0194

Título
CONTROL DEL PROCESO Y MEJORA DEL TIEMPO DE RESPUESTA, EN EL TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS INTERCENTROS

Autores:
PASCUAL LABORDA MIGUEL ANGEL, ANIA LOBERA ANA MARIA , GRACIA GARCIA MARIA ELENA, GRASA SORO MARIA TERESA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

JORDAN PRIETO PILAR CRISTINA, LAZARO MARTINEZ CONCEPCION, MARIN LAGRABA MARIA JOSEFA, SORANDO ARRAZOLA JUANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No patología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Manejo documentación

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Conscientes de la importancia de la Historia Clínica (en adelante HC) de los usuarios, dentro del sistema sanitario en el que nos encontramos, el Equipo de Admisión de éste CS se ha marcado como objetivo para los años 2016-2019, el control exhaustivo en las peticiones por alta o baja, así como los tiempos de respuesta. El método utilizado desde el año 2014 (y con anterioridad, pero sin estar plasmado en un documento específico) es en nuestra opinión un buen sistema, que nos permite seguir la ruta de la HC "física", tanto en altas como en bajas de nuestro CS, pero hemos detectado gracias a la estadística del año 2016, puntos mejorables que se han puesto en marcha en 2017 y se confirmarán en 2018-2019.

Conscientes de que por nuestra parte poco podemos hacer respecto a las HC que solicitamos por nuevas altas en nuestro centro, las acciones se centrarán principalmente en las HC de los pacientes que causan baja en éste CS por traslado a otros.

Hemos detectado que la mayoría de retrasos se producen por la pérdida del documento de petición, una vez que se les pasa a los médicos. Bien por quedarse traspapelado o simplemente desaparecer, no son devueltos al servicio de admisión.

El primer punto de mejora, es el repaso sistemático de peticiones que están sin respuesta, después de 30 días. Ya se realiza desde el último trimestre de 2016.

En segundo lugar y tras pedir información a otros centros sobre qué circuito utilizan para dichas peticiones, parece más acertada la opción de que los médicos suscriban un permiso para que sea el propio servicio de admisión el que gestione totalmente dicho envío.

Con ocasión de traslados o cambios de facultativos y la lógica limpieza de lo acumulado en las consultas, han aparecido peticiones que llevaban allí incluso varios meses.

Otro punto en el que se han detectado fallos, es que la documentación a enviar, salía mezclada con otros documentos para archivar, que solo se detecta al ordenar estos, lo que a pesar de la frecuencia, no permite hacerlo de forma diaria.

La correcta cumplimentación de todos los datos en el formulario de solicitud de HC, principalmente los que afectan a la identidad del usuario y al médico anterior, evitan trabajo y tiempo a quienes reciben la petición. Existiendo la posibilidad de hacerlo mediante una planilla informática, el cumplimentarlos a mano y a veces con mala letra, no ayudan precisamente a la deseada fluidez.

RESULTADOS ESPERADOS

Un mayor control individualizado de la HC en cada fase del traslado, así como la mejora en el tiempo de respuesta para que dichas HC estén disponibles para los profesionales sanitarios (y propios usuarios), a la mayor brevedad. Optimizar los recursos humanos y materiales, sin que impliquen una sobrecarga de trabajo para ninguna categoría profesional.

Recordar a todos los miembros del equipo de admisión, la correcta utilización de los registros de altas y bajas, así como consignar los datos de forma clara y ordenada. Ello también facilitará la posterior confección de la estadística.

Dichas mejoras implican a todo el equipo de admisión, pero también a profesionales médicos y -por qué no- a otros equipos de admisión y áreas de dirección.

MÉTODO

Reuniones de la unidad administrativa de nuestro CS con el resto de profesionales, específicas o incluyendo el tema en el orden del día de las reuniones de equipo.

Difusión entre otros Centros de Salud y oferta de los métodos seguidos por si quieren poner en marcha algo similar.

INDICADORES

7.1.- ALTAS DE PACIENTES

- * Número de Historias Clínicas que hemos solicitado (100%)
- * Comunican que no tienen HC física ni OMI (%)
- * Anuladas, duplicadas, erróneas u otros (%)
- * Recibidas en el plazo de entre 1 - 10 días (%)
- * Recibidas en el plazo de entre 11 - 20 días (%)
- * Recibidas en el plazo de entre 21 - 30 días (%)
- * Recibidas en plazo superior a 30 días (%)
- * Recibidas en plazo superior a 60 días (%)
- * Sin respuesta (%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

- * Acompañan albarán (%)
- * Sin albarán (%)

- 7.2.- BAJAS DE PACIENTES
- * Número de Historias Clínicas que nos han sido solicitadas (100%)
- * Sin HC física ni OMI (%)
- * Anuladas, duplicadas, derivadas a otros o erróneas (%)
- * Enviadas en el plazo de entre 1 - 10 días (%)
- * Enviadas en el plazo de entre 11 - 20 días (%)
- * Enviadas en el plazo de entre 21 - 30 días (%)
- * Enviadas en plazo superior a 30 días (%)
- * Enviadas en plazo superior a 60 días (%)
- * Sin respuesta (%)
- * Albaranes emitidos (%)
- * Albaranes devueltos (%)

Evaluación anual de los resultados en el periodo 2016-2017 y trimestral en el periodo 2018-2019. Los resultados obtenidos en la estadística de 2016, deben ser matizados ya que la simple enumeración o cuantificación, también podría ofrecer resultados erróneos.

Evaluación final del proyecto, memoria y exposición.

DURACIÓN

Tres años, de 2017 a 2019. Inicio en enero 2017 y finalización en marzo de 2019.

Evaluación, revisión y corrección en diciembre 2017, marzo 2018, junio 2018, septiembre 2018, diciembre 2018 y marzo 2019.

Conclusiones y redacción de la memoria en mayo 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL PASCUAL LABORDA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANIA LOBERA ANA MARIA
GRACIA GARCIA MARIA ELENA
GRASA SORO MARIA TERESA
JORDAN PRIETO PILAR CRISTINA
LAZARO MARTINEZ CONCEPCION
MARIN LAGRABA MARIA JOSEFA
SORANDO ARRAZOLA JUANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Conscientes de la importancia de la Historia Clínica (en adelante HC) de los usuarios, dentro del sistema sanitario en el que nos encontramos, el Equipo de Admisión de éste CS se ha marcado como objetivo para los años 2016 a 2018, el control exhaustivo en las peticiones por alta o baja, así como los tiempos de respuesta.

El método utilizado desde el año 2014 (y con anterioridad, pero sin estar plasmado en un documento específico), siendo en nuestra opinión un buen sistema que nos permite seguir la ruta de la HC "física", tanto en altas como en bajas de nuestro CS, hemos detectado gracias a la estadística del año 2016, puntos mejorables que deberían ponerse en marcha en 2017 y confirmar en 2018.

Dichas mejoras implican a todo el equipo de admisión, pero también a profesionales médicos y -por qué no- a otros equipos de admisión y áreas de dirección.

Los resultados obtenidos en las estadísticas de 2016, 2017 y 2018, deben ser matizados ya que la simple enumeración o cuantificación, también podría ofrecer una visión errónea, lo que intentaremos hacer en el capítulo de conclusiones.

El objetivo final es el control total individualizado de cada HC en cada fase del traslado, así como la mejora en el tiempo de respuesta para que dichas HC estén disponibles para los profesionales sanitarios, a la mayor brevedad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De estos resultados, habría que destacar la semejanza de resultados entre los tres periodos anuales estudiados y también el poco uso de los albaranes de entrega y recepción de HC.

En cuanto al tiempo de respuesta, casi un 60% lo hacen en un tiempo inferior a 10 días, pero consideramos que el plazo máximo debería ser inferior a 30 días, incluso para aquellas que se solicitan a otras gerencias de Aragón u otras comunidades autónomas. Por nuestra parte, el no dejar ninguna solicitud sin respuesta, nos parece prioritario.

El no retorno de casi un centenar de albaranes, resulta un tanto desalentador, ya que si bien el acompañar con ellos las HC depende de los otros centros, el no devolver los que enviamos nosotros puede ser incluso un signo de mala educación. A éste respecto, creemos que (a pesar de haberlo hecho con anterioridad) la Dirección de Área debería recordarlo periódicamente al resto de centros, incluso de distintas áreas y comunidades autónomas.

En 2016 nos parecía que más de un 71% en el plazo de envío entre 1 - 10 días y de un 87% antes de 30 días, era un resultado adecuado, pero deberíamos tender a conseguir un porcentaje todavía mayor en dicho periodo, superior al 95%. En 2017 se consiguió más de un 97% para un periodo inferior a 10 días y más de un 99% antes de 30 días.

De las 984 historias enviadas en 2017 antes de 10 días, 835 lo hicieron en el mismo día en que nos llegó la petición y 101 al día siguiente, lo que sin duda se consideró un buen resultado, todavía mejorable en 2018.

De las 896 historias enviadas en 2018 antes de 10 días, 891 lo hicieron en el mismo día en que nos llegó la petición y cinco al día siguiente.

La correcta cumplimentación de todos los datos en el formulario de solicitud de HC, principalmente los que afectan a la identidad del usuario y al médico anterior, evitan trabajo y tiempo a quienes reciben la petición. Existiendo la posibilidad de hacerlo mediante una planilla informática, el cumplimentarlos a mano (incluso por el propio usuario) y a veces con mala letra, no ayudan precisamente a la deseada fluidez.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conscientes de que por nuestra parte poco podemos hacer respecto a las HC que solicitamos por nuevas altas en nuestro centro, las acciones se han centrado principalmente en las HC de los pacientes que causan baja en éste CS por traslado a otros.

Hemos detectado que la mayoría de retrasos se producían por la pérdida del documento de petición, una vez

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

que se les pasa a los médicos. Bien por quedarse trasapelado o simplemente desaparecer, no son devueltos al servicio de admisión. Con ocasión de traslados o cambios de facultativos y la lógica limpieza de lo acumulado en las consultas, han aparecido peticiones que llevaban allí incluso varios meses.

El primer punto de mejora, fue el repaso sistemático de peticiones que estaban sin respuesta, después de 30 días.

En segundo lugar y tras pedir información a otros centros sobre qué circuito utilizaban para dichas peticiones, nos pareció más acertada la opción de que los médicos suscribieran un permiso para que fuera el propio servicio de admisión el que gestionase totalmente dicho envío. Para ello, se solicitó incluir éste punto en una reunión de equipo, en la que quedó aprobado.

Otro punto en el que se detectaron fallos, era que la documentación a enviar, salía mezclada con otros documentos para archivar, lo que solo se detectaba al ordenar estos, lo que a pesar de la frecuencia, no permitía hacerlo de forma diaria. Una vez logrado el cambio propuesto en el punto anterior, éste problema prácticamente ha desaparecido.

Además, se sigue evaluando la posibilidad de incluir al pie de los albaranes, una leyenda con la importancia de que dicho documento de entrega, sea cumplimentado y devuelto en forma y plazo.

Por último, recordar a todos los miembros del equipo de admisión, la correcta utilización de los registros de altas y bajas, así como consignar los datos de forma clara y ordenada. Tomando como punto de partida los datos de 2016 y aplicando aquellos puntos de mejora propuestos para 2017 (lo que se ha producido desde el día 17 de febrero), establecer su comparación con el ejercicio anterior, siguiendo la misma fórmula y parámetros de medición.

Sin aplicar grandes cambios respecto a éste plan de actuación, se repitió el estudio en el año 2018, comparando su resultado con los dos años anteriores.

Todo ello queda plasmado en el presente documento.

7. OBSERVACIONES.

CS SAN JOSE NORTE Y CENTRO

Sería interesante el poder enviar un documento en el que se incluyeran gráficos, para un mejor análisis y comprensión.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/194 ===== ***

Nº de registro: 0194

Título
CONTROL DEL PROCESO Y MEJORA DEL TIEMPO DE RESPUESTA, EN EL TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS INTERCENTROS

Autores:
PASCUAL LABORDA MIGUEL ANGEL, ANIA LOBERA ANA MARIA, GRACIA GARCIA MARIA ELENA, GRASA SORO MARIA TERESA, JORDAN PRIETO PILAR CRISTINA, LAZARO MARTINEZ CONCEPCION, MARIN LAGRABA MARIA JOSEFA, SORANDO ARRAZOLA JUANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No patología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Manejo documentación

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Conscientes de la importancia de la Historia Clínica (en adelante HC) de los usuarios, dentro del sistema sanitario en el que nos encontramos, el Equipo de Admisión de éste CS se ha marcado como objetivo para los años 2016-2019, el control exhaustivo en las peticiones por alta o baja, así como los tiempos de respuesta. El método utilizado desde el año 2014 (y con anterioridad, pero sin estar plasmado en un documento específico) es en nuestra opinión un buen sistema, que nos permite seguir la ruta de la HC "física", tanto en altas como en bajas de nuestro CS, pero hemos detectado gracias a la estadística del año 2016, puntos mejorables que se han puesto en marcha en 2017 y se confirmarán en 2018-2019.
Conscientes de que por nuestra parte poco podemos hacer respecto a las HC que solicitamos por nuevas altas en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

nuestro centro, las acciones se centrarán principalmente en las HC de los pacientes que causan baja en éste CS por traslado a otros.

Hemos detectado que la mayoría de retrasos se producen por la pérdida del documento de petición, una vez que se les pasa a los médicos. Bien por quedarse trasapelado o simplemente desaparecer, no son devueltos al servicio de admisión.

El primer punto de mejora, es el repaso sistemático de peticiones que están sin respuesta, después de 30 días. Ya se realiza desde el último trimestre de 2016.

En segundo lugar y tras pedir información a otros centros sobre qué circuito utilizan para dichas peticiones, parece más acertada la opción de que los médicos suscriban un permiso para que sea el propio servicio de admisión el que gestione totalmente dicho envío.

Con ocasión de traslados o cambios de facultativos y la lógica limpieza de lo acumulado en las consultas, han aparecido peticiones que llevaban allí incluso varios meses.

Otro punto en el que se han detectado fallos, es que la documentación a enviar, salía mezclada con otros documentos para archivar, que solo se detecta al ordenar estos, lo que a pesar de la frecuencia, no permite hacerlo de forma diaria.

La correcta cumplimentación de todos los datos en el formulario de solicitud de HC, principalmente los que afectan a la identidad del usuario y al médico anterior, evitan trabajo y tiempo a quienes reciben la petición. Existiendo la posibilidad de hacerlo mediante una planilla informática, el cumplimentarlos a mano y a veces con mala letra, no ayudan precisamente a la deseada fluidez.

RESULTADOS ESPERADOS

Un mayor control individualizado de la HC en cada fase del traslado, así como la mejora en el tiempo de respuesta para que dichas HC estén disponibles para los profesionales sanitarios (y propios usuarios), a la mayor brevedad. Optimizar los recursos humanos y materiales, sin que impliquen una sobrecarga de trabajo para ninguna categoría profesional.

Recordar a todos los miembros del equipo de admisión, la correcta utilización de los registros de altas y bajas, así como consignar los datos de forma clara y ordenada. Ello también facilitará la posterior confección de la estadística.

Dichas mejoras implican a todo el equipo de admisión, pero también a profesionales médicos y -por qué no- a otros equipos de admisión y áreas de dirección.

MÉTODO

Reuniones de la unidad administrativa de nuestro CS con el resto de profesionales, específicas o incluyendo el tema en el orden del día de las reuniones de equipo.

Difusión entre otros Centros de Salud y oferta de los métodos seguidos por si quieren poner en marcha algo similar.

INDICADORES

7.1.- ALTAS DE PACIENTES

- * Número de Historias Clínicas que hemos solicitado (100%)
- * Comunican que no tienen HC física ni OMI (%)
- * Anuladas, duplicadas, erróneas u otros (%)
- * Recibidas en el plazo de entre 1 - 10 días (%)
- * Recibidas en el plazo de entre 11 - 20 días (%)
- * Recibidas en el plazo de entre 21 - 30 días (%)
- * Recibidas en plazo superior a 30 días (%)
- * Recibidas en plazo superior a 60 días (%)
- * Sin respuesta (%)
- * Acompañan albarán (%)
- * Sin albarán (%)

7.2.- BAJAS DE PACIENTES

- * Número de Historias Clínicas que nos han sido solicitadas (100%)
- * Sin HC física ni OMI (%)
- * Anuladas, duplicadas, derivadas a otros o erróneas (%)
- * Enviadas en el plazo de entre 1 - 10 días (%)
- * Enviadas en el plazo de entre 11 - 20 días (%)
- * Enviadas en el plazo de entre 21 - 30 días (%)
- * Enviadas en plazo superior a 30 días (%)
- * Enviadas en plazo superior a 60 días (%)
- * Sin respuesta (%)
- * Albaranes emitidos (%)
- * Albaranes devueltos (%)

Evaluación anual de los resultados en el periodo 2016-2017 y trimestral en el periodo 2018-2019. Los resultados obtenidos en la estadística de 2016, deben ser matizados ya que la simple enumeración o cuantificación, también podría ofrecer resultados erróneos.

Evaluación final del proyecto, memoria y exposición.

DURACIÓN

Tres años, de 2017 a 2019. Inicio en enero 2017 y finalización en marzo de 2019.

Evaluación, revisión y corrección en diciembre 2017, marzo 2018, junio 2018, septiembre 2018, diciembre 2018 y marzo 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

Conclusiones y redacción de la memoria en mayo 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE BLANCA LACLAUSTRA MENDIZABAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL
GONZALEZ ARA ANA MARIA
MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS
BENITEZ VIDAL BARBARA
GIMENO VALDES MARIA JESUS
PARDO MONZON ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Se realizaron 4 sesiones donde participaron el grupo de mejora y otros miembros del EAP para la presentación y puesta en marcha del proyecto. Se repaso y estudio la documentación aportada sobre los procedimientos ISO, que regulan las acciones indicadas, y se aconsejo la consulta de esta documentación en la intranet del sector, donde esta ubicada.

2-Se comenzó a poner en marcha el control e inventario de almacén, aunque no se pudo concluir debido a los cambios de las personas implicadas ocasionados por los concursos de movilidad voluntaria y las jubilaciones.

3-En referencia a la esterilización, el personal responsable tuvo una sesión formativa, organizada desde la dirección de enfermería del sector, existiendo también la posibilidad de consultar la documentación existente en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados son parciales.

En lo referente a la esterilización el procedimiento se esta llevando a cabo en su totalidad, aunque no existen indicadores de medida.

En lo referente al control de almacén y material, los procedimientos están iniciados pero no concluidos.

No hay indicadores específicos de cada procedimiento.

El indicador propuesto era común para todos, y se valoraba el nº de incidencias al mes, individualizadas por procedimiento.

Por parte de las personas encargadas de estas áreas, no se han comunicado incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración subjetiva del equipo de mejora, es que los objetivos a conseguir están al 30%. A su juicio debe continuarse el proyecto y es indispensable una adecuada comunicación de las incidencias para poder obtener los indicadores adecuados, al ser esta la única manera de saber si la mejora es real o no.

La sostenibilidad del proyecto es clara y necesaria, creemos que la nueva incorporación de personal, tras las jubilaciones y traslados, darán mayor estabilidad al equipo y se mantendrán mas fácilmente los proyectos en el futuro.

Consideramos indispensable para el el buen fin del proyecto la cobertura adecuada de las vacantes.

7. OBSERVACIONES.

Es importante señalar que estos procedimientos son compartidos con el EAP San Jose Norte por convivir en la misma estructura física.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/396 ===== ***

Nº de registro: 0396

Título

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE NORTE

Autores:

LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA, CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL, GONZALEZ ARA ANA MARIA, MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS, AGUILAR ANTON NATIVIDAD, PINEDA FON PABLO, GIMENO VALDES MARIA JESUS, PARDO MONZON ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología en atención primaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS

Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO

Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Natividad Aguilar (auxiliar clinica)/ Pablo Pineda (ENF)
Urgencias: Unidad básica asistencial Jose Miguel Campo, Ana Maria Gonzalez, Mº
Jesus Martinez (MF)/Mº Jesus Gimeno (ENF)
Esterilización: Natividad Aguilar(auxiliar clinica)/Ana Pardo (ENF)

INDICADORES

Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

Actividades 2017
Distribución proyectos: Enero
Formación: Febrero
Nombramiento responsables: Enero
Puesta en marcha procedimiento: Marzo
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: Junio
Seguimiento actividad: controles trimestrales: Junio Septiembre Diciembre
Indicadores y conclusiones fina: Diciembre

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE BLANCA LACLAUSTRA MENDIZABAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL
GONZALEZ ARA ANA MARIA
GARCES GIL SONIA
MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS
BENITEZ VIDAL BARBARA
MAINAR GARCIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este año, el EAP se ha propuesto mejorar los objetivos conseguidos en los procesos de gestión, control de almacén y botiquín, procedimientos de esterilización y desinfección, así como el control y revisión del material de urgencias y la adecuación y el ordenamiento de la medicación y materiales del carro de paradas y del maletín empleado en la atención domiciliaria urgente.
Con esta finalidad, se ha reunido el responsable y los integrantes del proyecto de mejora para replantear los objetivos, procediéndose a la distribución de las tareas de organización, colocación, reposición y revisión de los materiales del carro de paradas.
Se colocaron las hojas diseñadas para la comunicación de las incidencias surgidas en el almacén, carro de paradas, y en los procesos de esterilización, que han sido utilizadas a lo largo del año.
Se ha realizado una sesión de equipo, con el objetivo de enseñar el funcionamiento del nuevo desfibrilador que se ha instalado en el centro de salud, y comunicar al resto de integrantes del equipo, la nueva organización y distribución del material y medicación del carro de paradas. También se impartió una sesión formativa de reanimación cardiopulmonar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el mes de febrero de 2018 hasta enero de 2019, se han producido las siguientes incidencias:
- 12 en el almacén (80 %)
- 3 en botiquín (20 %)
- 0 en el carro de paradas
- 0 en esterilización
Todas las incidencias han sido solucionadas satisfactoriamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusiones se han considerado las siguientes:
- Todos los profesionales del equipo deben conocer la organización del material del carro de paradas y el correcto manejo del desfibrilador.
- Es precisa la revisión mensual de las caducidades de los materiales y fármacos.
- Los profesionales sanitarios deben comunicar a la persona responsable, el consumo de materiales y fármacos utilizados al atender una urgencia, para que se pueda realizar su reposición.
- Necesidad de una sesión anual formativa en reanimación cardiopulmonar

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto de mejora es compartido por los dos EAP que desarrollan su actividad asistencial en el mismo de centro de salud (EAP San José Centro y EAP San José Norte)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/396 ===== ***

Nº de registro: 0396

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE NORTE

Autores:
LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA, CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL, GONZALEZ ARA ANA MARIA, MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS, AGUILAR ANTON NATIVIDAD, PINEDA FON PABLO, GIMENO VALDES MARIA JESUS, PARDO MONZON ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología en atención primaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS

Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO

Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro), y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Natividad Aguilar (auxiliar clinica)/ Pablo Pineda (ENF)
Urgencias: Unidad básica asistencial Jose Miguel Campo, Ana Maria Gonzalez, M° Jesus Martinez (MF)/M° Jesus Gimeno (ENF)
Esterilización: Natividad Aguilar(auxiliar clinica)/Ana Pardo (ENF)

INDICADORES

Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- N° de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

Actividades 2017
Distribución proyectos: Enero
Formación: Febrero
Nombramiento responsables: Enero
Puesta en marcha procedimiento: Marzo
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: Junio
Seguimiento actividad: controles trimestrales: Junio Septiembre Diciembre
Indicadores y conclusiones fina: Diciembre

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Fecha de entrada: 02/01/2019

2. RESPONSABLE ANGELA FORCEN VICENTE DE VERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA
LOPEZ MORFIOLI ELENA
FERRERAS GASCO DOMINGO
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
SANZ CARRILLO CONCEPCION
FORCEN VICENTE DE VERA ELENA
CADEVILLA SOLER CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una sesión a la semana durante ocho semanas por cada grupo de pacientes (8 ó 10 pacientes) realizando la relajación todos juntos.
En la primera sesión se explica la técnica y se ponen en práctica todos los ejercicios musculares.
Se les pide que la practiquen en casa una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se proponía llevar a cabo un proyecto de mejora con el objetivo de que el paciente aprendiese a relajarse y aplicar esta técnica en cualquier ámbito de su vida
A todos los pacientes se les ha enseñado a aplicar la relajación muscular y mejorar su estado anímico.
Han aprendido a discriminar la tensión y la relajación y han conseguido reducir las cifras de tensión arterial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1571 ===== ***

Nº de registro: 1571

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Autores:
FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, LOPEZ MORFIOLI ELENA, FERRERAS GASCO DOMINGO, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, SANZ CARRILLO CONCEPCION, FORCEN VICENTE DE VERA ELENA, SOLER GONZALEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las Técnicas de Relajación son un conjunto de procedimientos que se dirigen concretamente a controlar y devolver a la homeostasis.

Es conocido que el estrés está vinculado tanto al malestar emocional, como a diversas alteraciones fisiológicas de amplio espectro, que abarcan desde la tensión muscular y los dolores de cabeza a los trastornos cardíacos y cáncer. Jacobson demostró que después del entrenamiento en relajación se produce un descenso de la tasa de pulso y de la presión sanguínea.

RESULTADOS ESPERADOS

Se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta técnica en cualquier ámbito de su vida

El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular y mejorar su estado anímico, aprender a discriminar la tensión y la relajación y conseguir reducir las cifras de tensión arterial.

MÉTODO

Se realizaran una sesión a la semana durante diez semanas por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajación todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda.

INDICADORES

Previamente a comenzar la relajación se cuantificaran datos de tensión arterial que se volverán a registrar al finalizar el programa. Se les pasara una escala Likert de autorregistro de nivel de ansiedad pre y postrelajación. Al finalizar el proyecto se les repartirá un cuestionario de satisfacción.

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

DURACIÓN

El proyecto tiene una duración anual comenzando el día 4 de septiembre de 2017 primera sesión y finalizando previsiblemente en septiembre de 2018. Diez lunes consecutivos durante media hora practica de relajación dirigida. Al finalizar se realizará el control de tensión arterial a cada paciente y valoración de las escalas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1310

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE LUIS GASCON GASPAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABANTO VIAMONTE ANTONIO
GOMEZ FERRERUELA LAURA
RODRIGUEZ ELENA LORENA
PASTOR POU LAURA PILAR
GUILLEN BOBE ALBERTO
ARANDA MALLEN CARLOS ADOLFO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:

1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Antonio Abanto Viamonte como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.

2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA "De la teoría a la acción: un paso adelante" celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas las políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.

3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.

En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.

Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.

Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.

En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de "Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP".

Esta información se difundió al equipo 18-9-2018

La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:

- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.

- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada "Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón"

Antonio Abanto Viamonte impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 19 de diciembre de 2018, a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:

- Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1310

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.

Esa persona es Antonio Abanto Viamonte, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II

Resultado 2018: SI

- El 19 de diciembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 100% del equipo.

Resultado 2018: 100%

- Se han realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.

- o Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón

- Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.

De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre. El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.

En San Jose Norte el indicador seleccionado fue:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100

Valor 2017: 3,4 %

Objetivo 2018: =2,3%

Resultado 2018: 3.5%

Este resultado muestra que no se ha logrado el objetivo marcado de reducir el consumo de estos antibióticos de amplio espectro, incluso se ha mantenido el mismo consumo que el año anterior, lo que puede tener un impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, aunque no se han logrado todos los objetivos marcados para el año 2018, en concreto la reducción del consumo de cefalosporinas de 3ª generación. El proyecto de 2018 se considera finalizado. La disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como la guía de tratamiento antibiótico empírico permitirá plantear un nuevo proyecto en el año 2019 con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.

Limitaciones:

Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas. Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1310 ===== ***

Nº de registro: 1310

Título
INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
GASCON GASPAR JOSE LUIS, ABANTO VIAMONTE ANTONIO, GOMEZ FERRERUELA LAURA, RODRIGUEZ ELENA LORENA, RODRIGUEZ MARCO ELENA, PASTOR POU LAURA PILAR, GUILLEN BOBE ALBERTO, ARANDA MALLEEN CARLOS ADOLFO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Uso racional de antibioticos
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1310

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

PROBLEMA

Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas. En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos. A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN). Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria. Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SAN JOSÉ NORTE se considera una oportunidad de mejora trabajar para disminuir la prescripción de cefalosporinas de 3º generación respecto al total de antibióticos, ya que en los tres últimos años se vienen registrando valores superiores a la media del sector.

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica

MÉTODO

1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES

- Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
- Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
- Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
 - Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
 - Valor 2017: 3,4 %
 - Objetivo 2018: =2,3%

DURACIÓN

Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1310

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0912

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ NORTE

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ANTONIO ABANTO VIAMONTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ ELENA LORENA
PASTOR POU LAURA
GUILLEN BOBE ALBERTO
ARANDA MALLEN CARLOS ADOLFO
ARNEDO MIR ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas. El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados. Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP SAN JOSÉ NORTE, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

- Abordaje de infecciones respiratorias: 9 ABRIL 2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: 24 JUNIO 2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.

En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.

En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0912

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ NORTE

de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 2 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.

Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en este proyecto. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

- o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitantes día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 10.5, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 11.29).

- o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación. En diciembre 2018 el valor era 4.4% siendo en diciembre 2019 de 3.5% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos:

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron 4.4%.

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 3.5%.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.

Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.

Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0912

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ NORTE

hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.

Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.

Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/912 ===== ***

Nº de registro: 0912

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE NORTE

Autores:
ABANTO VIAMONTE ANTONIO, RODRIGUEZ ELENA LORENA, PASTOR POU LAURA PILAR, GUILLEN BOBE ALBERTO, ARANDA MALLEN CARLOS ADOLFO, ARNEDO MIRO ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Optimizacion de antibioticos en infecciones respiratorias y urinarias en Atencion Primaria
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las resistencias a los antibióticos (ATB), supone un importante problema de salud pública. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países.
El uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales causantes del problema. En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11.
Los antibióticos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso son las quinolonas, las cefalosporinas de tercera generación y los macrólidos.
La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Han probado su eficacia en utilizar mejor los ATB la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc
A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea.
En el EAP SAN JOSÉ NORTE se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,9% de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0912

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSÉ NORTE

- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

- Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
 - o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
 - o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
 - Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): $\text{DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD)} / \text{DDD antibióticos (J01)} \times 100$
Valor 2018: 3,9 %
Objetivo 2019: =2,0%
 - o Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 43,77 %
Objetivo 2019: Disminuir
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 26,42 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

- Marzo-Julio: Dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
- Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
- Revisión de los pacientes con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0009

1. TÍTULO

PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUIRCE SANCHEZ SUSANA
LOPEZ PEREZ ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos distribuido los trípticos de información realizados desde esta unidad e impresos en esta consulta correspondientes a este programa preventivo, hemos llevado a cabo las actividades de formación mediante charlas personalizadas de habilidades y destrezas en técnicas de higiene, control de dieta, etc. Se ha informado a cada paciente su estado de salud bucodental y las mejoras obtenidas en las visitas de control sucesivas. Así mismo se ha formado a las futuras madre sobre la higiene bucal y dieta saludable del recién nacido con técnicas básicas y efectivas enfocando así nuestro programa preventivo en neonatos. Se ha realizado, primera visita a todas las pacientes que han acudido a consulta pertenecientes al programa y se les ha recitado con la periodicidad marcada. Este programa se ha llevado a cabo en colaboración con la matrona del centro de salud y se ha reseñado en la historia de cada paciente que ha sido remitido por interconsulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2018 han sido atendidas en la unidad 59 embarazadas, a cada una de ellas de le ha realizado apertura de historia clinica en la que se reseña la exploración bucodental completa, tanto de partes blandas, como estructuras óseas, se la llevado a cabo la medición de los índices gingivales y periodontales, mediante sondaje periodontal y revelador de placa (índice de o'Leary y de lõe y Silness), en consultas sucesivas trimestrales o mensuales según necesidades con una cifra de seguimiento que se acerca al 80%. En la mayoría de los casos (aproximadamente un 70%) han visto reducidos dichos índices a la exploración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra valoración es claramente positiva ya que ha implicado una colaboración interconsultas activa y clara respuesta por parte de los pacientes que se han implicado desde el primer momento y los datos obtenidos en las revisiones son optimistas. La implantación de este programa tiene un coste inexistente, salvo la implicación de la unidad en la impresión de los trípticos. Reseñar la eficiencia, eficacia y efectividad de los programas preventivos en general y este en particular tanto en la embarazada como en la prevención de caries en el niño.

7. OBSERVACIONES.

Hemos tenido que realizar los trípticos en la impresora de la consulta y comprar el revelador de placa.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/9 ===== ***

Nº de registro: 0009

Título
PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

Autores:
VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA, QUIRCE SANCHEZ SUSANA, LOPEZ PEREZ ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: prevención

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0009

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

PROBLEMA

Este proyecto de mejora pretende concienciar a las embarazadas de la importancia de la salud bucoental dado que la promoción de la salud oral en este colectivo, está contemplada dentro del acuerdo de gestión dada la importancia de la promoción de la salud en este colectivo, susceptible de presentar patología gingival durante el embarazo. Durante éste, se producen grandes cambios en la mujer en diferentes niveles, centrándonos en la cavidad oral, ésta es, claramente más susceptible de padecer gingivitis y/o caries, en concreto, después del tercer mes de gestación. El aumento de prolactina y estrógenos producidos en este periodo, se ven claramente asociados a un aumento de los problemas odontológicos mencionados.

Está claramente demostrado que aumenta la posibilidad de sufrir ciertas alteraciones como la gingivitis: las encías aparecen enrojecidas, edematosas, sensibles y con tendencia al sangrado espontáneo o por estímulos pequeños, como el masticar o cepillarse los dientes. Es la denominada gingivitis del embarazo.

Si bien no podemos actuar sobre el incremento de estas hormonas, si podemos intervenir mediante un programa de prevención de enfermedades bucales.

Nos centraríamos en una serie de revisiones periódicas en nuestra consulta durante el embarazo y puerperio. La población atendida viene derivada de la consulta de la matrona de nuestro centro de salud. Lo ideal es comenzar el embarazo con una boca sana, sin caries, sin sarro, sin gingivitis, etc., ya que estas patologías afectan a la salud de la madre y del hijo.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es asentar este programa como parte de la atención que se presta en la consulta en materia de prevención, y concienciar a la población diana de la importancia de la misma.

MÉTODO

Charlas informativas a las matronas, con el fin de dar a conocer la enfermedad y el modo de prevenirla. Elaboración de un tríptico informativo que daremos a las pacientes.

INDICADORES

Índices gingivales y periodontales (índices de O'Leary y de Löe y Silness)
apertura de historia clínica para evaluación y seguimiento.

DURACIÓN

Primer contacto con embarazadas en el primer trimestre del embarazo y seguimiento durante el mismo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0009

1. TÍTULO

PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUIRCE SANCHEZ SUSANA
LOPEZ PEREZ ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos distribuido los trípticos de información realizados desde esta unidad e impresos en esta consulta correspondientes a este programa preventivo, hemos llevado a cabo las actividades de formación mediante charlas personalizadas de habilidades y destrezas en técnicas de higiene, control de dieta, etc. Se ha informado a cada paciente su estado de salud bucodental y las mejoras obtenidas en las visitas de control sucesivas.

Así mismo se ha formado a las futuras madre sobre la higiene bucal y dieta saludable del recién nacido con técnicas básicas y efectivas enfocando así nuestro programa preventivo en neonatos
Se ha realizado, primera visita a todas las pacientes que han acudido a consulta pertenecientes al programa y se les ha recitado con la periodicidad marcada.

Este programa se ha llevado a cabo en colaboración con la matrona del centro de salud y se ha reseñado en la historia de cada paciente que ha sido remitido por interconsulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2018 han sido atendidas en la unidad 59 embarazadas, a cada una de ellas de le ha realizado apertura de historia clinica en la que se reseña la exploración bucodental completa, tanto de partes blandas, como estructuras óseas, se la llevado a cabo la medición de los índices gingivales y periodontales, mediante sondaje periodontal y revelador de placa (índice de o'Leary y de lœe y Silness) en consultas sucesivas trimestrales o mensuales según necesidades con una cifra de seguimiento que se acerca al 80%, .
En la mayoría de los casos (aproximadamente un 70%) han visto reducidos dichos índices a la exploración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra valoración es claramente positiva ya que ha implicado una colaboración interconsultas activa y clara respuesta por parte de los pacientes que se han implicado desde el primer momento y los datos obtenidos en las revisiones son optimistas.

La implantación de este programa tiene un coste inexistente, salvo la implicación de la unidad en la impresión de los trípticos.

Reseñar la eficiencia, eficacia y efectividad de los programas preventivos en general y este en particular tanto en la embarazada como en la prevención de caries en el niño.

7. OBSERVACIONES.

Hemos tenido que realizar los trípticos en la impresora de la consulta y comprar el revelador de placa

*** ===== Resumen del proyecto 2018/9 ===== ***

Nº de registro: 0009

Título
PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

Autores:
VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA, QUIRCE SANCHEZ SUSANA, LOPEZ PEREZ ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: prevención

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0009

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA ODONTO GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

PROBLEMA

Este proyecto de mejora pretende concienciar a las embarazadas de la importancia de la salud bucoental dado que la promoción de la salud oral en este colectivo, está contemplada dentro del acuerdo de gestión dada la importancia de la promoción de la salud en este colectivo, susceptible de presentar patología gingival durante el embarazo. Durante éste, se producen grandes cambios en la mujer en diferentes niveles, centrándonos en la cavidad oral, ésta es, claramente más susceptible de padecer gingivitis y/o caries, en concreto, después del tercer mes de gestación. El aumento de prolactina y estrógenos producidos en este periodo, se ven claramente asociados a un aumento de los problemas odontológicos mencionados.

Está claramente demostrado que aumenta la posibilidad de sufrir ciertas alteraciones como la gingivitis: las encías aparecen enrojecidas, edematosas, sensibles y con tendencia al sangrado espontáneo o por estímulos pequeños, como el masticar o cepillarse los dientes. Es la denominada gingivitis del embarazo.

Si bien no podemos actuar sobre el incremento de estas hormonas, si podemos intervenir mediante un programa de prevención de enfermedades bucales.

Nos centraríamos en una serie de revisiones periódicas en nuestra consulta durante el embarazo y puerperio.

La población atendida viene derivada de la consulta de la matrona de nuestro centro de salud. Lo ideal es comenzar el embarazo con una boca sana, sin caries, sin sarro, sin gingivitis, etc., ya que estas patologías afectan a la salud de la madre y del hijo.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es asentar este programa como parte de la atención que se presta en la consulta en materia de prevención, y concienciar a la población diana de la importancia de la misma.

MÉTODO

Charlas informativas a las matronas, con el fin de dar a conocer la enfermedad y el modo de prevenirla.

Elaboración de un tríptico informativo que daremos a las pacientes.

INDICADORES

Índices gingivales y periodontales (índices de O'Leary y de Löe y Silness)
apertura de historia clínica para evaluación y seguimiento.

DURACIÓN

Primer contacto con embarazadas en el primer trimestre del embarazo y seguimiento durante el mismo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0068

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUDA PARA PERSONAS CUIDADORAS

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO SALDAÑA LUISA
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
BECERRIL GERMAN CARMEN
DOMINGO PASCUAL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEIS REFERENTES A
CUIDARA A OTRA PERSONA Y FACTORES RELACIONADOS
- Aspectos y motivos del cuidado
- Tareas a realizar y sentimientos emergentes
- Distintas situaciones de cuidado según parentesco
- Cómo me siento cuidando a mi familiar
- La responsabilidad y experiencia del cuidado

AYUDA Y PROMOCION PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

- La higiene y arreglo personal: cómo realizar el aseo personal, la ducha, cuidado de los pies, cortado de uñas, cuidado de la piel, higiene de la boca, ojos y oídos, el cabello, el afeitado y la depilación

- El vestido: ayuda a vestir y desvestir

- La eliminación: tipos de incontinencia (causas, técnicas de reeducación y cuidados), cuidados de higiene en la eliminación, uso y tipos de absorbentes, colectores, sondas vesicales, prevención de complicaciones en la incontinencia urinaria y fecal, diarreas y estreñimiento.

- Prevención de úlceras por presión
- Vigilancia y cuidados para la prevención

- Desplazamientos, transferencias y movilizaciones
Necesidad de la movilización y sus objetivos
Movilización en cama
Transferencias: levantamientos desde silla, ponerse de pie...
Cambios posturales
Ayudas para una correcta marcha
Caminar, subir y bajar escaleras

- Adaptación de entorno
Productos de apoyo que se emplean para transferencias, para la marcha.

- La alimentación
Preparación del lugar donde se sientan a comer
Pautas a la hora de sentarse a comer
Elaboración de menús equilibrados
Fenómeno del paciente encamado
Productos de apoyo para ayudar a comer
Negociación de la persona a comer y/o beber
Disfagias: signos, consecuencias, medidas a adoptar, alimentos y bebidas que se les puede proporcionar, posibilidades de complementos nutricionales y preparados alimenticios

- Administración de medicación
Dosificación
Trituración
Manipulación
Trucos para recordar las tomas

- Aprender a cuidarse la persona cuidadora
- Comunicarse y tiempo para si - Poner límites al cuidado
- Pedir ayuda, mantener mis relaciones sociales - Claudicación familiar
- Pérdida de autoestima - El sueño

- Comunicación interpersonal entre la persona en situación de dependencia y su cuidador
- Estrategias de afrontamiento

- Recursos sociales -
-Servicios y prestaciones sociales para la autonomía personal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0068

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUDA PARA PERSONAS CUIDADORAS

-Gestión, solicitud y valoración de la situación de dependencia: documentación y proceso.
- Voluntades anticipadas: concepto, la planificación anticipada, el documento y el proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

AUMENTO DEL APOYO A LOS CUIDADORES DE LOS PACIENTES DEPENDIENTES

AUMENTO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS SOCIOSANITARIOS A LOS PACIENTES DEPENDIENTES

CONTINUIDAD DE CUIDADOS POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

TRAS LAS EVALUACIONES AL FINALIZAR LAS SESIONES, HEMOS OBSERVADO LA MEJORA EN LA RELACIÓN DE LOS CUIDADORES CON LOS PROFESIONALES DEL CENTRO, MENOR INCIDENCIA EN ULCERAS POR PRESIÓN.
LOS ASISTENTES MANIFIESTAN UN ALTO NIVEL DE SATISFACCION CON LA ACTIVIDAD.

7. OBSERVACIONES.

POR MOTIVOS DE ORGANIZACIÓN DEL CENTRO HAN TENIDO QUE DESPLAZARSE LAS FECHAS PROGRAMADAS.

FALTA DE ESPACIO ADECUADO PARA REALIZAR MEJOR LAS DINÁMICAS DE GRUPO.

TRABAJO EN CS SAN JOSE NORTE y CENTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/68 ===== ***

Nº de registro: 0068

Título
TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

Autores:
BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD, NAVARRO SALDAÑA LUISA, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, BECERRIL GERMAN CARMEN, RUIZ SANZ MARISOL, PUEYO UCAR CRISTINA, DOMINGO PASCUAL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SOBRE CARGA DEL CUIDADOR
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-FALTA DE PREPARACIÓN DE LOS CUIDADORARES PARA ATENDER A SUS FAMILIARES DEPENDIENTES Y DESCONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS SOCIOSANITARIOS.
-COSTE EMOCIONAL ASOCIADO AL ROL DE CUIDADOR.
-EMPEORAMIENTO GLOBAL EN LA SALUD DE LOS CUIDADORES

RESULTADOS ESPERADOS
-MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS
-UTILIZACIÓN RACIONAL DE RECURSOS Y MEJORA DE DE LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR.

MÉTODO
REALIZACIÓN DE SESIONES FORMATIVAS E INFORMATIVAS DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOSANITARIA Y PSICOLOGICA.

INDICADORES
-RESPUESTA POSITIVA A LA CONVOCATORIA DE AL MENOS UN 75%, MEDIDO MEDIANTE LA HORA DE REGISTRO.
-ASISTENCIA DE, AL MENOS, UN 80% A LAS SESIONES, MEDIDO A TRAVÉS DE LA HOJA DE FIRMAS.
-SATISFACCIÓN DE LOS ASISTENTES: 4 SOBRE ESCAL DEL 1 AL 5, MEDIDO A TRAVES DE UNA HOJA DE EVALUACIÓN ENTREGADA EN LA ÚLTIMA SESIÓN.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0068

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUDA PARA PERSONAS CUIDADORAS

6 SESIONES, CON FRECUENCIA SEMANA. LA FECHA PREVISTA DE INICIO ES OCTUBRE DE 2016 Y FINALIZACIÓN EN NOVIEMBRE DEL MISMO AÑO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0012

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ COSCOJUELA JAVIER
BECERRIL GERMAN CARMEN
DOMINGO PASCUAL CONCEPCION
LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU
NAVARRO SALDAÑA LUISA
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEIS SESIONES REFERENTES A CUIDAR A OTRA PERSONA Y FACTORES RELACIONADOS, ASPECTOS Y MOTIVOS DEL CUIDADO, AYUDA Y PROMOCIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (HIGIENE Y ARREGLO PERSONAL, VESTIDO, DESPLAZAMIENTOS, TRANSFERENCIAS Y MOVILIZACIONES, ALIMENTACIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS), APRENDER A CUIDARSE, RECURSOS SOCIALES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
AUMENTO DEL APOYO A LOS CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES.
AUMENTO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS SOCIOSANITARIOS A LAS PERSONAS DEPENDIENTES
CONTINUIDAD DE CUIDADOS POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE OBSERVA MENOR INCIDENCIA EN LA APARICION DE ULCERAS POR PRESIÓN
MEJORA EN LAS RELACIONES DE LOS CUIDADORES CON LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD,
LOS ASISTENTES MANIFIESTAS UN ALTO NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA ACTIVIDAD.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/12 ===== ***

Nº de registro: 0012

Título
TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

Autores:
BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD, NAVARRO SALDAÑA LUISA, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, BECERRIL GERMAN CARMEN, GOMEZ FERRERUELA LAURA, GRAMUGLIA NUÑEZ CATERIAN, DOMINGO PASCUAL CONCEPCION, LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sobre carga del cuidador
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar Calidad de vida y cuidados

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidad de aportar información y formación a los cuidadores para atender mejor a sus familiares dependientes.
Desconocimiento de los recursos sociosanitarios para el cuidado y atención a su disposición.
Coste emocional importante asociado al rol de cuidador/a.
Apreciación del empeoramiento global en la salud de los cuidadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0012

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad de los cuidados

Mejorar la calidad de vida de los cuidadores

Hacer una utilización racional de los recursos sociosanitarios.

MÉTODO

Realización de 6 sesiones formativas (los días 7, 14, 21, 28 de febrero 2018 y 7, 14 de marzo 2018)

desde la prespectiva sociosanitaria y psicológica.

INDICADORES

Respuesta positiva a la convocatoria de, al menos, un 75% . Medido con las hojas de registro de apuntados y asistentes.

Asistencia de, al menos, a un 80% de las sesiones. Medido a través de las hojas de firma de asistencia.

Satisfacción de los asistentes: 4 sobre 5, medido a través de la hoja de evaluación que se pasa en la última sesión.

DURACIÓN

Enero 2018 inf. en centro de salud, Asociación de Vecinos y Glog del centro de la actividad que se va a desarrollar
7, 14, 21. 28 febero y 7, 14 de marzo 2018.

Marzo, abril 2018 evaluación de la actividad.

OBSERVACIONES

Es dificultoso que los profesionales y cuidadores se impliquen en todas las fases del proyecto

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0055

1. TÍTULO

CONTINUACION PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE
· Profesión ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUIRCE SANCHEZ SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Prevención de caries y parodontopatías en niños de 3 a 6 años mediante la educación de salud bucodental a sus progenitores, y a los propios niños mediante pictogramas y facilitadores de la higiene bucal, instrucciones de técnicas de higiene bucodental adecuadas a cada caso e individualizadas.
El resultado obtenido es una disminución en los índices de placa bacteriana y caries en un futuro.
hemos elaborado pictogramas e instrucciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El método de obtención de estos pacientes es a través de las consultas de pediatría, una vez captado el paciente, se programan una serie de visitas periódicas dependiendo de la patología, individualizadas. Se toman índices de placa de Loe Y Silness e índices gingivales y de caries cod. Se registran y se mantiene un seguimiento.
El impacto es reducir estos índices.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pese al pequeño número de pacientes que hemos captado, estamos muy satisfechos con los resultados, hemos conseguido una familiarización de este tipo de pacientes especiales, y una muy importante implicación de sus familias.
El proyecto no supone coste económico, contamos con la colaboración de un laboratorio que nos proporciona un revelador de placa bacteriana, que usamos para elaborar los índices, con lo cual el proyecto es viable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/55 ===== ***

Nº de registro: 0055

Título
CONTINUACION PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA

Autores:
VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA, QUIRCE SANCHEZ SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otros
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Nuestro proyecto continuar la implantación y desarrollo del protocolo de atención a este tipo de pacientes, para optimizar la eficacia y eficiencia de este tipo de atención médica en nuestra consulta.
La necesidad de atención odontológica de pacientes con discapacidad es idéntica a la del resto de la población infantil, si bien desde nuestra consulta debemos llevar a la práctica habilidades emocionales y clínicas diferentes.
Nuestro principal enfoque aumentar la implantación de forma paulatina de nuestro protocolo de atención bucodental en pacientes infantiles con algún tipo de discapacidad desde nuestras consultas en AP, para así

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0055

1. TÍTULO

CONTINUACION PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA

obtener una disminución real de la prevalencia de gingivitis, epo y caries.

La población diana escogida abarca las edades desde los 3 hasta los 6 años, ya que a partir de esta edad se derivan directamente a la unidad específica de San Juan De Dios.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir mediante la prevención una prevalencia próxima a 0 de las patologías de gingivitis, epo y caries en población diana mediante la elaboración de un protocolo específico para dichas patologías.

MÉTODO

1. Recogida de pacientes: directos de demanda y derivados de pediatría.

2. 1º visita: Primer contacto con paciente y familia: lograr una familiarización del paciente con nuestra consulta y realizar exploración bucodental.

3. Sucesivas:

-Establecimiento de rutinas de higiene bucodental individualizadas para el paciente, y padres o tutor, mediante el uso de pictogramas como sistema de apoyo. La labor de la familia es fundamental para conseguir niveles óptimos de salud dental.

-Mantenimiento de la salud oral: consejos de dieta, mediante el uso personalizado de hojas de cariogenicidad de alimentos.

- Establecimiento de técnicas de cepillado, adaptándolas a las limitaciones motoras del paciente, uso de pictogramas, etc.

INDICADORES

Apertura de historia clínica para su evaluación y seguimiento.

Indicadores gingivales y de índice de caries.

DURACIÓN

Primer contacto con población diana y seguimiento del mismo, visitas semanales, posteriormente mensuales y trimestrales.

- Apertura de historia clinica, realización de índices de forma sucesiva, así como técnicas de instrucción de higiene oral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0056

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE VISITAS ESCOLARES AL CENTRO DE SALUD SAN JOSE

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE SUSANA QUIRCE SANCHEZ
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD
BECERRIL GERMAN CARMEN
NAVARRO SALDAÑA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La actividad consiste en la promoción de la salud a través de visitas escolares al centro de salud, con especial hincapié en la salud bucodental. Consiste en una charla con soporte audiovisual de power point y posterior visita y talleres de los escolares en grupos reducidos por las diferentes salas del Centro de Salud (extracciones de sangre, pediatría, odontología, etc), con el fin de promover hábitos saludables en cuanto a alimentación e higiene, y disminuir la ansiedad que producen las visitas al Centro de salud en los niños. Posteriormente el colegio realizan redacciones y dibujos que colocamos en el Centro de salud para que el resto de usuarios lo visualicen. La visita se realiza durante el mes de marzo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Disminución del miedo y la ansiedad de los niños en las visitas al dentista y a la sala de analíticas, adquisición de hábitos saludables en cuanto a higiene y dieta, sobre todo la bucodental. Familiarización del niño con el personal sanitario. Estas charlas se imparten a 46 niños de primero de primaria del colegio Tomás Alvira de Zaragoza, que se continúan con las posteriores visitas individuales anuales reflejadas en el programa de atención bucodental infantil y juvenil del Gobierno de Aragón. Los niños son captados a través de la dirección del colegio y de las tutoras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto tiene una proyección anual, de hecho estas visitas se vienen realizando desde 2013, es importante implantar los hábitos saludables en la edad temprana e irlos afianzando a lo largo de los años, los niños se refuerzan positivamente cuando ven sus dibujos de promoción de la salud decorando las paredes del centro de salud y eso conlleva una mayor implicación de su familia. El proyecto es perfectamente sostenible porque no supone coste económico ninguno, y se realiza fuera de la jornada laboral.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/56 ===== ***

Nº de registro: 0056

Título
PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE VISITAS ESCOLARES AL CENTRO DE SALUD SAN JOSE

Autores:
QUIRCE SANCHEZ SUSANA, BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD, BECERRIL GERMAN CARMEN, NAVARRO SALDAÑA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENTIVO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0056

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE VISITAS ESCOLARES AL CENTRO DE SALUD SAN JOSE

PROBLEMA

Este proyecto pretende dar a conocer la importancia de la promoción de la salud en niños en edad escolar a través de visitas programadas de escolares al Centro De Salud, estableciendo así la importancia de familiarizarse con el personal sanitario, el tipo de atención sanitaria y preventiva realizada en el centro y conocer los recursos materiales y los espacios y salas de las que consta el centro. Nuestro principal enfoque es incidir para conseguir que este colectivo se implique directamente en la promoción de la salud, hábitos higiénico sanitarios a través de charlas, métodos audiovisuales, e interacción directa con el personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir mediante la prevención, que el niño sea consciente de la importancia de la promoción de la salud, acercar el Centro de Salud a la población y disminuir la ansiedad generalizada provocada por las visitas sobre todo al dentista y a la sala de extracción de muestras y adquirir hábitos saludables.

MÉTODO

Contacto con el colegio y programación de la actividad
Recepción de los escolares en el hall del centro de salud, que acuden acompañados por personal del colegio
proyección de métodos audiovisuales y charla informativa sobre la promoción de la salud en la sala multiusos
visita realizada en grupos de 10 niños como máximo por las instalaciones del centro: sala de extracción de muestras, consultas de pediatría, odontología y otros.
Despedida en el hall y entrega de material de refuerzo

INDICADORES

Interés que muestran cada año los profesores del colegio para continuar anualmente con la actividad
dibujos que nos hacen los niños mostrando lo que mas les ha impactado y gustado

DURACIÓN

PRIMER TRIMESTRE DEL CURSO ESCOLAR

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0664

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO Y FORMACIÓN DEL USUARIO EN LA "APP" SALUD INFORMA

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE FERNANDO SOLA ANTON
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TEJADA TARRAGÜEL MARIA JOSE
RUIZ GRIMA JUANA MARIA
MILLAN CORTES ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1- Formación en el conocimiento y aprendizaje sobre el manejo de la APP de los profesionales de Admisión.
- 2- Se ha dado a conocer la APP a los pacientes mediante el tríptico del Gobierno de Aragón.
- 3- Falicitarse el PIN de la APP a los pacientes.
- 4- Ayudar a la instalación de la APP a personas con dificultad en el manejo de nuevas tecnologías.
- 5- Facilitar la obtención del PIN a las Residencias de Ancianos de la Zona Básica de Salud.
- 6- Registro de los PIN entregados
- 7- Realización de una encuesta de satisfacción a la Residencia Torrelaurel (Residencia Pílogo).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados cualitativos:

- 1- Se ha notado una disminución en el número de llamadas que sirven de recordatorio.
- 2- Ha aumentado la seguridad en la cita.
- 3- Se ha evitado el desplazamiento por no conseguir cita telefónica.
- 4- Se ha fomentado la autonomía del paciente.

Resultados cuantitativos:

- 1- Respecto a la encuesta pasada a la Residencia los resultados son los siguientes:
 - 1.1 Mejoró el tiempo de cita en un 80%.
 - 1.2 Se facilitó la cita en un 100%.
 - 1.3 Facilitó la recepción de la cita especializada en un 100%.
 - 1.4 Se vio como oportunidad de mejora añadir la caducidad de los visados en la receta electrónica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Quedan pendientes la solicitud de indicadores cualitativos referentes al descenso de llamadas recibidas, el número de citas web, la reducción del absentismo del paciente y una encuesta a los pacientes del Centro de Salud.

7. OBSERVACIONES.

Creemos que sería útil incluir el fomento de la APP en la cartera de servicios

*** ===== Resumen del proyecto 2019/664 ===== ***

Nº de registro: 0664

Título
FOMENTAR EL USO Y FORMACION DEL USUARIO EN LA "APP" SALUD INFORMA

Autores:
SOLA ANTON JOSE FERNANDO, TEJADA TARRAGÜEL MARIA JOSE, MESTRE CALVO INMACULADA, GONZALO LABAT PILAR, ALMAJANO MARTINEZ JOSE LUIS, HERRERO GALVEZ MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Ninguna
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Mejorar la comunicación del paciente y la accesibilidad al centro de manera telemática.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0664

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO Y FORMACIÓN DEL USUARIO EN LA "APP" SALUD INFORMA

Tras dos encuestas de satisfacción realizadas, una en 2016 y otra en 2018 se ha hecho patente la necesidad de mejorar en la citación telefónica.

RESULTADOS ESPERADOS

Se propone la promoción y formación en el uso de la app de los usuarios para mejorar y reforzar el sistema de citación.

MÉTODO

Ofertar el conocimiento y uso de la app en el departamento de Admisión a los usuarios y facilitar su código pin.

INDICADORES

Se realizará una encuesta para saber la cantidad de usuarios que conocen y o utilizan la app antes del comienzo del proyecto y seis meses después para conocer si este conocimiento por parte de los usuarios ha mejorado en su conocimiento y su uso.

DURACIÓN

1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1104

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE SAN JOSE SUR

Fecha de entrada: 04/04/2018

2. RESPONSABLE CARMEN GARCES ROMERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA MANCHO JAVIER MARIANO
PORTERO URIEL LIRIA
SOLA ANTON JOSE
MONE FOZ ESPERANZA
LAVILLA MAVARRO CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras el analisis del informe de la auditoria 2016, de las no conformidades e incidencias y la valoracion de reclamaciones y encuestas a los usuarios y con el fin de mantener la certificacion ISO 9001se establecieron los objetivos de 2017:

1. mejorar el cumplimiento de Servicios mejorando el registro de actividades
2. mejorara la utilizacion del protocolo de Atencion Continuada
3. actualizar las normas de utilizacion de los envases multidosis
4. mejorar la formacion de forma continuada impulsando las sesiones clinicas impartidas por los profesionales del Centro
5. atender a las demandas según reclamaciones y encuesta de satisfacion.

El cronograma de evaluacion se realiza por la aplicacion del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, Revision por la Direccion y Auditoria externa, teniendo atencion especial a los indicadores previstos en el Acuerdo de gestion del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados han sido satisfactorios en la Auditoria interna, sin Desviaciones y no se ha realizado auditoria externa este año en el equipo.

Se han realizado sesiones clinicas impartidas por los miembros del equipo que han supuesto el 30% del total. Incluyendo temas prioritarios del Acuerdo de gestion

Se ha realizado una encuesta propia en el Centro para pacientes del EAP.

Ha habido una disminucion del numero de reclamaciones en el año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implatacion de un sistema de Gestion de la calidad y su mantenimiento supone una mejora continua en nuestro Equipo de atencion primaria (EAP). Se han establecido objetivos e indicadores que permitan medir los procesos de forma estandarizada y permanente con mejora continua dela deteccion de errores, riesgos reales y/o potenciales que permiten avanzar en la mejora de la calidad de la actualcion de profesionales y seguridad de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1104 ===== ***

Nº de registro: 1104

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE SAN JOSE SUR

Autores:
GARCES ROMERO CARMEN, LABARTA MANCHO JAVIER, PORTERO URIEL LIRIA, SOLA ANTON JOSE, MONE FOZ ESPERANZA, LAVILLA NAVARRO CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas patologias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1104

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE SAN JOSE SUR

Otro tipo Objetivos: Mantener certificacion ISO 9001

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La implantacion y funcionamiento del sistema de gestion de la calidad, supone la necesidad de mejora continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro equipo de mantener la certificacion UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestion de calidad normalizado donde los procesos esten perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periodicamente mediante un proceso de mejora continua y deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP de San José Sur del sector Zaragoza II se encuentra certificado segun norma ISO 9001 desde el año 2011. Nuestro planteamiento es mantener la certificacion.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es avanzar en la implicacion de todos los miembros del equipo y mantener la certificacin ISO 9001 en el proximo año.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilizacion de la informacion del sistema de Gestion de la Calidad como son los informes de auditoria, resultados del seguimiento de objetivos, de indicadores, el analisis de incidencias, reclamaciones y estudio de las no conformidades para la mejora continua.

INDICADORES

Mejorar del cumplimiento de los servicios, mejorando el registro de actividades.
Mejorar de la utilizacion del protocolo de atencion contiuada.
Actualizacion de las normas en utilizacion de envases multidosis
Atender a las demandas segun reclamaciones y encuesta de satisfacion
Impulsar sesiones clinicas impartidas por los profesionales del equipo.
La evaluacion se llevaran a efecto por la aplicacion del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna en abril 2017
Reunion por la Direccion en mayo 2017
Auditoria externa en junio 2017
Seguimiento y cierre si procede de las no conformidades abiertas en la auditoria interna de abril a diciembre de 2017
Formación de los profesionales y sesiones de servicio. junio y diciembre 2017
Seguimiento y evaluacion de indicadores y objetivos planteados. junio y diciembre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 09/03/2018

2. RESPONSABLE LAURA ALBERO MARCEN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN OTAL PILAR
MATEO FERRANDO ANA MARIA
FERNANDEZ VALENZUELA ESTHER
FERRERAS AMEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A fecha de 30 de Noviembre de 2017, se ha realizado dos ciclos de 5 sesiones, con mismos temas, en total 10 sesiones, los temas de las sesiones fueron:

1. Lactancia materna, anatomía, fisiología, posiciones y problemas mas habituales
2. Extracción y conservación de la leche materna. Banco de leche. Alimentación y farmacos durante la lactancia
3. Duración recomendada de la lactancia
4. Actuación ante patologías agudas: fiebre, atragantamiento, trastornos gastrointestinales.
5. Uso del Chupete y/o biberon. Alimentación Complementaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. En las primeras 5 sesiones del ciclo se registró una asistencia de 10,8 personas de media a cada sesión, con una nota media de valoración de 9,37 sobre 10
2. En las segundas 5 sesiones del ciclo, donde se repitieron los temas tratados, se registro una asistencia media de 3,4 personas, obteniendo una cifra media de valoración de 9,84 sobre 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con estos datos podemos decir, que a mitad de duración del proyecto se realizaron todas las sesiones previas para ese periodo de tiempo, al realizar una sesión semanal, por lo que se cumple el primer indicador. Así como se obtuvo una buena valoración de las mismas por lo que se cumple el segundo indicador. Si bien, la afluencia al segundo ciclo de sesiones fue mas baja de lo esperado, y pese a que no es un indicador marcado a seguir en este proyecto si nos lleva a plantear nuevos objetivos de cara a la continuidad del proyecto, buscando nuevos temas y no repitiendo, así como se nos plantea la posibilidad de contactar con otros sectores, asociaciones... con objetivos afines a fin de captar mas personas interesadas y enriquecer los temas a tratar desde otras perspectivas e inquietudes. También se plantea la posibilidad de entregar información escrita en diferentes idiomas, al acudir madres de diferentes nacionalidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1492 ===== ***

Nº de registro: 1492

Título
GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
ALBERO MARCEN LAURA, OLIVAN OTAL MARIA PILAR, MATEO FERRANDO ANA MARIA, FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER, FERRERAS AMEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Madres de niños entre 0 y 2 años
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general:

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.

Objetivos específicos:

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional

Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternas.

Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.

Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales

Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.

Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales

MÉTODO

1. Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona, Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.

2. Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12'00 a 13'00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de "Canal Imperial". Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).

3. El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.

4. Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

INDICADORES

Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.

Indicador 2: Utilidad: Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

DURACIÓN

Inicio del proyecto: Mayo/2017

Fin del proyecto: Mayo/2018

Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.

2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.

Evaluación final en Mayo/18.

Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

OBSERVACIONES

El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE LAURA ALBERO MARCEN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN OTAL PILAR
MATEO FERRANDO ANA MARIA
FERNANDEZ VALENZUELA ESTHER
FERRERAS AMEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 se han realizado sesiones todos los martes lectivos y los temas que se han tratado han sido:
1. lactancia materna, anatomía, fisiología, posiciones y problemas más habituales
2. extracción y conservación de la leche materna, banco de leche, alimentación y fármacos durante lactancia
3. actuación ante patologías agudas, fiebre, trastornos gastrointestinales, procesos víricos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

se ha conseguido una asistencia media de 7 familias por sesión. y se ha realizado una encuesta mensual donde se puntúa el contenido de la actividad, los aspectos organizativos, evaluación de los profesionales y evaluación global del programa con una calificación media de 9.2 (sobre 10)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la finalización del proyecto se ha conseguido un espacio en el que las madres han compartido dificultades, consiguiendo información apoyo profesional y emocional dándoles confianza en sus habilidades para amamantar y en la toma de sus decisiones y se ha conseguido disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales.

7. OBSERVACIONES.

después de finalizado el proyecto queda consolidado como una actividad ofrecida por el equipo de manera reglada.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1492 ===== ***

Nº de registro: 1492

Título
GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
ALBERO MARCEN LAURA, OLIVAN OTAL MARIA PILAR, MATEO FERRANDO ANA MARIA, FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER,
FERRERAS AMEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Madres de niños entre 0 y 2 años
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2 años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Objetivo general:

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.

Objetivos específicos:

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional

Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternas.

Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.

Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales

Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.

Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales

MÉTODO

1. Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona, Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.

2. Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12'00 a 13'00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de "Canal Imperial". Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).

3. El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.

4. Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

INDICADORES

Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.

Indicador 2: Utilidad: Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1

DURACIÓN

Inicio del proyecto: Mayo/2017

Fin del proyecto: Mayo/2018

Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.

2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.

Evaluación final en Mayo/18.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

OBSERVACIONES

El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1143

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN POBLACION DE 11-12 AÑOS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ELENA ARRIETA HIGUERAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARILLA PORTALATIN MARIA PILAR
AYARZA IZAGUIRRE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
2 SESIONES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SATISFACTORIA. IESS PABLO GARGALLO, DIRECCION

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
BUENA VALORACION, SE DEBERIA INTENTAR DE NUEVO CON MAS TIEMPO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1143 ===== ***

Nº de registro: 1143

Título
HABITOS SALUDABLES EN POBLACION DE 11-12 AÑOS

Autores:
ARRIETA HIGUERAS ELENA, ARILLA PORTALATIN PILAR, AYARZA IZAGUIRRE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: promocion salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La trabajadora social del IES Pablo Gargallo ubicado en la Zona de Salud solicita colaboración con el centro por un problema de higiene que hay en el mismo en parte del alumnado. Se analiza la situación social y de determinantes de la salud de la población objeto conjuntamente con el IES y se propone establecer un proyecto de promoción de la salud en este tema. Se considera que el entorno mejor para hacer una acción de este tipo es el instituto y el entorno del alumnado para actuar con equidad y con la población que lo precisa.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la situación de higiene en el alumnado de 1º ESO de del IES Pablo Gargallo con una acción
-Aprendizaje por parte de los alumnos de la relación que existe entre higiene, salud y mejora de autoestima para que lo apliquen en su vida diaria
-Inicio coordinación educativa y sociosanitaria con el institutito de la zona
-Servir para iniciar la puerta en marcha del servicio de atención comunitaria en el EAP
Población Diana: alumnado de 1º ESO de del IES Pablo Gargallo

MÉTODO
Acciones de coordinación del equipo del proyecto con la trabajadora social del centro educativo para el diseño y la puesta en marcha del proyecto
-Información y comunicación del proyecto en el EAP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1143

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN POBLACION DE 11-12 AÑOS

-Acciones de preparación y diseño de los materiales y actividades (se contará con apoyo del SARES, salud pública)
-Actividades en el instituto. Actividades muy participativas realizadas por profesionales del equipo junto con profesores, educadores y trabajo social del instituto. Trabajo con visionado de cortos y uso de tecnologías de la información en las que a través de juego se adquirieran conceptos y habilidades para poder desarrollar elecciones y actitudes mas saludables en el tema de la higiene. Todas las actividades fomentaran el respeto y la mejora de la autoestima. Para las actividades se dispondrá del material que ofrece el instituto, asi como del material y recursos diseñados por el equipo de trabajo para tal fin (juego higiene-salud).
-Refuerzo desde las consultas de atención primaria a las que puedan acudir el alumnado o sus familias con los mismos mensajes.

INDICADORES

Se evaluará

- Proceso de coordinación y diseño de la actividad (si se responde a los objetivos, si se respeta la equidad, si es participativa)
- La realización de la actividad (asistencia, dificultades, participación)
- Conocimientos y creencias previas y posteriores a la realización.
- Cambios detectados en las aulas tras el proyecto y/o en las consultas del centro de salud

DURACIÓN

Se desarrollará a lo largo del curso escolar, en los meses de Abril, Mayo, Octubre y Diciembre den 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1234

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE PILAR LOPEZ ESTEBAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES ROMERO CARMEN
ARRIETA HIGUERAS ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:

1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Pilar López Esteban como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.

2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA "De la teoría a la acción: un paso adelante" celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas las políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.

3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.

En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.

Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.

Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelera que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.

En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de "Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP".

Esta información se difundió al equipo el día 22 de junio.

La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:

- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.

- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada "Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón"

Pilar López Esteban impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 13/11/2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:

• Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1234

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Esa persona es Pilar López Esteban, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II

Resultado 2018: SI

• El día 13 de noviembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 97% del equipo.

Estándar 2018: 80%

Resultado 2018: 97 %

• Se ha realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas que tuvo lugar en el Centro de Salud el día 13 de noviembre de 2018.

o Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón

• Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.

De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre.

El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.

En San José Sur el indicador seleccionado fue:

- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100

Valor 2017: 19,0%

Objetivo 2018: =19%

Resultado 2018: 20%

Este resultado muestra que se ha mantenido el mismo porcentaje de consumo de macrólidos respecto al total de antibióticos, por lo que se plantea que es necesario trabajar con el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, excepto en reducir el consumo de macrólidos. Por este año consideramos finalizado este proyecto.

En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.

El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, excepto en reducir el consumo de macrólidos. Por este año consideramos finalizado este proyecto.

En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

Limitaciones:

Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas. Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1234 ===== ***

Nº de registro: 1234

Título
INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
LOPEZ ESTEBAN PILAR, GARCES ROMERO CARMEN, ARRIETA HIGUERAS ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Neoplasias

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1234

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas. En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos. A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN). Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria. Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SAN JOSE SUR se considera una oportunidad de mejora revisar la prescripción de macrólidos respecto al total, ya que en los últimos tres años se ha observado un aumento del uso relativo de este subgrupo terapéutico.

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO

1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES

Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)

- Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
- Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
 - Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA)/ Envases antibióticos (J01) x 100

Valor 2017: 19,0%
Objetivo 2018: < 1

DURACIÓN

Cronograma:

- Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
- Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
- Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
- Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
- Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1234

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1249

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C. S. SAN JOSE SUR

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ALFONSO SAMPEDRO FELIU
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ HERNANDEZ FELISA
LOPEZ JIMENO AMPARO
LOPEZ ESTEBAN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA.

Desde el 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada.

Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

En nuestro Centro de Salud, los resultados en el año 2017 fueron: sobre la intervención del tabaquismo fue de 52,45, se propuso superar el 60%.

Y sobre el indicador de porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año, el indicador fue de 6,75.

- Durante el año 2018 se propuso hacer una difusión a los profesionales del Equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas. Se realizó una reunión de todo el equipo el día 11 de abril del 2018.
- Se eligió a Alfonso Sampedro Feliu, médico, miembro del equipo como responsable del proyecto.
- Así mismo se eligieron a Felisa Hernández Hernández y Amparo López Jimeno, enfermeras del equipo como responsables del proyecto, y a Pilar López Esteban, médico miembro del equipo.
- Las actividades de formación sobre deshabitación tabáquica, las realizó el Dr. Sampedro: Curso de deshabitación tabáquica organizado por Dirección del Sector 2. Desde el mes de mayo hasta el mes de noviembre fecha, en la que se realizó la evaluación del mismo
- Las actividades de formación sobre la realización y manejo de espirometrías:
Felisa Hernández Hernández y Amparo López Jimeno, habían realizado ya con anterioridad dos cursos formativos de realización de espirometrías, puesto que se vienen realizando en nuestro centro desde hace aproximadamente 3 años.
- Las actividades formativas sobre autocuidados y manejo de inhaladores en paciente EPOC, también las habían realizado las encargadas del proyecto Felisa Hernández Hernández y Amparo López Jimeno. : aunque se realizan semanalmente al espirometrías
- Respecto a la creación de una consulta monográfica/ charlas a los pacientes EPOC en autocuidados y manejo de inhaladores así como la realización de espirometrías. Estas actividades se han realizado parcialmente: Se realizan espirometrías dos veces por semana pero no se ha estructurado como consulta monográfica, y estaría pendiente al realización de talleres e para el manejo de los inhaladores a los pacientes con EPOC . Se tiene previsto empezar en el mes de marzo-abril, falta concretar pequeños detalles: los profesionales responsables de esta consulta serán: Felisa Hernández Hernández y Amparo López Gimeno, enfermeras de nuestro Centro de Salud.
- En relación a la creación de una consulta monográfica de deshabitación tabáquica, cuyo responsable es el Dr. Sampedro se ha retrasado debido a que la formación que dicho profesional tuvo lugar mas tarde de lo previsto (noviembre). Está previsto el inicio de esta consulta monográfica en los próximos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al finalizar el año 2018, los resultados alcanzados en nuestro equipo han sido los siguientes:

- Se han designados unas personas claves para liderar las actividades sobre el proyecto de mejora en la atención al paciente EPOC, y para comenzar las consultas monográficas, relacionadas con el mismo.
- Se ha realizado la formación de los profesionales para la puesta en marcha de las consultas monográficas
- Se ha iniciado el proceso de la creación de dos consultas monográficas, aunque aún no se su puesta en funcionamiento está prevista en los próximos meses:

1. Consulta monográfica cuyo nombre será: Deshabitación tabáquica y el profesional que la presentará será el dr. Alfonso Sampedro Feliu.

2. Consulta monográfica cuyo nombre será: Espirometrías y educación al paciente EPOC y las profesionales que la presentarán serán: Felisa Hernández Hernández y Amparo López Jimeno, enfermeras de nuestro centro de salud

- El porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del centro de salud:

Objetivo era 0%. Este objetivo si no se ha cumplido ha sido por fallos técnicos, hemos tenido estropeado el espirómetro en varios momentos del año, y es entonces cuando se han enviado algunas a realizarlas al CME de San José, no a Consultas de Neumología como interconsulta, sino a las consultas de enfermería de espirometrías, que hay en dicho CME, se realizaban allí, pero éramos nosotros quien las valoraba y diagnosticaba. Ya se ha comentado anteriormente, que en este centro de salud, Felisa Hernández Hernández y Amparo López Jimeno, las realizan en una consulta preparada para ello y mediante cita desde hace aproximadamente 3 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1249

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C. S. SAN JOSE SUR

- El relación a los objetivos clínicos marcados para el año 2018, aunque no se han alcanzado el estándar se ha producido una mejoría en la mayoría de ellos:
 - . Intervención sobre el tabaquismo. Objetivo: superar el 60%. Se ha obtenido 52,83% (siendo en el 2017: 52,45).
 - . Detección del consumo de tabaco. Objetivo: 40%. Se ha obtenido 31,31% (siendo en el 2017: 26,92%).
 - . Razón Prevalencia de EPOC. Objetivo >5. Se ha obtenido 2,25 (siendo en el 2017 de 2,28).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se ha mentalizado de la importancia del proyecto de mejora en la atención al paciente EPOC, así como en el problema de su diagnóstico y su registro, dándonos cuenta que no es tarea fácil, ya que es una patología muy prevalente y que está infra diagnosticada, por lo que debemos de poner más empeño en los registros. Así como insistir más en la detección del tabaquismo y de su prevención.

- Es difícil llegar a los objetivos marcados, pero hemos mejorado en casi todos, respecto el año anterior.
- Por lo que hemos decidido en seguir con el proyecto de mejora por lo menos un año más.
- Y que estamos seguros y con esperanza que las dos consultas monográficas que van a comenzar en breve tiempo, nos ayudarán a conseguir los objetivos marcados y las actividades a realizar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1249 ===== ***

Nº de registro: 1249

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. SAN JOSE SUR

Autores:
SAMPEDRO FELIU ALFONSO, HERNANDEZ HERNANDEZ FELISA, LOPEZ JIMENO AMPARO, LOPEZ ESTEBAN PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.
En nuestro Centro de Salud, los resultados en el año 2017 fueron: sobre el indicador de Intervención del tabaquismo fue de 52,45, nos proponemos superar el 60%.
Y sobre el indicador de porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año, el indicador fue de 6.75

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1249

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C. S. SAN JOSE SUR

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo. Se crea una consulta monográfica sobre deshabituación tabáquica, control y seguimiento
2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3. Estimular la realización de espirometrías. Se realizaran en las consultas monográficas a la vez que los autocuidados al paciente EPOC
4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monográfica /charlas a los pacientes con EPOC sobre autocuidados y manejo de inhaladores, además de la realización de las espirometrías cuando se precise.

MÉTODO

- Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
- Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
- Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
- Creación de una consulta monográfica / charlas al paciente EPOC en autocuidados y manejo de inhaladores así como la realización de espirometrías, cuando se precisen.
- Creación de una consulta monográfica de deshabituación tabáquica, control y seguimiento.

INDICADORES

- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: Superar el 60% (Actualmente en el EAP 52.45).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 26,92).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: >5. (Actualmente 2,28)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
- Implantación de Consultas Monográficas en: Cuidados de EPOC y manejo de inhaladores y realización de espirometrías y otra de Deshabituación Tabáquica. Objetivo: SI/realización de charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidado /manejo de inhaladores. Objetivo: SI / 2 charlas al año

DURACIÓN

- Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
- Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
- Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC
- Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0025

1. TÍTULO

PASEO SALUDABLES SAN JOSE

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DE ORTE PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERRAZAS IMAZ BEATRIZ
SANTOS GUERRERO MARIA SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La actividad se realizó todos los miercoles a las 12 horas de la mañana con salida desde la puerta del Centro del Salud, con acompañamiento de personal sanitario y estudiantes, su duracion fue de aproximadamente una hora en paseos de marcha leve / moderada de acuerdo con la condicion fisica de los participantes. Al inicio y al finalizar se realizaron ejercicios de calentamiento y estiramiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras ocho meses de actividad, en mayo de 2019 se rellenó una encuesta por parte de los asistentes durante dos sesiones de paseos, con una participacion de 26 personas, las cuales se sienten muy satisfechas con la actividad, con una valoracion final de 8'75 / 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No solo se consigue convertir la realización de la actividad física en un hábito sino que se fomenta las relaciones interpersonales entre el grupo y éste con el personal del Centro de Salud. Todos los participantes han aprendido los ejercicios de calentamiento y de estiramiento que siempre son los mismos para poder hacerlos en su domicilio. La mayoría de los asistentes son mujeres (9/10)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/25 ===== ***

Nº de registro: 0025

Título
PASEO SALUDABLES SAN JOSE

Autores:
DE ORTE PEREZ MARIA, TERRAZAS IMAZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Poblacion del barrio envejecida y personas que viven solas mayoritariamente viudas que necesitan relacionarse

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes a traves del ejercicio fisico e intentar incorporarlo a su rutina

- Favorecer las relaciones sociales entre los participantes y éstos con el personal del centro

- Promocionar estilos de vida saludables

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0025

1. TÍTULO

PASEO SALUDABLES SAN JOSE

La actividad se realizará los lunes y miercoles a las 12 horas de la mañana, con acompañamiento de personal y estudiantes del Centro de salud, su duracion sera aproximadamenete de una hora. Consistirá en paseos de marcha leve/moderada de acuerdo con la condicion fisica de los participantes. Al inicio y al finalizar se realizaran ejercicios de calentamiento y estiramiento

4.- Indicadores y evaluacion

Al finalizar el proyecto se rellenará una encuesta para valorar el grado de satisfaccion de la actividad. Se preguntaran sugerencias para mejorar la actividad

5.- Duracion y calendario previstos

El proyecto comenzo en septiembre 2018

INDICADORES

Al finalizar el proyecto se rellenará una encuesta para valorar el grado de satisfaccion de la actividad. Se preguntaran sugerencias para mejorar la actividad

DURACIÓN

desde septiembre 2018 hasta junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0090

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN SAN JOSE

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR DE LOS ARCOS FERNANDEZ DE HEREDIA

· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DE ORTE PEREZ MARIA
SANTOS GUERRERO MARIA SOLEDAD
LOPEZ ESTEBAN PILAR
SAMPEDRO FELIU ALFONSO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La soledad, tanto objetiva como subjetiva, repercute directamente, de forma negativa en la satisfacción de las necesidades más vitales, en la salud, en la relación con su entorno, en el acceso a los servicios comunitarios de apoyo que necesitan, en su seguridad, en su nutrición y en su calidad de vida en general.

Desde el comienzo del proyecto hasta ahora hemos realizado reuniones con el Centro de Convivencia de San Jose para conocer de cerca el centro, su funcionamiento y los recursos que ofrecen. Una vez al mes nos llega por email el tríptico que realiza el centro con las actividades nuevas que proponen

Con ello todos los que formamos parte del grupo estamos siendo conocedores de las actividades que se desarrollan en nuestro entorno, y así poderlas transmitir al resto de nuestros compañeros de trabajo. Muchas veces, las personas del

barrio no saben todos los recursos que tienen a mano.

Otro componente con el que contamos es el voluntariado, desde la ONG Seniors en Red con el objetivo de combatir la soledad de los mayores. Voluntariado de acompañamiento en el domicilio, centro de día o residencia, desplazamiento hasta la consulta sanitaria...

Desde el Centro de Salud se realizan "los paseos saludables", una actividad que permite además de hacer ejercicio relacionarse como el resto de los participantes y éstos con el personal sanitario que les acompañamos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A través de la consulta tanto de medicina como de enfermería tras detectar la soledad no deseada en muchos de los pacientes hemos tratado de proporcionarles los servicios y recursos del barrio con el fin de mantener el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y en la sociedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tenemos previsto reunirnos con Harinera ZGZ que como centro cultural comunitario del barrio tiene mucho que ofrecer sobre este tema

Queda pendiente realizar una sesión clínica junto con el personal del Centro de Salud de Venecia que lleva un proyecto sobre este tema para poder compartir experiencias

Este proyecto continuará a lo largo del 2020

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/90 ===== ***

Nº de registro: 0090

Título

LA SOLEDAD NO DESEADA EN SAN JOSE

Autores:

DE LOS ARCOS FERNANDEZ DE HEREDIA MARIA PILAR, DE ORTE PEREZ MARIA, LOPEZ ESTEBAN PILAR, SANTOS GUERRERO MARIA SOLEDAD, SAMPEDRO FELIU ALFONSO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Ancianos

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0090

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN SAN JOSE

Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se han detectado situaciones de soledad no deseada en personas mayores en el barrio San Jose, con escasas redes de apoyo (tanto familiar, de vecindario y servicios públicos), junto con un modelo urbanístico que favorece el aislamiento (barreras arquitectonicas)

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer la problemática y necesidades actuales de soledad no deseada en la población mayor del barrrio de salud San Jose
- Proporcionar a este grupo de población una asistencia integral, acorde con sus necesidades y expectativas de salud manteniendo el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y en la sociedad.
- Informar de los recursos existentes en el barrio asi como ONG que tratan el tema de la soledad

MÉTODO

Los miembros del equipo dan a conocer todas las actividades comunitarias y grupales que se realizan a en el barrio, asi como las ONG pertinentes en la consulta de Atencion Primaria

INDICADORES

Se realizara un seguimiento de la población en las actividades / recursos ofrecidos antes y despues de realizarlas

DURACIÓN

El Proyecto tiene una duración prevista de un año, de Diciembre 2018 a Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0946

1. TÍTULO

RECOMENDACION ACTIVOS PARA LA SALUD Y SOLEDAD EN VENECIA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN BELEN BENEDE AZAGRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AYARZA IZAGUERRI CARMEN
SOLA ANTON JOSE FERNANDO
DUEÑAS GIL EVA
GOMEZ LANZUELA CRUZ CARMEN
MURILLO MORENO ROSA
MARCUELLO AZON MARIA JOSE
PUEYO GINES ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se forma el grupo de trabajo y del equipo (Marzo 2019). Se realiza sesión de sensibilización en entorno junto con Teatro Comunitario de San José sobre Soledad (Marzo 2019)
- Se realizan formación sobre atención comunitaria de miembros del equipo (Marzo, Octubre y Noviembre 2019)
- Reuniones de coordinación durante todo el proyecto del núcleo proyecto (trabajo Social, Admisión y MFyC. Se crea un correo electrónico del grupo de trabajo eapveneciac@gmail.com.
- Solicitud a DAP datos sobre códigos de codificación en OMIAP (Julio 2019)
- Entrevistas miembros EAP, pacientes y agentes sociales sobre activos para la Salud y Soledad (Junio-Octubre 2019)
- Contacto con posibles activos para la salud propuestos (octubre 2019)
- Reunión presencial intersectorial y con recursos comunitarios en el centro de salud junto a diversos profesionales del equipo. Presentación Proyecto. Mapeo de Activos para la salud en soledad (noviembre 2019)
- Se reciben datos solicitados de codificación en OMI-AP (noviembre 2019)
- Adhesión de los activos para la salud y recursos al proyecto. (diciembre 2019)
- Elaboración ficha de activos para la salud (enero 2020)
- Formalización de los acuerdos con reuniones de coordinación con cada activo para la salud (enero y febrero 2020) y generación ficha conjunta e inclusión en el buscador de activos para la salud

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- En este momento se han empezado a realizar el análisis de los datos cuantitativos remitidos por la DAP en Noviembre de 2020. En diciembre y enero por motivos asistenciales no se ha podido realizar, y se han priorizado los contactos y reuniones con los recursos y activos comunitarios.
- Se ha generado un grupo de trabajo intersectorial con recursos comunitarios
- Se han realizado reuniones de coordinación del equipo del proyecto
- Se ha elaborado una ficha de recogida de la información y se han iniciado los procesos de coordinación con Asociaciones, Centros Municipales de Mayores, Residencias, Centros Sociales de la Zona básica de Salud y Centro Deportivo Pepe Garcés del Ayuntamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las siguientes acciones pendientes:

- Analizar los datos recibidos sobre la codificación en OMI-AP y formar a los profesionales del equipo en dicha codificación y sensibilización con el problema que supone la soledad no deseada y el aislamiento social. (febrero 2020)
- Finalización reuniones con los activos para la salud y recursos (febrero 2020)
- Creación grupo trabajo intersectorial con las propuestas (marzo 2020)
- Generación y desarrollo circuito recomendación de activos según Guía Recomendación de Activos AP con la información final (marzo 2020)
- Sesión EAP sobre Recomendación de activos (marzo 2020)
- Inicio Circuito de recomendación de activos (marzo 2020)
- Actividades evaluación seguimiento proyecto (Junio y Septiembre 2020) evaluación final y propuestas mejora (10-12/2019 y 1/2020)
- Evaluación final participada Diciembre 2020
- Elaboración Memoria final (Enero 2021)
- Difusión proyecto Jornadas Calidad (Junio 2021)

7. OBSERVACIONES.

El proyecto está resultado muy gratificante y los recursos comunitarios están muy interesados. Para los contactos y reuniones con los recursos se precisa mas tiempo del que inicialmente planteamos, ya que nuestro centro de salud tiene una presión asistencial alta y no disponemos de muchas posibilidades de reunión, por lo que hemos ampliado el cronograma del proyecto y por ello se presenta memoria de continuación del mismo. Además no hemos recibido los datos hasta finales de año 2019 para evaluar la codificación. Creemos que la ampliación del cronograma va a revertir en que el esquema de recomendación de activos generado sea mas sostenible. Así mismo se ha mostrado interés por parte de los profesionales de San José Sur el poder replicar el mismo proyecto en su Zona. Se esta valorando positivamente ya que los dos Equipos (Venecia y San José) están ubicados en mismo edificio y muchos de los recursos son compartidos por la población.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0946

1. TÍTULO

RECOMENDACION ACTIVOS PARA LA SALUD Y SOLEDAD EN VENECIA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/946 ===== ***

Nº de registro: 0946

Título
RECOMENDACION ACTIVOS PARA LA SALUD Y SOLEDAD EN VENECIA

Autores:
BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN, AYARZA IZAGUERRI CARMEN, SOLA ANTON JOSE, DUEÑAS GIL EVA, GOMEZ LANZUELA CRUZ CARMEN, MURILLO MORENO ROSA, MARCUELLO AZON MARIA JOSE, PUEYO GINES ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Personas con diagnóstico de soledad y/o aislamiento social
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La soledad y aislamiento social (AS) determinan la salud personas que atendemos en Atención Primaria (AP).50% pueden presentarlas.Es importante detectarlas por su impacto en bienestar y esperanza de vida al ser factor de riesgo morbi-mortalidad.Las personas que viven solas,con pluripatología, cuidadoras,síntomas depresivos,insomnio,viudedad jubilación,paro o empobrecimiento son más vulnerables. Actuaciones individuales en AP tienen poca efectividad.Son más efectivas las grupales, participativas, multidisciplinares,intersectoriales y comunitarias.En ZBS de Venecia presentamos un porcentaje hogares unipersonales alto 15,29%, sobreenviejecimiento de 15, 57%,tasas personas > 65 años de 25,94% llegando casi al 5% personas >85 años y objetivamos importancia de casos de soledad y aislamiento con aumento de hiperfrecuentación, medicalización y frustración.Planteamos proyecto para detectar estas situaciones y orientar la practica a determinantes para realizar intervenciones basadas en evidencia en cooperación con otros recursos comunitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar formación personal EAP sobre soledad y AS
-Detectar casos de soledad y AS y codificar adecuadamente, en especial en mujeres, ancianos y población vulnerable
-Detectar casos población anciana utilizando Escala UCLA validada.
-Facilitar coordinación entre recursos comunitarios, activos para la salud y centro de salud
-Reducir proceso medicalización en soledad y AS, favoreciendo estructuración desmedicalizadora en consulta
-Generación circuito recomendación activos para la salud en EAP en casos soledad y AS utilizando guía recomendación activos para AP

MÉTODO
-Actividades creación y coordinación grupo trabajo (3-4/2019)
-Formación grupo trabajo y equipo. Sesiones sensibilización en entorno(4-5/2019)
-Actividades coordinación con recursos comunitarios para diseño, desarrollo y evaluación (4-5/2019)
-Planteamiento codificación y acciones consulta individual (Códigos,Uso Escala UCLA, Riesgo Social, propuestas desmedicalización) (5-6/2019)
-Creación grupo trabajo intersectorial sobre soledad en ZBS, diagnóstico participativo y propuestas recomendación de activos y/o comunitarias (5-6/2019)
-Generación y desarrollo circuito recomendación de activos según Guía Recomendación de Activos AP (7-8-9-10-11-12-1/2019)
-Plan comunicación equipo EAP(todo proyecto)
-Actividades evaluación seguimiento proyecto, evaluación final y propuestas mejora (10-12/2019 y 1/2020)
-Comunicación resultados (2/2020)
-Difusión proyecto Jornadas Calidad(6/2020)

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0946

1. TÍTULO

RECOMENDACION ACTIVOS PARA LA SALUD Y SOLEDAD EN VENECIA

Evaluación cuantitativa recomendación activos para la salud con datos protocolo OMI-AP, junto con cualitativa participativa al final proyecto

- *Indicadores cuantitativos:
 - Nº de códigos utilizados sobre soledad pre y post proyecto.
 - % pacientes con grado moderado soledad según Escala UCLA
 - % pacientes con grado severo soledad según Escala UCLA
 - Nº pacientes con diagnósticos soledad que se realizado protocolo revisión estructurada medicación
 - Nº de protocolos "Activos para la salud" iniciados para diagnósticos de soledad por grupos de edad, sexo, diagnósticos soledad, TSI, tipo profesional
 - Nº Derivación trabajo social
 - Asistencia al activo
 - Grado satisfacción paciente
 - Valoración profesional grado mejoría
- *Evaluación cualitativa: grupo focal final para evaluación participativa

DURACIÓN

Inicio Marzo 2019, Fin Febrero 2020. Calendario se adjunta en apartado 6

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1251

1. TÍTULO

INCORPORACIÓN DEL EAP DE SAN JOSÉ SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR LOPEZ ESTEBAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN JOSE SUR
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANZA PILAS JESUS
DE LOS ARCOS FERNANDEZ DE HEREDIA MARIA
SANTOS GUERRERO MARIA SOLEDAD
DE ORTE PEREZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas. El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de amoxi-clavulánico, quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, midecamicina y roxitricina), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector. En el EAP San José Sur para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

- Abordaje de infecciones respiratorias: fecha: 16/04/2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha: 26/11/2019

estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.

En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 2-3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.

Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1251

1. TÍTULO

INCORPORACIÓN DEL EAP DE SAN JOSÉ SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación, macrólidos y amoxicilina-clavulánico, quinolonas.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

- o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 11,9, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 1,89).

- o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación/macrólidos/quinolonas/amoxicilina-clavulánico.

En diciembre 2018 el valor era...36,10%... siendo en diciembre 2019 de

- % envases amoxicilina/total envases amoxicilina-clavulánico: 65,90%
- % envases macrólidos/total envases antibióticos: 18,10%
- % DDDs quinolonas/total DDDs antibióticos:8,80%
- % DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos:2,60%

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª gen/macrólidos/quinolonas/amoxicilina clavulánico de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª gen/macrólidos/quinolonas/amoxicilina clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron: 13,79%

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª gen/macrólidos/quinolonas/amoxicilina clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 11,9%

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.

Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.

Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1251

1. TÍTULO

INCORPORACIÓN DEL EAP DE SAN JOSÉ SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

7. OBSERVACIONES.

En nuestro EAP, no hemos conseguido los objetivos deseados, lo que el equipo se había propuesto, por lo que decidimos continuar en el mismo proyecto, haciendo un seguimiento mas adecuado, realizaremos sesiones clínicas de revisión de prescripción de cada miembro del EAP y revisión de casos clínicos con el fin de mejorar y llegar a objetivos en el próximo año.
Y además la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.
Seguiremos insistiendo en llegar a objetivos y siguiendo las indicaciones y actividades desde el grupo PROA AP Sector 2

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1251 ===== ***

Nº de registro: 1251

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SAN JOSE SUR

Autores:
LOPEZ ESTEBAN PILAR, SANZA PILAS JESUS, FERNANDEZ GARCIA ANA, DE ORTE PEREZ MARIA, SANTOS GUERRERO MARISOL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial.

En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11.

La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación del uso de ATB y su adecuación: la incertidumbre diagnóstica, la carga de trabajo, el empirismo de los tratamientos, las expectativas de los pacientes, etc. Sin embargo existen algunas actuaciones o recomendaciones válidas para la práctica clínica diaria que han probado su eficacia en la reducción del consumo de antibióticos, como la optimización de la información clínica, la utilización de métodos de diagnóstico rápido, la elección correcta del ATB, la prescripción diferida, la revisión periódica de las actuaciones, etc

A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea. Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP SAN JOSÉ SUR se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 2,2% de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1251

1. TÍTULO

INCORPORACIÓN DEL EAP DE SAN JOSÉ SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

y no haya otras alternativas disponibles.

- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación.

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas con las infecciones del tracto respiratorio y con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

- N° de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
 - o Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
 - N° de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
 - o Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
 - Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
 - Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): $\text{DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD)} / \text{DDD antibióticos (J01)} \times 100$
Valor 2018: 2,2 %
Objetivo 2019: =2,0%
 - Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 61,36 %
Objetivo 2019: Disminuir
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias.
Valor 2018: 17,80%
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
-Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0778

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE SELMA VALVERDE ARANDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MAZA INVERNON ANA CRISTINA
MARTINEZ CASBAS PEDRO
BENEDI ARTAL SONIA
SAMITIER LERENDEGUI MARIA LUISA
CASTRO PINEDO NATIVIDAD
MURO BADIA MARIA JESUS
CAUSAPE ALMENARA MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reuniones del grupo de calidad : 7 reuniones en 2017 (enero, febrero, marzo, mayo, junio, julio y septiembre). Las actas de las reuniones del grupo de calidad se recogen en el Servidor San Pablo (Documentación interna_Comisión de Calidad_Actas reuniones).
-Sesiones del grupo de calidad al EAP : sirve para comunicar el proyecto y sus resultados a los profesionales : reunión realizada el 29/03/2017
-Revisión por la dirección : se ha realizado con fecha 04/04/2017
-Auditoría interna : se ha realizado con fecha 23/06/2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-En 2017 se ha conseguido mantener la certificación ISO 9001 realizándose las actividades comentadas anteriormente.
- Se han transmitido al equipo los resultados obtenidos en el Acuerdo de Gestión del año precedente (2016) .
- Se ha realizado el registro y seguimiento de incidencias (16) : se mantiene el registro unificado de incidencias en el Servidor San Pablo (Documentación interna_ normas ISO_listado y registro de no conformidades _listado de incidencias) . Se han realizado acciones para animar al registro de incidencias . Se han analizado dichas incidencias en las reuniones del grupo de calidad (ver actas).
- Se ha realizado el seguimiento de las no conformidades abiertas tras la auditoria interna del año precedente (2016) (2) : se ha reflejado en las actas de las reuniones del grupo de Calidad.
- Se han analizado los puntos fuertes en los diversos capítulos especificados por la Norma UNE-EN ISO 9001 obtenidos tras la Auditoría interna de 2017
*Sistema de Gestión de la Calidad : Está recogido en manual de acogida el sistema de organización ante un aviso urgente.
*Gestión de recursos: Existe un sistema de gestión del material que se entrega a los pacientes para la realización de curas en el domicilio.
*Realización del producto: Existe una notable implicación de los profesionales de este EAP en actividades de Atención comunitaria. Los profesionales de admisión explican de forma sistemática los Plazos de garantía en atención especializada.
*Medición, análisis y mejora: El EAP tiene descrito el procedimiento para la atención a Segundas y terceras víctimas.

- Se han analizado los puntos de mejora en los diversos capítulos especificados por la Norma UNE-EN ISO 9001 obtenidos tras la Auditoría interna de 2017, poniendo en marcha las acciones pertinentes para su corrección:
*Sistema de Gestión de la Calidad : No existe evidencia del control de documentación, se han encontrado varios registros sin controlar.(Por ejemplo registro de los materiales proporcionados a los pacientes para curas en domicilio)
*Responsabilidad de la Dirección : No existe evidencia de la respuesta ni en plazo ni contenido a las reclamaciones interpuestas al EAP. No existe evidencia de que la totalidad de los profesionales tengan claves operativas para el acceso al cuadro de mandos.
*Gestión de recursos: No existe evidencia de una recepción adecuada de los pedidos, pues la documentación se encuentra fuera de centro de salud. No se ha podido evidenciar el control de equipamiento.
- Se han abierto no conformidades tras la auditoría del año 2017 : (3) relacionadas con la retirada de los contenedores de agujas para los pacientes, la escasez de material de curas de enfermería, y los resultados en la respuesta de interconsultas de especialistas . Esta última se ha resuelto parcialmente desde la incorporación del EAP al sistema de interconsulta virtual en 2017.
- Se han revisado los resultados obtenidos en los indicadores clínicos del acuerdo de Gestión 2017, así como en los objetivos de uso racional del medicamento (URM) . No obstante, como los datos se acaban de recibir (febrero 2018), está pendiente realizar un análisis más detenido y la puesta en común al EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se considera de gran utilidad para el buen funcionamiento del EAP mantener la Certificación ISO, ya que permite detectar los problemas y tender a la mejora continua en la prestación de los servicios de atención de salud propios de atención primaria (promoción y educación sanitaria, prevención de la enfermedad y asistencia sanitaria) .
- Se ha mejorado en algunos indicadores clínicos del Acuerdo de Gestión y en otros se ha empeorado. Está pendiente informar al equipo y analizar las causas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0778

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO

- Está pendiente realizar el análisis de los resultados obtenidos en los objetivos de URM incluidos en el acuerdo de gestión clínica 2017.

7. OBSERVACIONES.

Todo el Equipo está muy implicado en la gestión de la calidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/778 ===== ***

Nº de registro: 0778

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO

Autores:
VALVERDE ARANDA SELMA, MAZA INVERNON ANA CRISTINA, MARTINEZ CASBAS PEDRO, BENEDI ARTAL SONIA, SAMITIER LERENDEGUI MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP de San Pablo del sector Zaragoza II se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2010.

Nuestro plantenamiento es mantener la certificación ISO 9001

RESULTADOS ESPERADOS
La prestación de los servicios de atención de salud propios del nivel de atención primaria, incluyendo promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad y asistencia sanitaria, adoptando el sistema de gestión de calidad (norma ISO 9001)

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Tras la Auditoría Interna (26/04/2016), se destaca la necesidad de formación en diversas áreas, como pueden ser el seguimiento del cuadro de mandos de diabetes o los registros en OMI de las interconsultas con Atención Especializada. Se va a plantear como sesiones en el plan de formación de 2016-2017.

En relación a las no conformidades abiertas, se mantiene abierta la NC-3 relacionada con equipamiento (solicitud de megafonía nueva). En relación con el procedimiento de esterilización se está en proceso de adaptación de la norma del sector.

Asimismo se pretende la mejora de los datos de los indicadores de objetivos marcados por la dirección, aunque algunos de ellos no se tienen datos previos al ser de nueva evaluación.

INDICADORES

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0778

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO

Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: abril 2017

Revision por la Direccion: mayo 2017

Auditoria Externa: junio 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.

-Formación de los profesionales y sesiones del CS (sept2016-junio2017)

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados (cada cuatrimestre 2016-2017)

-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0860

1. TÍTULO

GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE NIMA PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESCARTIN LASIERRA PATRICIA
GIMENO FELIU LUIS ANDRES
ALONSO BARRIO PAULA MARIA
PASTOR SANZ MARTA
GOMEZ MAINAR IRIS
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Semanalmente se realizan 5 paseos de aproximadamente 1 hora de duración que parten del CS. Los lunes y miércoles son paseos con acompañamiento de miembros del EAP, estudiantes y personal sanitario en formación (MIRes y EIRes). Cada año participan como acompañantes unos 25 profesionales distintos del EAP, incluyendo auxiliares administrativas. Los martes, jueves y viernes el grupo de paseo sale de forma autónoma. Los paseos constan de unos ejercicios de calentamiento previos y ejercicios de estiramientos y relajación posteriores a la actividad física. Además, se han realizado actividades paralelas a los paseos:

- Colaboración de los paseantes en otras actividades comunitarias como el rodaje del corto 'El poder del chaleco'
- Desayuno cardiosaludable con la Asociación de Detallistas del Mercado Central.
- Taller sobre Ruido y Salud en el Servicio de Mediación del barrio (Amediar)
- Paseo cardiosaludable conjunto con paseantes de la asociación de vecinos del barrio de Delicias, realizado el jueves 25 de mayo, finalizando con un almuerzo saludable.
- Paseo cardiosaludable con paseantes del CS Rebolería, realizado el miércoles 14 de junio, acabando el mismo con un almuerzo 'de hermandad'
- Paseo con almuerzo celebración fin de curso: realizado el miércoles 28 de junio.

A nivel interno, hemos realizado dos reuniones organizativas del grupo de mejora de calidad de los paseos, además de sesiones clínicas y de EAP en las que se ha recordado la prescripción de ejercicio físico y se ha valorado la mejora en el registro de las actividades realizadas a través de una agenda específica de Educación para la Salud en OMI-AP.

También se ha presentado la actividad a la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se trata de una actividad comunitaria consolidada, con buena acogida por parte de los pacientes y del propio EAP. Actualmente hay un grupo fijo de unos 22 paseantes al que cada día se añade una o dos personas nuevas.

Cabe destacar que los profesionales implicados en el desarrollo de la actividad no son sólo personal sanitario, sino que también participa de forma activa personal administrativo del CS.

Se incluye como actividad formativa para estudiantes de medicina, enfermería y fisioterapia que rotan por el CS. Del mismo modo, dentro de la formación de MIRes y EIR se incluye esta actividad como una más dentro del trabajo habitual del CS, valorando la realización de actividades comunitarias como ésta como parte de la labor asistencial del centro y dentro de los objetivos de formación MIR establecidos en el programa oficial de la especialidad.

Se hace una evaluación mediante una encuesta cada tres meses, aquí está el del último trimestre:

https://docs.google.com/forms/d/1R5tiP1J4l9apmQwrfYVdT_GhV9H2Em3bQhWUgXiHPlg/edit?usp=sharing

Al final de la temporada de los paseos (final de junio), se pasó una encuesta a los paseantes para conocer su grado de satisfacción con la actividad, mas ideas de mejora; se cumplimentaron un total de 12 encuestas, con los siguientes resultados:

La mayoría de paseantes son mujeres, entre 65 y 75 años, pertenecientes al centro de salud; un 72% acuden dos días por semana. La mayoría acuden desde hace menos de dos años, y un 25% de los encuestados, más de 3 años.

Un 54% fueron animados al paseo por su médico de familia, un 18% por enfermería, 18% amigos y otro 18%, por carteles colocados en el centro. En cuanto a percepción de mejora en la salud, la mayoría considera que ésta ha mejorado bastante-mucho, en particular los aspectos relacionados con la fatiga y la mejora de las relaciones sociales y el estado anímico. Además, 11 de los 12 encuestados realizan alguna actividad física añadida, como gimnasia de mantenimiento y baile.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los paseos cardiosaludables son una intervención sencilla de realizar que tiene un impacto importante en la salud y en la percepción de la misma por parte de sus participantes (profesionales y ciudadanía). Su implantación precisa únicamente de voluntad por parte del personal del centro de salud con apoyo de la dirección para hacer frente a las posibles dificultades organizativas. Es un proyecto sostenible en cuanto que no precisa material específico y que puede ser replicado con facilidad en cualquier otro entorno.

Como posibilidad de mejora estaría ampliar el número de paseantes mediante captación activa y la mejora en los sistemas de registro (limitación de la agenda de EPS en OMI-AP).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0860

1. TÍTULO

GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/860 ===== ***

Nº de registro: 0860

Título
GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

Autores:
PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA, ESCARTIN LASIERRA PATRICIA, GIMENO FELIU LUIS ANDRES, ALONSO BARRIO PAULA MARIA, NUIN CONS ELENA, PASTOR SANZ MARTA, GOMEZ MAINAR IRIS, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades de Promoción de la Salud en población general.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El sedentarismo o falta de ejercicio físico es uno de los males endémicos de nuestra sociedad del siglo XXI. Se acompaña de otros problemas asociados músculo esqueléticos, enfermedades cardiovasculares, obesidad y otras patologías como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades mentales y otros. La Organización Mundial de la Salud, las principales líneas de acción de la Estrategia Europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad o el Ministerio de Sanidad y Política Social a través de la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad, también conocida como Estrategia NAOS recomiendan la realización de actividad física además de una dieta adecuada. En Aragón, como marco de promoción de alimentación y actividad física se desarrolla la Estrategia PASEAR. Las últimas recomendaciones, dentro de la Estrategia de Promoción y Prevención del SNS recomiendan la realización de al menos 150 minutos de actividad física a la semana para personas adultas. También somos conscientes de cómo los determinantes sociales influyen en la salud de la población y como una favorable red social puede ser un factor protector de la salud. Atendiendo a la necesidad de mejorar la salud de las personas, no solo a través de la atención clínica en las consultas si no también con intervenciones comunitarias proponemos la continuidad de un programa de paseos cardiosaludables que estimulen la realización de ejercicio físico entre nuestros pacientes y la mejora de sus redes sociales.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mantener esta actividad comunitaria como recurso para la prescripción de ejercicio físico en las consultas
- Mejorar el registro de realización de actividades comunitarias
- Mejorar la formación en prescripción y realización de ejercicio físico por parte del CS y otros CS
- Valorar la satisfacción de las personas participantes en los paseos y la mejora de su calidad de vida a través de encuesta de satisfacción creada ad hoc.

MÉTODO
Proyecto ya consolidado, con continuidad.

INDICADORES
Valoración de la auto-percepción de su salud en las personas participantes a través de encuesta realizada ad-hoc y autoadministrada.
Valoración de las características de la población participante en cuanto a edad, sexo, patología crónica, etc.
Valoración de la realización de otras actividades complementarias a los paseos, como la participación en el Gimnasio de Mayores sito en el solar junto al CS.

DURACIÓN
La actividad tiene duración anual, con periodos de descanso entre los meses de junio y agosto, coincidiendo con los periodos vacacionales más largos.
Las actividades se desarrollan según calendario, con sesiones clínicas al EAP trimestrales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0860

1. TÍTULO

GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

La encuesta de valoración ad hoc de los participantes se autoadministra de forma bianual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1075

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA NUIN CONS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ MAINAR IRIS
MARCO BRUALLA MARIA
ALONSO BARRIO PAULA MARIA
EGUILUZ LOPEZ MERCEDES
COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se dividió en cuatro fases bien diferenciadas. Actualmente se han realizado las dos primeras. Hemos creído conveniente posponer y replantear metodológicamente las últimas dos fases, dado que en los últimos meses se han producido cambios a nivel de la comunicación/derivación entre Atención Primaria y Atención Especializada, introduciendo la "Interconsulta virtual".

-Primera fase: En la primera fase teníamos como objetivo analizar la situación actual de aquellos pacientes con diagnóstico "Hepatitis viral" (CIAP D72) en el Centro de salud San Pablo. Para ello se solicitaron los datos de dichos pacientes adscritos a la base de datos de usuarios del centro de salud San Pablo, al servicio de informática del Sector Zaragoza 2. Se cumplieron los siguientes criterios de Exclusión: Episodios CIAP D72 que corresponden a errores de codificación y no hacen referencia a Hepatitis. Pacientes con episodio CIAP D72 abierto en el que no se han realizado serologías o no hay constancia de las mismas en el episodio, historia clínica electrónica o historia en papel. Pacientes con diagnóstico de Hepatitis A. Se realizó la recogida de datos a través de la información que consta en OMI-AP, historia clínica electrónica e historia de papel previa a la informatización de nuestro centro de salud en 2003, elaborando una base de datos, donde constaran: Diagnóstico: portador inactivo VHB, infección VHB pasada con estado de inmunidad, infección crónica VHB, infección VHB pasada sin anticuerpos antiHBs, VHB sin solicitud de ADN viral, infección por VHC pasada, infección por VHC crónica; Si existía o no derivación a atención especializada (Digestivo y/o Infecciosas); Si había recibido tratamiento para esta infección y había sido registrado; Genotipo del VHC; Si se había realizado la carga viral a lo largo del transcurso de la infección; Si hubo curación, con o sin tratamiento.

Posteriormente se analizaron los datos obtenidos, realizando un estudio observacional retrospectivo.

- Segunda Fase: En la segunda fase del proyecto se estableció contacto vía email con los responsables de los diferentes servicios de Atención Especializada que estaban implicados en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con hepatitis B y C en nuestro Sector: Digestivo, Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Se valoró positivamente por parte de todos la posibilidad de mejorar el diagnóstico y seguimiento actual de los pacientes con diagnóstico de Hepatitis B y/o C, y se acordó planificar una reunión en la que poder intercambiar impresiones en cuanto a la vía de derivación de estos pacientes a atención especializada y la manera de mejorar el diagnóstico inicial en un único paso (teniendo en cuenta que hasta ahora no se puede solicitar la carga viral desde AP). Esta reunión no se llevó a cabo finalmente por la introducción de la Interconsulta virtual, que ha proporcionado una manera de hacer llegar a Atención especializada los datos de sospecha de una hepatitis, sin esperar a que el paciente sea visto en consulta, pudiendo agilizar así el diagnóstico definitivo y/o acceso al tratamiento.

- Las dos últimas fases de este proyecto han quedado pendientes. Consistían en realizar primero una sesión con el equipo de atención primaria, para mostrar los resultados obtenidos hasta el momento y plantear como objetivo la mejora de los mismos (en función de los cambios acordados con Atención especializada); y posteriormente volver a valorar a dichos pacientes tras un periodo de tiempo en el que se pudieran implementar las mejoras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos obtenidos con la información que consta en OMI-AP, historia clínica electrónica e historia de papel, arrojaron los siguientes resultados de la población:

- El 57.7% de los pacientes del estudio tenían diagnóstico de Hepatitis B (VHB) (64.61% hepatitis pasadas y 35.39% crónicas, portador o infección crónica).
- El 30.9% tenían diagnóstico de Hepatitis C (VHC) (79.19% hepatitis crónicas y 20.81% pasadas).
- Un 11.66% de los pacientes presentaba coinfección VHB-VHC y un 10.51% presenta coinfección VHBy/oVHC con VIH.
- El 40.5% eran mujeres y el 59.5% hombres.

Los indicadores recogidos en este proyecto fueron:

- Pacientes con AgHBs+ derivados a atención especializada x100/total de pacientes con AgHBs+ = 74.76%
- Pacientes con antiVHC+ derivados a atención especializada x100/total de pacientes con antiVHC + =83.2%
- Paciente con AgHBs + con carga viral registrada x 100/total de pacientes con AgHBs+ = 29.13%
- Pacientes con antiVHC+ con carga viral registrada x 100/total de pacientes con antiVHC+ = 56.38%
- Pacientes con diagnóstico de hepatitis crónica por VHB que han recibido tratamiento x 100/total de pacientes con diagnóstico de hepatitis crónica por VHB = 19.42%
- Pacientes con diagnóstico de hepatitis crónica por VHC que han recibido tratamiento x 100/total de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1075

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

pacientes con diagnóstico de hepatitis crónica por VHC = 25.5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como ya se ha reflejado en el apartado de actividades realizadas, quedan aún pendientes las dos últimas fases de este proyecto, que podrían llevarse a cabo durante el próximo año tras afianzarse el sistema de la interconsulta virtual, que ha influido en el desarrollo de este proyecto.

El estudio realizado ha mostrado un alto porcentaje de adecuación de derivación a At. Especializada y un bajo registro de datos de carga viral y tratamiento en OMI-AP. Hemos valorado que parte de los resultados pueden estar sesgados por la falta de una historia unificada informatizada entre AP y Atención especializada (teniendo además en cuenta que hasta el año 2003 no se informatizaron las Historias clínicas en nuestro centro de salud, y hasta el 2005 no tenemos unificados los resultados de microbiología con la historia informática del paciente). Además contamos con que en algunos casos se ha podido perder el seguimiento inicial por múltiples motivos: dificultades con el idioma, cambios de domicilio, pérdida de citas...(sin poder ser confirmado ni calculado con los datos que tenemos disponibles).

Al inicio del proyecto, creíamos que podía haber tres opciones de mejora: encontrar una mejor vía de comunicación entre At. Primaria y Especializada, reducir los pasos intermedios en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes, y permitir la solicitud de la carga viral desde At. Primaria. Actualmente en el marco de la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España se formulan unos objetivos entre los que se encuentran: garantizar la derivación a Atención especializada y la continuidad asistencial, mejorar los circuitos de coordinación entre primaria y especializada, implementar el diagnóstico de VHC en un solo paso, y garantizar la equidad.

Creemos que las mejoras en la comunicación entre primaria y especializada en nuestro Centro ya van en la línea de los dos primeros objetivos, pero aún se podrían plantear mejoras en este aspecto y en el del diagnóstico en un solo paso y la equidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1075 ===== ***

Nº de registro: 1075

Título
ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

Autores:
NUIN CONS ELENA, PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA, EGUILUZ LOPEZ MERCEDES, PASTOR SANZ MARTA, GOMEZ MAINAR IRIS, MARCO BRUALLA MARIA, ALONSO BARRIO PAULA MARIA, COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el mundo hay 400 millones de personas infectadas por virus de la hepatitis B o de la hepatitis C. En 2016 la OMS estableció como meta tratar a 8 millones de personas de aquí a 2020. En los últimos años ha habido cambios importantes en el conocimiento de la historia natural de la infección, el tratamiento y el manejo de las hepatitis. La aparición de nuevos fármacos con altas tasas de éxito a la hora de erradicar el virus, y los cambios en los criterios de selección de los pacientes candidatos al tratamiento, han obligado a modificar los criterios de manejo de estos pacientes. Nos proponemos analizar el estado actual de estos pacientes revisando cómo se realizó el diagnóstico, seguimiento y tratamiento. En nuestro sector sanitario no se puede solicitar la carga viral desde atención primaria por lo que todos los pacientes con IgG positiva de VHC, o HBags positivo de VHB deben ser remitidos a atención especializada.

RESULTADOS ESPERADOS

Evaluar si los casos de hepatitis B y C en nuestro centro de salud están diagnosticados correctamente según serologías y el seguimiento realizado. Identificar aquellos en los que se debe completar el estudio en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1075

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

atención primaria o especializada. Describir las características de los pacientes con diagnóstico de hepatitis viral en nuestro centro y las características sociodemográficas que hayan podido influir en el seguimiento.

MÉTODO

Revisión de todas los pacientes adscritos a la base de datos de usuarios del centro de salud San Pablo en los que conste un episodio CIAP D72 (hepatitis viral).

Criterios de Exclusión:

Episodios CIAP D72 que corresponden a errores de codificación y no hacen referencia a Hepatitis.

Pacientes con episodio CIAP D72 abierto en el que no se han realizado serologías o no hay constancia de las mismas en el episodio, historia clínica electrónica o historia en papel.

Pacientes con diagnóstico de Hepatitis A.

Se solicita listados de pacientes con CIAP D72 a Sº de informática del sector Zaragoza 2, analizando todos los casos del CS San Pablo.

Se realizará la recogida de datos a través de la información que consta en OMI-AP, historia clínica electrónica e historia de papel previa a la informatización de nuestro centro de salud en 2003 en una base de datos, donde constarán:

Diagnóstico: portador inactivo VHB, infección VHB pasada con estado de inmunidad, infección crónica VHB, infección VHB pasada sin anticuerpos antiHBs, VHB sin solicitud de ADN viral, infección por VHC pasada, infección por VHC crónica.

Si existe o no derivación a atención especializada (Digestivo y/o Infecciosas)

Si ha recibido tratamiento para esta infección si hay constancia del mismo.

Genotipo del VHC

Realización de la carga viral a lo largo del transcurso de la infección

Si ha habido curación y si este se ha producido tras recibir el tratamiento.

Revisión de los pacientes que han de ser derivados

Se analizarán los datos obtenidos, recogiendo las conclusiones. Posteriormente se realiza una actividad informativa con los miembros del EAP San Pablo presentando los datos en conjunto e informando individualmente a cada médico de la situación de sus pacientes y de las actividades pendientes para mejorar su seguimiento.

Se mantendrá contacto con los FEA digestivo de nuestro sector para establecer un protocolo de derivación más eficiente que el actual.

INDICADORES

Pacientes con antiVHC + y carga viral conocida/total pacientes antiVHC+

Pacientes con antiVHC+ derivados a At especializada/total pacientes antiVHC+

Pacientes con antiVHC+ tratados/total pacientes antiVHC+

Pacientes con AgHBs+/total pacientes con AntiHBc+

Pacientes con AgHBs+ con carga viral conocida/total pacientes con AgHBs+

Pacientes con AgHBs+ derivados a At especializada/total pacientes AgHBs+

Pacientes con AgHBs+ tratados/total pacientes AgHBs+

Criterios derivación:

Hepatitis B: Infección crónica por VHB (persistencia más de 6 meses de HBsAg+): se derivarán para valorar necesidad de tratamiento (carga viral, niveles de transaminasas...). Todo paciente con HBsAg+ será remitido ya que en atención primaria no es posible solicitar detección de ADN de VHB y porque la detección de HBeAg y AntiHBe como indicador de replicación del VHB en nuestro medio está limitada por la alta prevalencia de infección por mutantes pre-core. En caso de detectarse infección crónica (o de evolución desconocida) con HBsAg+ y HBeAg+ deberán derivarse a atención especializada.

Hepatitis C: Se derivarán todos los pacientes con serología positiva de Hepatitis C para determinar si presentan replicación de ARN de VHC ya que es una determinación que no se puede solicitar desde atención primaria.

DURACIÓN

Duración: 1 año. Noviembre/diciembre 2016 análisis datos y presentación en el Centro de Salud. Enero/febrero 2017 reunión con especialistas de digestivo de referencia para establecer circuitos de derivación. Marzo a junio de 2017 contactar con los pacientes que no cumplan criterios de aceptabilidad de seguimiento y realizar los procedimientos adecuados para mejorar el seguimiento.

OBSERVACIONES

Modificación sobre el Proyecto nº 856

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE JORGE GONZALO PEÑA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN JIMENEZ JULIA P
PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA
DUPLA ARENAZ MARIA
FERNANDEZ VALENZUELA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés de 0 a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona. Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.
2. Instaurar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Una sesión semanal: los Martes de 12'00 a 13'00 horas, en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de "Canal Imperial".
Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés.
3. El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.
4. Se han impartido las sesiones según la organización que se estableció entre los profesionales. Se valora en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.
5. Tras dos meses y medio de sesiones se acordó con el grupo que se realizaría una sesión mensual con la matrona.
6. Dos meses después el grupo dejó de convocarse en el centro de salud y se acordó que fueran las madres las que se pusieran en contacto entre ellas para continuar citándose en grupo en otro lugar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.
No se llegó a completar por acuerdo entre profesionales y participantes, ya que se vió que no demandaban tantas sesiones.
Indicador 2: Utilidad: Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1.
Se recogieron las encuestas durante esos dos meses y medio. La valoración media fue superior a 9 sobre 10, por lo que se apreció gran satisfacción entre las participantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como valoración positiva la creación del grupo, la participación inicial tanto de profesionales como de las madres participantes. Hubo una muy buena valoración de la utilidad del grupo. Sirvió también para iniciar una mejor comunicación entre las madres y el servicio de pediatría y matrona.
Aspectos a mejorar fueron la organización del lugar de reunión, ya que se quejaron en varias ocasiones por el calor y por el espacio. También a mejorar puede ser el instaurar un grupo permanente de madres que quieran llevar entre ellas la organización y gestionar el horario más conveniente para el grupo.

7. OBSERVACIONES.

El mantenimiento de este tipo de proyectos sería interesante que quedara en manos de una persona del equipo de salud, cuya labor fuese tan solo la de nexos entre las nuevas madres y el grupo. Siendo este gestionado por una participante.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1486 ===== ***

Nº de registro: 1486

Título
GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
GONZALO PEÑA JORGE, MARIN JIMENEZ JULIA P, PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA, DUPLA ARENAZ MARIA, FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Madre de niños entre 0-2años
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general:

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.

Objetivos específicos:

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional
Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternales.
Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.
Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales
Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.
Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales.

MÉTODO

1. Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona, Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.
2. Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12'00 a 13'00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de "Canal Imperial". Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).
3. El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.
4. Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

INDICADORES

Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.
Indicador 2: Utilidad: Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1.

DURACIÓN

Inicio del proyecto: Mayo/2017
Fin del proyecto: Mayo/2018
Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.
2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.
Evaluación final en Mayo/18.
Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

OBSERVACIONES

El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ROSA MARIA MACIPE COSTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCARTIN LASIERRA PATRICIA
GIMENO FELIU LUIS ANDRES
ALONSO GREGORIO MILAGROS
PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA
PASTOR SANZ MARTA
NUIN CONS ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este año hemos elaborado 5 audiovisuales:
-El poder del chaleco.
-En el barrio del Gancho aprendemos a salvar vidas.
-En el barrio del Gancho nos cuidamos.
-Pasacalles del Gancho.
-Colaboración con la iniciativa Danza trayectos "Abrazos"

De estos, el proyecto más completo y al que haremos referencia en la evaluación es la elaboración del cortometraje "El poder del chaleco". Los otros audiovisuales o bien son proyectos mucho más sencillos o son una actividad más de otros proyectos no presentados como proyectos de mejora.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

El poder del chaleco, fue un proyecto colaborativo llevado adelante entre el centro de salud y :
- Amediar: colectivo que trabaja en temas de mediación y gestión de conflictos en el barrio. Como muchos de estos conflictos tienen relación con temas de limpieza y ruido en el barrio, éstos son temas que trabajan habitualmente. Cada año realizan la formación de un grupo de agentes comunitarios, que son un grupo de vecinos del barrio, que son formados, para que luego sean ellos mismos los que trabajen desde el barrio en temas de mediación y gestión de espacios.
- Grupo de teatro comunitario del Gancho: éste es un grupo de teatro gestionado desde el Centro Social Comunitario Luis Buñuel. Es un proyecto que parte de la convicción de que el arte mejora la calidad de vida de las personas y la de la comunidad.
Nace de la voluntad de juntarse, organizarse y expresarse colectivamente. Es un proyecto teatral de la comunidad para la comunidad. Tiene como fundamento de su hacer, la convicción de que toda persona es esencialmente creativa y que sólo hay que crear el marco y dar la oportunidad para que esta faceta se desarrolle. Trabaja desde la inclusión y la integración, por lo tanto es abierto a toda persona que se acerque y quiera participar, de manera voluntaria y en carácter amateur, es decir, con amor por lo que se hace. Está abierto a la participación de cualquier persona, sin importar la experiencia o la edad.

Para el desarrollo de este proyecto hemos realizado las siguientes actividades:

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS

- Reuniones conjuntas para realizar una lluvia de ideas para la elaboración posterior del guion. (2 reuniones)
- Elaboración del guion con las ideas recogidas.
- Reuniones conjuntas para organizar el rodaje: cronograma, fechas de rodaje, reparto de papeles, materiales necesarios, y necesidades para cada día de rodaje (2 reuniones).
- Reunión con laboratorio audiovisual Zaragoza cultural del centro de historias, para préstamo de material.
- Reunión del grupo de Participación comunitaria del centro de salud para organizar tareas y colaboraciones para los días de rodaje.
- Reunión con la persona encargada de crear la canción final del cortometraje.
- Ensayo con el grupo de flamenco Tirititrán, junto con el resto de colaboradores de la canción final del cortometraje.
- Contactos con otros colectivos colaboradores: Asociación de vecinos Lanuza-casco Viejo, Grupo de paseantes del centro de salud, REMAR, Ozanam, para concretar las colaboraciones.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN

Se diseñó un cartel para difundir on line pidiendo colaboración y convocando a personas interesadas en participar, para el último día de rodaje, día en el que se rodó la canción final.
El corto se presentó al certamen cine y salud y al IV Festival de Cortos del Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud sobre Salud Comunitaria. Los dos certámenes tienen un periodo de difusión on line, de cara a difundir los cortos y según las visualizaciones entregar el premio del público.
Cartelería y folletos, aunque sobre todo difusión on line de la convocatoria para el estreno del corto en el centro social comunitario Luis Buñuel.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Artículo en el Heraldo de Aragón preguntando sobre el cortometraje y el problema de limpieza que es sobre el que incide el corto.

INTERVENCIÓN

El rodaje se organizó en 3 sesiones, realizadas en fin de semana que es cuando la disponibilidad de los colaboradores era mayor:

- El primer día se rodaron en el local de Amediar, las entrevistas a los superheroes.
- El segundo día se rodaron en el barrio las escenas de situaciones cotidianas que ocurren en el barrio en torno a la limpieza
- El tercer día se rodó la escena final del cortometraje con la canción que lo cierra.

Participación en la jornada del Día Mundial de la Salud, jornada a la que acudimos con muchos de los colaboradores.

Estreno del corto en el CSC Luis Buñuel en un acto que contó también con actuaciones del Grupo de teatro comunitario y el Grupo de Flamenco Tirititran.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS Y RESULTADOS ALCANZADOS

Como comentábamos en el apartado anterior, este año se han elaborado 5 audiovisuales:

El poder del chaleco.
En el barrio del Gancho aprendemos a salvar vidas.
En el barrio del Gancho nos cuidamos.
Pasacalles del Gancho.
Colaboración con la iniciativa Danza trayectos "Abrazos"

Respecto a la consecución de los objetivos planteados creemos que todos se han conseguido completamente de la siguiente manera:

OBJETIVO 1: Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la salud en su sentido más amplio.

El material ha sido elaborado. Dicho material responde a una problemática que afecta al barrio de distintas maneras y que es la limpieza y gestión de residuos en el mismo. Es un problema muy presente y que directa e indirectamente afecta a la salud de las personas.

OBJETIVO 2: Fomentar vínculos y relaciones entre profesionales, usuarios y colectivos del barrio.

Este ha sido uno de los puntos fuertes del proyecto. Este proyecto ha sido un proyecto colaborativo entre 3 entidades que a la vez tienen fuertes vínculos con otras entidades y vecinos del barrio. La elaboración del cortometraje ha precisado bastantes reuniones y momentos que compartidos han hecho que los vínculos que ya existían se hayan fortalecido y a la vez, hayamos conocido a nuevos vecinos y personas con las que hemos creado nuevos vínculos. A la vez el estreno del corto congregó a muchas personas y colectivos del barrio que normalmente no coinciden en el mismo espacio: Personal de servicios sociales y usuarios, personal del centro de salud, personas vinculadas al CSC Luis Buñuel y paseantes del centro de salud, vecinos del barrio de colectivos y etnias diversas etc... Ese espacio compartido creemos que alimentó un sentimiento de barrio y de pertenencia que es importante alimentar.

OBJETIVO 3: Ayudar a los participantes a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.

El hecho de intervenir en un cortometraje ayuda sin duda a reflexionar a nivel personal sobre la temática que aborda, y creemos que en este caso ha sido así.

OBJETIVO 4: Disponer de herramientas audiovisuales que nos ayuden a visibilizar, difundir y animar a otras personas a trabajar aspectos relacionados con la salud.

El audiovisual intenta sensibilizar a los vecinos sobre buenas prácticas en relación con la limpieza del barrio. El audiovisual ha sido difundido y presentado al barrio en distintos espacios como el anterior comentado, pero también en una proyección de cortos al aire libre durante las fiestas del barrio. Además se hizo una entrevista en el Heraldo, que a raíz del corto, se interesó por el tema que aborda y eso sirve a su vez también para sensibilizar sobre el tema.

PRINCIPALES RESULTADOS ALCANZADOS:

- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje. En el cortometraje participaron más de 50 personas incluyendo sanitarios y personas de distintos colectivos y vecinos (El Estandart marcado era >10)
- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. De las 50 personas implicadas, unos 30 eran usuarios del centro (personas del grupo de paseos, agentes comunitarios, vecinos colaboradores, integrantes del teatro comunitario (Estandart >5)
- Recursos y asociaciones contactadas. Este proyecto a contactado con los siguientes colectivos:
Amediar
Grupo teatro comunitario del Gancho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Grupo de flamenco tirititran
Ozanam
REMAR
AVV Lanuza Casco Viejo
Grupo de paseantes del centro de salud.
(Estandart > o igual a 1).

- Número de visualizaciones de los trabajos presentados. Este trabajo lleva en este momento un total de 4965 visualizaciones en Youtube. (Estandart >200)
- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales. El cortometraje se ha presentado al Certamen Cine y salud, al IV Festival de Cortos del Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud sobre Salud Comunitaria, en las fiestas del Gancho en la proyección de cortos al aire libre (2 días), en el CSC Luis Buñuel, y en sesión de equipo del centro de salud. (Estandart > 5)

De una manera cualitativa, al igual que los cortometrajes anteriores, durante y posteriormente a la realización del mismo, se vivió claramente la satisfacción de los participantes, se lo pasaron bien, felicitaban continuamente la iniciativa, se celebró el estreno con una gran afluencia de vecinos y se generó un espacio compartido muy intenso.

El hecho de que fuera un proyecto compartido facilitó mucho el desarrollo del mismo. En anteriores trabajos toda la organización de los participantes, materiales necesarios, infraestructura dependía de nosotros. En este caso, gran parte de esas tareas fueron asumidas sobre todo por Amediar, que además, al ser un colectivo muy presente y que llega a muchos vecinos del barrio, consiguió que participaran en el proyecto vecinos, sobre todo gitanos e inmigrantes, que normalmente no participan en actividades de este tipo. El hecho además de contar con el teatro comunitario, facilitó mucho la gestión del tema actores, y como debían actuar. Indudablemente el hecho de ser un proyecto compartido hizo que llegáramos a mucha mas gente y consiguiéramos implicar a sectores del barrio no implicados hasta el momento en los audiovisuales creados.
Respecto a si el hecho de haber hecho el cortometraje ha incidido algo en el tema que aborda, es decir, la limpieza del barrio, creemos que poco. Si que ha puesto un poco el foco en el tema, un tema que preocupa desde hace tiempo, y recuerda un poco a los vecinos que hacer y no hacer en relación con la gestión de basuras. Somos conscientes que el barrio tiene dificultades estructurales que exigen a los vecinos un compromiso superior al que se exige a los vecinos de otros barrios (portales estrechos, pocas papeleras y contenedores, casas sin ascensor, población envejecida, pobreza...), y que sin resolver previamente algunas de esas cuestiones es difícil conseguir cambios llamativos en el problema.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como cierre del proceso escribíamos lo siguiente:
Engancharse en proyectos comunes nos hace crecer, y nos multiplica.
Juntos somos más, y además nos lo pasamos en grande
Que lo difícil se hace fácil.
Que cuando trabajamos juntos, nos hacemos amigos.
Que el barrio y sus vecinos nos abrazan
Que los entornos son importantes y hay que cuidarlos
Que nos sentimos mas barrio y mas comprometidos con él
y que CUIDANDO NOS CUIDAMOS
Quizás estas líneas resumen lo más importante que hemos vivido al hacer este proyecto colaborativo. Es mucho más rico trabajar en red que solos, que la visión se completa mucho mejor cuando se hace desde distintas perspectivas, y que el reparto de tareas hace que las intervenciones sean más sencillas.
Respecto a la viabilidad, esta línea de trabajo sigue siendo viable. Todos los cortometrajes elaborados sentimos que han generado experiencias y dinámicas muy positivas, que han permitido difundir y visibilizar experiencias e ideas y la idea es seguir trabajando en esa línea.
Es una actividad, no obstante, que tiene su cierta complejidad porque exige unos conocimientos en temas audiovisuales que no es habitual que se tengan. Por lo tanto puede ser replicable pero no fácilmente. De hecho un problema que puede tener es que depende demasiado de las personas que conocen el tema y sobre todo editar los cortos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1567 ===== ***

Nº de registro: 1567

Título
CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Autores:
MACIPE COSTA ROSA MARIA, ESCARTIN LASIERRA PATRICIA, GIMENO FELIU LUIS ANDRES, ALONSO GREGORIO MILAGROS,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA, PASTOR SANZ MARTA, NUIN CONS ELENA, GOMEZ MAINAR IRIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No dirigido a patologías sino a promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Estamos en un mundo en el que los mensajes que llegan en formato audiovisual tienen un impacto muy superior a las herramientas tradicionales de formación. El cine es un buen recurso educativo, en varias vertientes. Por un lado, permite mostrar situaciones y vivencias de los personajes con las que puedes reflexionar. Por otro lado, la elaboración de un material audiovisual, en un contexto de educación para la salud, implicando en la elaboración del mismo a los destinatarios de la actividad, tiene un potencial importante como herramienta de educación para la salud. Dichos materiales pueden ser aprovechados a su vez para mostrar, sensibilizar, educar o animar a otras personas o proyectos a implementar algunas actuaciones. Desde el grupo de participación comunitaria del centro llevamos 3 años elaborando materiales audiovisuales, con distintos fines, y dicha elaboración está resultando muy positiva a distintos niveles, en la línea de las utilidades descritas en el apartado anterior.

Nos ha permitido, proponer una actividad novedosa a pacientes e integrantes del grupo de paseantes, y dicha actividad les ha servido para reflexionar sobre su propia experiencia, a afianzarse como grupo, a mejorar las relaciones con personal del centro, y a visibilizar aspectos positivos de sus vidas y su entorno. Además la elaboración de cortos nos ha permitido afianzar redes con recursos del entorno y a mostrar una imagen positiva del barrio y su potencial.

Por el momento hemos elaborado 8 cortometrajes con distintos objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto tiene unos objetivos generales, y a su vez cada cortometraje elaborado tiene unos objetivos específicos

OBJETIVOS GENERALES:

- . Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la educación de la salud y la promoción de hábitos y vidas saludables.
- . Fomentar y mejorar las relaciones entre usuarios del centro de salud, profesionales del centro y recursos del entorno, a través de la realización de una actividad novedosa.
- . Ayudar a los participantes de cada proyecto a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.
- . Disponer de una herramienta audiovisual que sirva para difundir actividades, mensajes, y visiones.

MÉTODO

Los tres años de trayectoria del proyecto nos devuelve, que efectivamente esta herramienta es muy potente, tanto en el momento de elaboración del material, como en la utilidad posterior del mismo.

Por lo tanto apostamos por seguir elaborando materiales que visibilicen aspectos relacionados con la salud de las personas del barrio, en su sentido más amplio, reforzando una mirada positiva hacia las potencialidades de las personas y del entorno e intentando implicar en los mismos a distintos recursos del barrio.

Este año tenemos pensado de entrada elaborar 1 o 2 cortometrajes. Uno sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud en la vida de las personas, intentando no medicalizar la vida, y otro visibilizando las redes de cuidados informales que se dan dentro de las familias, barrios y pueblos, cuidados que son fundamentales y que normalmente están poco valorados o visibilizados.

Al igual que los cortometrajes ya realizados, la idea es llevar adelante los trabajos con medios propios, y aprovechar las capacidades de las personas del equipo y del entorno.

Cada trabajo lleva distintas fases en su desarrollo.

- Fase inicial de elaboración de un guion. 2-3 reuniones.

- Organización del plan de rodaje (análisis de necesidades materiales y humanas, cronograma y organización del rodaje por días, contacto con las personas que van a protagonizarlos, explicación del proyecto...). 2-3 reuniones

- Rodaje, según cronograma previsto. Entre 1 a 8 días.

- Montaje posterior. 1 mes

- Difusión posterior de los materiales (presentación a certámenes tipo Cine y Salud, y difusión en redes y listas de distribución, utilización en charlas y cursos...)

RECURSOS MATERIALES

Dos cámaras.

Grabadora y micrófono.

Ordenador y programa de edición de videos.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje. Estandart >10
- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. Estandart >5
- Recursos y asociaciones contactadas.Estandart > o igual a 1.
- Número de visualizaciones de los trabajos presentados.Estandart >200
- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales.Estandart > 5

EVALUACIÓN CUALITATIVA

- Satisfacción percibida durante el desarrollo del proyecto por parte del los participantes. Reflejos y opiniones devueltas tras la visualización de los trabajos.

DURACIÓN

En septiembre 2017 se iniciará el proceso de elaboración del próximo trabajo. A partir de ahí se necesitarán 3 meses para el desarrollo del mismo. El periodo de difusión y utilización del mismo es ilimitado (seguimos utilizando trabajos realizados hace 3 años)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA ESCARTIN LASIERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MACIPE COSTA ROSA MARIA
ALONSO GREGORIO MILAGROS
PEYMAN-FARD SHAFI TABATABAEI NIMA
CARDIEL BERGASA JARA
MARCO BRUALLA MARIA
NUIN CONS ELENA
PASTOR SANZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este 2018 hemos elaborado 8 audiovisuales:

- Leo y el dragón.
- Píldoras de devolución al barrio de los resultados de la encuesta del Semáforo de la salud del barrio. (5)
- Vídeo-resumen de la Jornada final del Semáforo de la salud del barrio.
- Colaboración con Amediar en la actividad de sensibilización con la limpieza de las calles.
- Grabación del Pasacalles del Gancho dentro de las fiestas del barrio.

Los dos últimos son colaboraciones puntuales con recursos y espacios del barrio a quienes facilitamos nuestros conocimientos y materiales para la elaboración de vídeos. Forman parte de la orientación comunitaria del centro de salud, al servicio de las necesidades que vayan surgiendo y que valoremos como importantes. En la presente memoria desarrollamos los audiovisuales previstos en el proyecto presentado, es decir:

- > Leo y el dragón.
- > Píldoras de devolución al barrio de los resultados del Semáforo de la Salud del barrio.

PROCESO DE REALIZACIÓN:

LEO Y EL DRAGON

- Elaboración del guión y aportaciones al mismo por parte del grupo de participación comunitaria.
- Reunión del grupo de Participación comunitaria del centro de salud para organizar tareas y colaboraciones para los días de rodaje.
- Contacto con las familias cuyos hijos iban a participar en el rodaje.
- Firma de los consentimientos de los derechos de imagen.
- Contacto con los autores de la banda sonora para solicitar el permiso.
- Contacto con la persona de referencia del Teatro comunitario del Gancho para solicitar su colaboración en una parte del vídeo.

PILDORAS INFORMATIVAS DEL SEMÁFORO DE LA SALUD DEL BARRIO

- Contacto con los distintos grupos en los que se iba a trabajar cada píldora. (la Asociación de vecinos Lanuza Casco Viejo el ámbito de la participación, con la asociación Amediar en un café abierto al barrio la convivencia, Fachadas de Ozanam la limpieza y el estado de las calles, y el centro educación de adultos Gomez Lafuente vivienda y entorno).
- Reuniones del grupo motor del Semáforo de salud del barrio para pensar el contenido de las píldoras y organizar el cronograma de las grabaciones.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN:

LEO Y EL DRAGÓN

El corto se presentó al XVI Certamen Cine y Salud ganando el primer premio en la Categoría de Activos para la Salud.

El corto se incluyó como recurso de apoyo a la lectura en la página Familia y salud.

<http://www.familiaysalud.es/familias-que-leen/te-regalo-un-cuento/leo-y-el-dragon>

El corto se presentó también en Arainfo:

<https://arainfo.org/arranca-el-xvi-certamen-de-cine-y-salud-con-dos-cortos-realizados-con-ninos-ninas-y-adolescent-es/>

PÍLDORAS DEL SEMÁFORO DE LA SALUD

Las píldoras se difundieron a través de las redes y grupos de trabajo del barrio de San Pablo. Están en abierto en Youtube.

Convivencia. https://www.youtube.com/watch?v=96J-0_Sd8SI

Vivienda. <https://www.youtube.com/watch?v=rfd00WgVYdE>

Limpieza. <https://www.youtube.com/watch?v=omG4JN2SX4s>

Entorno. <https://www.youtube.com/watch?v=5FosB21QRB4>

Participación. https://www.youtube.com/watch?v=c98_22fX8Xg

Están colgadas en la página del Plan Integral del Casco Histórico en la sección de Salud comunitaria.

<https://cascohistoricozaragoza.com/espacio-comunitario-salud-comunitaria/>

Proyección de una de ellas en las Jornadas de Buenas Prácticas en Trabajo Social.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD

INTERVENCIÓN:

LEO Y EL DRAGÓN

El rodaje se organizó en 2 sesiones, una realizada en el centro de salud en la que se grabaron las escenas del centro de salud y otro día en el que se rodó lo que ocurre en el parque de San Pablo.

PÍLDORAS DE DEVOLUCIÓN DEL SEMÁFORO DE LA SALUD DEL BARRIO

En pequeños grupos se trabajaron los resultados obtenidos en algunos de los ámbitos estudiados. En dichas reuniones, se presentaban los resultados de ese ámbito, se recogía la opinión de los participantes sobre esos resultados y se animaba a reflexionar sobre cómo pensaban que esos resultados podían afectar a la salud de las personas. Dichas sesiones se grabaron para luego elaborar cada una de las píldoras. Otro día se rodaron las introducciones a todas las píldoras. En dichas introducciones se resumían los resultados obtenidos en la encuestas en el ámbito estudiado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como comentábamos en el apartado anterior, este año se han elaborado 8 audiovisuales.

Respecto a la consecución de los objetivos planteados creemos que todos se han conseguido completamente de la siguiente manera:

OBJETIVO 1: Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la salud en su sentido más amplio.

El material ha sido elaborado.

Uno es un audiovisual que surge del grupo de participación comunitaria del centro de salud como sensibilización sobre el tema de la importancia de la lectura y de cómo los libros nos ayudan a conectar con nuestras emociones. Las píldoras tienen con finalidad visibilizar los principales problemas que tienen las personas del barrio de San Pablo, y vincular esos problemas con la salud.

OBJETIVO 2: Fomentar vínculos y relaciones entre profesionales, usuarios y colectivos del barrio.

El cortometraje de Leo y el dragón se realizó con la participación de niños y familias que acuden a nuestras consultas. Esta experiencia ayudó a mejorar los vínculos existentes con estas familias.

En cuanto a las píldoras, fueron elaboradas a partir de espacios de reflexión en distintos espacios del barrio a los que acuden vecinas y vecinos que son usuarios del centro de salud. Siempre que ocurren estos encuentros se generan momentos que ayudan a fortalecer relaciones de cercanía con esas personas.

El trabajo en equipo necesario para llevar adelante estos proyectos ayuda a fomentar esos vínculos entre las personas que participamos del grupo de participación comunitaria.

OBJETIVO 3: Ayudar a los participantes a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.

El hecho de intervenir en un cortometraje ayuda sin duda a reflexionar a nivel personal sobre la temática que aborda, y creemos que en este caso ha sido así tanto en el caso de Leo y el dragón como en el caso de las píldoras.

OBJETIVO 4: Disponer de herramientas audiovisuales que nos ayuden a visibilizar, difundir y animar a otras personas a trabajar aspectos relacionados con la salud.

Todos estos audiovisuales pasan a formar parte de los materiales que usamos en charlas y espacios para sensibilizar sobre las temáticas abordadas. Sirven como material docente, de sensibilización y de promoción de salud. Además invita a otros centros a realizar sus propios proyectos.

PRINCIPALES RESULTADOS ALCANZADOS:

- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje.

(El estándar marcado era >10)

Leo y el dragón: 45 personas han participado de alguna manera en el cortometraje.

Píldoras: Aproximadamente 50 personas participaron en alguno de los grupos en los que se trabajaron las píldoras.

- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. (estándar >5)

Leo y el dragón: 30 de los participantes eran usuarios del centro de salud.

Píldoras: Todas las personas participantes eran usuarios del centro de salud.

- Recursos y asociaciones contactadas. Este proyecto ha contactado con los siguientes colectivos: (estándar > o igual a 1).

Leo y el dragón. Para este rodaje se contactó con el Teatro comunitario del Gancho, la Asociación Believe in art, Proyecto Risas de la tierra en Argentina.

Píldoras: Servicios sociales de San Pablo, Amediar, Médicos del Mundo, Cáritas, AVV Lanuza Casco Viejo, Fachadas de Ozanam y el centro educación de adultos Gómez Lafuente.

- Número de visualizaciones de los trabajos presentados. (estándar >200)

Leo y el dragón: 3768 visualizaciones

Píldoras: 621 visualizaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD

- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales. (estándar > 3)

El cortometraje Leo y el dragón se ha presentado al XV Certamen Cine y salud y en el Encuentro de residentes de pediatría 2018 y en sesión de equipo del Centro de Salud. Además ayuda a visibilizar y difundir mucho nuestro trabajo o mensajes que creemos que es importante difundir. Las píldoras se presentaron en la Jornada final del Semáforo de la Salud del barrio, en el Consejo de Salud, en la Jornada de Buenas Prácticas en trabajo social celebradas el día 18 de enero del 2019 en la casa de la Mujer.

De una manera cualitativa, al igual que los cortometrajes anteriores, durante y posteriormente a la realización del mismo, se vivió claramente la satisfacción de los participantes, se lo pasaron bien, felicitaban continuamente la iniciativa, el momento de proyección y recogida de premios en Cine y Salud también fue un momento muy satisfactorio para los que acudieron ese día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Otro año más seguimos viviendo que esta línea de trabajo tiene un gran potencial y genera dinámicas muy interesantes entre las personas que participan en los proyectos. Además ayuda a visibilizar y difundir mucho nuestro trabajo o mensajes que creemos que es importante difundir. Es una actividad, no obstante, que tiene su cierta complejidad porque exige unos conocimientos en temas audiovisuales que no es habitual que se tengan. Por lo tanto puede ser replicable pero no fácilmente. De hecho un problema que puede tener es que depende demasiado de las personas que conocen el tema y sobre todo editar los cortos.

7. OBSERVACIONES.

De cara a facilitar la realización de estos informes nos gustaría recibir la información adecuada sobre la selección de los proyectos (hemos recibido informaciones contradictorias en el último año) y la recepción por correo electrónico con verificación de recepción a la persona coordinadora del proyecto (no he recibido notificación alguna). Así mismo nos gustaría recibir un feedback del informe emitido para poder realizar nuestra evaluación del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1567 ===== ***

Nº de registro: 1567

Título
CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Autores:
MACIPE COSTA ROSA MARIA, ESCARTIN LASIERRA PATRICIA, GIMENO FELIU LUIS ANDRES, ALONSO GREGORIO MILAGROS, PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA, PASTOR SANZ MARTA, NUIN CONS ELENA, GOMEZ MAINAR IRIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No dirigido a patologías sino a promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Estamos en un mundo en el que los mensajes que llegan en formato audiovisual tienen un impacto muy superior a las herramientas tradicionales de formación. El cine es un buen recurso educativo, en varias vertientes. Por un lado, permite mostrar situaciones y vivencias de los personajes con las que puedes reflexionar. Por otro lado, la elaboración de un material audiovisual, en un contexto de educación para la salud, implicando en la elaboración del mismo a los destinatarios de la actividad, tiene un potencial importante como herramienta de educación para la salud. Dichos materiales pueden ser aprovechados a su vez para mostrar, sensibilizar, educar o animar a otras personas o proyectos a implementar algunas actuaciones. Desde el grupo de participación comunitaria del centro llevamos 3 años elaborando materiales audiovisuales, con distintos fines, y dicha elaboración está resultando muy positiva a distintos niveles, en la línea de las utilidades descritas en el apartado anterior.

Nos ha permitido, proponer una actividad novedosa a pacientes e integrantes del grupo de paseantes, y dicha actividad les ha servido para reflexionar sobre su propia experiencia, a afianzarse como grupo, a mejorar las relaciones con personal del centro, y a visibilizar aspectos positivos de sus vidas y su entorno. Además la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD

elaboración de cortos nos ha permitido afianzar redes con recursos del entorno y a mostrar una imagen positiva del barrio y su potencial. Por el momento hemos elaborado 8 cortometrajes con distintos objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto tiene unos objetivos generales, y a su vez cada cortometraje elaborado tiene unos objetivos específicos

OBJETIVOS GENERALES:

- . Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la educación de la salud y la promoción de hábitos y vidas saludables.
- . Fomentar y mejorar las relaciones entre usuarios del centro de salud, profesionales del centro y recursos del entorno, a través de la realización de una actividad novedosa.
- . Ayudar a los participantes de cada proyecto a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.
- . Disponer de una herramienta audiovisual que sirva para difundir actividades, mensajes, y visiones.

MÉTODO

Los tres años de trayectoria del proyecto nos devuelve, que efectivamente esta herramienta es muy potente, tanto en el momento de elaboración del material, como en la utilidad posterior del mismo.

Por lo tanto apostamos por seguir elaborando materiales que visibilicen aspectos relacionados con la salud de las personas del barrio, en su sentido más amplio, reforzando una mirada positiva hacia las potencialidades de las personas y del entorno e intentando implicar en los mismos a distintos recursos del barrio.

Este año tenemos pensado de entrada elaborar 1 o 2 cortometrajes. Uno sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud en la vida de las personas, intentando no medicalizar la vida, y otro visibilizando las redes de cuidados informales que se dan dentro de las familias, barrios y pueblos, cuidados que son fundamentales y que normalmente están poco valorados o visibilizados.

Al igual que los cortometrajes ya realizados, la idea es llevar adelante los trabajos con medios propios, y aprovechar las capacidades de las personas del equipo y del entorno.

Cada trabajo lleva distintas fases en su desarrollo.

- Fase inicial de elaboración de un guion. 2-3 reuniones.
- Organización del plan de rodaje (análisis de necesidades materiales y humanas, cronograma y organización del rodaje por días, contacto con las personas que van a protagonizarlos, explicación del proyecto...).2-3 reuniones
- Rodaje, según cronograma previsto. Entre 1 a 8 días.
- Montaje posterior. 1 mes
- Difusión posterior de los materiales (presentación a certámenes tipo Cine y Salud, y difusión en redes y listas de distribución, utilización en charlas y cursos...)

RECURSOS MATERIALES

Dos cámaras.
Grabadora y micrófono.
Ordenador y programa de edición de videos.

INDICADORES

- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje. Estandart >10
- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. Estandart >5
- Recursos y asociaciones contactadas.Estandart > o igual a 1.
- Número de visualizaciones de los trabajos presentados.Estandart >200
- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales.Estandart > 5

EVALUACIÓN CUALITATIVA

- Satisfacción percibida durante el desarrollo del proyecto por parte del los participantes.
- Reflejos y opiniones devueltas tras la visualización de los trabajos.

DURACIÓN

En septiembre 2017 se iniciará el proceso de elaboración del próximo trabajo. A partir de ahí se necesitarán 3 meses para el desarrollo del mismo. El periodo de difusión y utilización del mismo es ilimitado (seguimos utilizando trabajos realizados hace 3 años)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0771

1. TÍTULO

MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA MAZA INVERNON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS
ALONSO LOPEZ MARIA CRISTINA
MARCO BRUALLA MARIA
CIRIA CALAVIA MARIA ANGELES
SALANOVA SERRABLO HELENA
SANTOLARIA SANCHO SOFIA
RODRIGALVAREZ DE VAL SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1ª fase: Detección de la necesidad / oportunidad de intervención. Este grupo se formó por el convencimiento de que es necesario abordar con nuestros pacientes los aspectos inseparables positivos y de riesgo que ofrecen todos los tratamientos farmacológicos. La necesidad de recalcar la importancia de mantener buenos hábitos para conseguir una mejor salud, más allá de la toma de fármacos.

2ª fase: Elaboración de un proyecto para establecer esa comunicación con nuestros pacientes. Se optó por el formato coloquio, fomentando en lo posible la participación de los asistentes. Los temas a tratar se distribuyen en 2 coloquios que se realizan periódicamente en 2 jueves consecutivos.

La selección de pacientes invitados se hace desde las consultas de todo el equipo del centro, que de esta forma se implica colaborando también en el proyecto. Desde Admisión del centro también se colabora facilitando la asistencia de los pacientes

3ª fase: Realización de los coloquios. Hasta el momento se han realizado 4 ediciones (de 2 coloquios cada una) con la participación de un total de 82 pacientes

4ª fase: Evaluación del proyecto. Las encuestas de satisfacción repartidas a los pacientes una vez concluida la actividad son muy satisfactorias. También se reparte a los asistentes un pequeño cuestionario de conocimientos previos y posteriores al coloquio, que muestra la asimilación de los contenidos.

Los profesionales implicados también valoramos positivamente la experiencia, y hemos introducido algunas modificaciones a lo largo del tiempo de cara a mejorar la actividad.

Para el desarrollo de la actividad se ha preparado material audiovisual así como material iconográfico y escrito para entregar a los pacientes como recordatorio al terminar la actividad.

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS

Para el buen desarrollo de la actividad hemos necesitado coordinarnos entre el grupo directamente implicado y el resto de los componentes del equipo de nuestro centro.

Difundir y recordar el día en el que se invita a los pacientes para participar en la actividad entre los que acuden a las consultas de medicina y enfermería. Entregarles la invitación y una breve explicación sobre el contenido del coloquio

Al final de la mañana de selección, los componentes del grupo recogen el listado de pacientes invitados y sus teléfonos de contacto para recordarles unos días antes del coloquio

Entregar el listado de pacientes seleccionados a Admisión para que se les cite en la agenda de actividades de promoción de la salud

Designar quiénes van a ser los ponentes y los observadores de los coloquios

Preparar las encuestas pre y post actividad

Preparar el material que se utiliza durante el coloquio para dinamizar y facilitar la participación así como los documentos que se reparten a los asistentes para que se lleven a casa con ideas tratadas en el coloquio que queremos recalcar

El día de la sesión preparar la sala con las sillas en círculo, el material audiovisual

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN

La actividad se ha difundido desde el inicio en las consultas, también mediante entradas en el blog "Salud en el Gancho" y en el Consejo de Salud

Participamos también en las en las XI Jornadas sobre Seguridad del Paciente celebradas en Junio de 2018 en Madrid presentando una Comunicación Oral

También participamos en las Fiestas del Barrio de San Pablo con un stand en el que se repartió material relacionado y se comentaron algunos temas tratados en el coloquio con vecinos del barrio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES

% asistentes a las sesiones/ total pacientes convocados (captación en consultas). Objetivo ≥ 70 %.

Febrero 65 %

Abril 80 %

Junio 61 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0771

1. TÍTULO

MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

Noviembre 100 %
MEDIA: 76,5 %

% de resultados (> o= 4) en la encuesta de satisfacción relacionada con la actividad (escala de 1 a 5 ; 5 mayor satisfacción) . Objetivo > o= 75 %.

Febrero 97 %
Abril 100 %
Junio 100 %
Noviembre 100 %
MEDIA: 99,25 %

% cumplimentación de la encuesta previa al taller / total asistentes. Objetivo (>o= 80 %) (encuesta anónima con datos de salud y conocimientos del paciente)

Febrero 100 %
Abril 100 %
Junio 100 %
Noviembre 100 %
MEDIA: 100 %

% evaluación de participación activa de los asistentes al taller. Objetivo (> o= 4) intervenciones de los asistentes (objetivado en los datos recogidos en el guión de observador). Objetivo: 75 % talleres con participación activa

Datos de los observadores internos:
Febrero 5 observadores por sesión
Abril 3 observadores por sesión
Junio 3 observadores por sesión
Noviembre 5 observadores por sesión

Realización del taller con grupos de pacientes distintos. Objetivo: (> o = 3 talleres / año)
En 2018 se realizaron 4 ediciones de 2 talleres cada una, en los meses de Febrero, Abril, Junio y Noviembre. En cada una de las ediciones, los asistentes fueron diferentes a las demás

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

El tema despierta interés y es muy bien acogido por nuestros pacientes.

Por parte de los profesionales directamente implicados en el proyecto también se percibe la importancia y la necesidad de continuar difundiendo el uso prudente de los fármacos y de potenciar los hábitos saludables. Nos parece importante también difundir la idea de la salud en su concepto más amplio, y que su cuidado va más allá de la toma de medicamentos

OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES

Estaría bien que desde las Instituciones Sanitarias se enviasen más mensajes en consonancia con este planteamiento, tal como la campaña que la DGA difundió en Mayo de 2018, "La vida es más que pastillas"

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/771 ===== ***

Nº de registro: 0771

Título
MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

Autores:
MAZA INVERNON ANA CRISTINA, GOMEZ MAINAR IRIS, MARCO BRUALLA MARIA, SALANOVA SERRABLO HELENA, RODRIGALVAREZ DE VAL SARA, COSCOLLAR SANTALIESFRA CARLOS, ALONSO LOPEZ CRISTINA, CIRIA CALAVIA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0771

1. TÍTULO

MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Diversas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los profesionales de nuestro centro habitualmente abordamos la cuestión de la seguridad en el uso de los fármacos en nuestras diferentes sesiones clínicas y actividades formativas. Somos conscientes de la importancia de que los propios pacientes se impliquen en las decisiones que afectan a su salud y conozcan la importancia del uso seguro de los fármacos que utilizan. Con este objetivo, emprendimos una actividad de educación para la salud con nuestros pacientes dirigida a difundir la cultura del uso seguro y racional de los medicamentos

RESULTADOS ESPERADOS

-Divulgar la necesidad del uso prudente de los fármacos
-Dar a conocer la evidencia de que cualquier fármaco, por seguro que sea, conlleva posibles riesgos derivados de su uso
-Fomentar la notificación de efectos indeseables de los fármacos al personal sanitario
-Resaltar la importancia de las medidas no farmacológicas y los hábitos saludables en el cuidado de la salud
-Fomentar entre los asistentes el espíritu crítico ante la publicidad de fármacos de venta libre y alimentos funcionales

MÉTODO

Para esta actividad es necesaria la colaboración de todo el equipo de nuestro centro que se implica en la invitación de los pacientes a la actividad.
Se hace captación activa de los pacientes desde las consultas en los primeros días del mes en que se van a realizar los coloquios. Además de la invitación, se les entrega una encuesta anónima en la que se recogen datos generales del paciente y un breve cuestionario acerca de los conocimientos previos sobre los temas que se van a tratar. Posteriormente, el grupo de profesionales implicados en la actividad contactan con los pacientes unos días antes del primer coloquio para recordar y asegurar la asistencia.
La actividad se estructura en 2 coloquios que se celebran cada 2 meses en jueves consecutivos en los que se abordan los diferentes temas. Se fomenta la participación de los asistentes mediante preguntas abiertas y se proyectan algunos vídeos.
Al terminar se les entrega a los asistentes una breve encuesta de satisfacción sobre el desarrollo de la actividad y material escrito y conciso de lo hablado durante la reunión para facilitar el recuerdo de lo comentado y fomentar la reflexión.

INDICADORES

-% asistentes a las sesiones/ total pacientes convocados (captación en consulta médica) . Objetivo >= 70 % .
-% de resultados (> o= 4) en la encuesta de satisfacción relacionada con la actividad (escala de 1 a 5 ; 5 mayor satisfacción) . Objetivo > o= 75 % .
-% cumplimentación de la encuesta previa al taller / total asistentes . Objetivo (>= 80 %) (encuesta anónima con datos de salud y conocimientos del paciente)
-% evaluación de participación activa de los asistentes al taller. Objetivo (> o= 4) intervenciones de los asistentes (objetivado en los datos recogidos en el guión de observador) . Objetivo: 75 % talleres con participación activa
-Realización del taller con grupos de pacientes distintos. Objetivo: (> o = 3) talleres / 1 año.

DURACIÓN

Desde el año 2016 se empezó a trabajar con el proyecto que se fue perfilando poco a poco en cuanto a delimitación de los contenidos y profesionales que querían participar.
En Noviembre de 2017 convocamos una reunión con los pacientes de nuestra zona de salud que quisieron acudir para recabar las ideas que les pudiesen interesar en el tema de los medicamentos.
Entre el mes de Diciembre de 2017 y Enero de 2018 se terminó de dar forma definitiva a la actividad y a decidir los contenidos y material a utilizar.
En el mes de Febrero se celebraron los 2 primeros coloquios y en Abril se desarrollaron otros 2.
Se plantean para Junio otras dos sesiones.

OBSERVACIONES

Se trata de un proyecto que tenemos intención de continuar de forma estable, realizando aproximadamente coloquios cada 2 meses para ir llegando poco a poco al mayor número de pacientes posible.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0771

1. TÍTULO

MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1103

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y SUS CONTACTOS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE SELMA VALVERDE ARANDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAGASTE ROMEO TERESA
ACEITUNO CASAS ALEXANDRA
MARTIN SACO GLORIA
LACASA SERRANO MARIA ELENA
SANTOLARIA SANCHO SOFIA
MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA
MURO BADIA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Elena Lacasa ha impartido una sesión bibliográfica dirigida al equipo médico sobre infecciones de transmisión sexual, recogida adecuada de muestras y tratamiento empírico (2/04 /2019).
- Alexandra Aceituno ha impartido una sesión clínica al EAP sobre el "Manual de toma de muestras" del sector 2, incidiendo en las muestras de ITS (29/05 /2019)
- Se ha realizado una reunión con el Servicio de Microbiología para resolver las dudas relacionadas con la correcta recogida de muestras ante la sospecha de ITS (1/10 / 2019).
- Selma Valverde ha participado en la "IX jornada relación paciente VIH y profesionales Socio-Sanitarios", donde se ha obtenido diverso material divulgativo sobre prácticas sexuales de riesgo y posibilidades de infección de las distintas ITS, así como hábitos de autocuidado (24/ 10 /2019). Se ha compartido el material con el equipo de mejora.
- Teresa Sagaste ha participado en el "3º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Anticoncepción", donde se han trabajado sobre prevención de ITS. (HCU: 7 y 8/ 11 /2019).
- Se ha colaborado en la preparación de la sesión clínica "Actualización en infecciones de transmisión sexual (ITS)" dirigida a los Equipos de Atención Primaria, presentando la guía IRASPROA de tratamiento empírico en ITS (16/01/2020).
- Se ha revisado el material divulgativo y se ha seleccionado el más adecuado para su entrega a los pacientes con diagnóstico de ITS, incidiendo en la importancia del abordaje de los contactos (17/01/2020).
- Teresa Sagaste, matrona, ha realizado un tríptico divulgativo sobre ITS, para su utilización en las sesiones de educación para la salud (EPS) dirigidas a mujeres embarazadas y en el postparto . Se ha remitido a la Coordinadora de matronas (Carmen Martínez Chueca), para su difusión entre las matronas del Sector 2 (21/01/2020).
- La difusión del material seleccionado al resto del EAP, está previsto realizarla coincidiendo con la presentación de la sesión sobre "Actualización en ITS (guía IRASPROA -AP)". (Primer trimestre 2020, pendiente de concretar fecha).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Asistieron 19 médicos a la sesión de formación bibliográfica (> 75 %).
- Asistieron 23 profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) a la sesión sobre "Manual de recogida de muestras" (>75%) .
- Se han obtenido los datos sobre incidencia y evolución de las ITS en nuestra zona básica de salud (datos facilitados por el servicio de Microbiología del HMS, Dra. Gloria Martín Saco) :
 - o En 2019 (hasta el 30 de Octubre) se diagnosticaron en el CS San Pablo un total de 40 ITS, (21 en hombres y 19 en mujeres) con la siguiente distribución: Chlamydia trachomatis (8 en V y 13 en M), M. genitalium (3 en V y 2 en M), N. Gonorrhoeae (9 en V y 2 en M), T. Pallidum(úlcera) (1 en V). Estos 40 diagnósticos corresponden al 12% de las ITS diagnosticadas en el laboratorio de Microbiología del HMS en 2019.
 - o En 2018 se habían diagnosticado en el CS San Pablo un total de 40 ITS, (en varones y 19 en mujeres), correspondiente al 10% de las ITS diagnosticadas en el laboratorio de Microbiología del HMS en ese año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora está satisfecho con las actividades desarrolladas durante este periodo de tiempo encaminadas a la consecución de los objetivos que se había marcado inicialmente . Especialmente, los relacionados con : la actualización sobre la adecuada toma de muestras para el diagnóstico y el adecuado tratamiento antibiótico en ITS; la elaboración de un tríptico informativo sobre ITS, para su uso en consulta y grupos de educación maternal y postparto.
Queda pendiente la evaluación de la asistencia a la sesión de " Actualización en ITS, guía IRASPROA-AP", dado que se va a impartir en el primer trimestre de 2020.
Pensamos que este proyecto es sostenible y está muy imbricado con los objetivos del grupo IRASPROA- AP .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1103

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1103

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y SUS CONTACTOS

***** **

Nº de registro: 1103

Título
MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y SUS CONTACTOS

Autores:
VALVERDE ARANDA SELMA, SAGASTE ROMEO TERESA, ACEITUNO CASAS ALEXANDRA, MARTIN SACO GLORIA, LACASA SERRANO MARIA ELENA, SANTOLARIA SANCHO SOFIA, MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA, MURO BADIA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente en las consultas de medicina, atención continuada y matrona, es habitual el abordaje de pacientes con signos y síntomas relacionados con infecciones de transmisión sexual. Nos interesaría conocer datos estadísticos de incidencia y su evolución en los últimos años en nuestra zona básica de salud. Se solicita, por ello, la colaboración con el laboratorio de microbiología del HMS, Dra. Gloria Martín y Dra. Ana Milagro .

Por otro lado, el EAP San Pablo se ha adherido en 2018 a la estrategia IRASPROA, reconociendo el problema del uso de antibióticos como un problema de salud pública de primer orden. Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico . En muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica . Pero en aquellas ocasiones en que se precise un diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, siguiendo las recomendaciones del " Manual de toma de muestras" elaborado desde de el grupo PROA_AP. En el ámbito de las ETS, existen particularidades que es preciso conocer y aclarar, para lo cual la colaboración con el Servicio de Microbiología nos parece indispensable. Con el fin de aclarar las dudas y mejorar las posibles incidencias de laboratorio que hayan surgido con la recogida de estas muestras se va a realizar una sesión conjunta en el EAP . Asimismo, contamos con la participación de la matrona del EAP San Pablo en el proyecto, que puede aportarnos gran valor tanto en la ayuda a la toma de muestras más complejas (exudado cervical), como en la educación sanitaria, incluidas las recomendaciones a los contactos.

Desde el grupo IRASPROA-AP se está elaborando la guía de tratamiento empírico para infecciones de transmisión sexual. Una vez que esté presentada, se pretende realizar una adecuada difusión de la misma. Asimismo, se considera de vital importancia realizar actividades específicas relacionadas con la Educación para la salud en ETS (actuando de forma transversal en actividades comunitarias en las que desde el EAP se colabora : actividad formativa dirigida a mujeres que ejercen la prostitución y acuden a Fogaral _Cáritas; grupos con mujeres embarazadas y madres jóvenes postparto..) . Consideramos también de vital importancia formarnos en el abordaje del estudio de contactos, facilitando la información rigurosa y clara que favorezca el tratamiento de las parejas sexuales .

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la adecuada toma de muestras para el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual.
Disminuir las incidencias de laboratorio relacionadas con toma de muestra de ITS.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en ITS.
Revisar el material utilizado en las actividades dirigidas a mujeres sexualmente activas y que puedan beneficiarse de educación sanitaria para prevención de ITS.
Selección el material que se puede entregar a los pacientes con ITS para el adecuado abordaje de los contactos.

MÉTODO
Realizar una sesión bibliográfica a los médicos sobre infecciones de transmisión sexual, recogida muestras y tratamiento empírico .
Realizar una sesión clínica al EAP sobre el Manual de toma de muestras, incidiendo en las muestras de ITS. En colaboración con microbiología
Revisar y ampliar, si se estima oportuno, el material utilizado en las sesiones de EPS dirigidas por la matrona pre y post-parto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1103

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL (ITS) Y SUS CONTACTOS

Realizar una sesión clínica al EAP, presentando la guía IRASPROA de tratamiento empírico en ITS.
Entregar el material seleccionado a los pacientes con ITS para el adecuado abordaje de los contactos y difundirlo entre los profesionales sanitarios.

INDICADORES

% Profesionales que asistencia a la sesión de formación bibliográfica . Asistencia media > 75%
% Profesionales que asistencia a la sesión sobre recogida de muestras . Asistencia media > 75%
% Profesionales que asistencia a la sesión sobre guía de tratamiento empírico . Asistencia media > 75%
Disminuir % incidencias de laboratorio de microbiología sobre recogida de muestras con diagnóstico de ITS en 2019 respecto a las de 2018

DURACIÓN

Marzo : sesión bibliográfica a los médicos (Dra. Lacasa)
Abril: contactar con Servicio de Microbiología (Dra. Martín y Dra. Milagro)
Mayo : sesión al EAP sobre "Manual de recogida de muestras " (Sandra Aceituno y serv. Microbiología)
Junio- Septiembre: revisar material para las sesiones de formación y para abordaje de contactos.
Octubre-Diciembre: difusión guía tratamiento empírico ITS (IRASPROA)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1161

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ROSA MARIA MACIPE COSTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO FELIU LUIS ANDRES
RODRIGALVAREZ DE VAL SARA
SALANOVA SERRABLO HELENA
SANTOLARIA SANCHO SOFIA
MARCO BRUALLA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dentro de las actividades del grupo de participación comunitaria del centro de salud, hace dos años se realizó un mapeo de recursos del barrio que podían tener interés para el centro de salud. Para dicho mapeo se partió de un registro de colectivos y recursos que tiene el Plan Integral del Casco Histórico, y de dicho registro se hizo una selección de los más útiles. Las personas que realizaron el mapeo, se reunieron con todos esos recursos y con la información recabada, se hizo una ficha de cada recurso y se incluía en un mapa de recursos realizado con la herramienta de google maps disponible en drive:

<https://is.gd/9aexUx>

El proyecto actual pretendía coordinar el trabajo ya realizado de mapeo, con el propuesto desde la Estrategia de Atención comunitaria en relación con los Activos para la Salud. La Estrategia propone reunirse con los colectivos y recursos del barrio que creemos que son activos para la salud para que tras una reunión en el que se define un marco de colaboración, el recurso se incluya en el buscador de Activos para la Salud de la Estrategia.

Para ello inicialmente se repasó este mapa de recursos ya realizado en el centro de salud y se seleccionaron aquellos que creemos que más útiles podrían ser para nuestras consultas y con los que trabajamos de una manera más estable. Estos recursos fueron:

Casa de Juventud San Pablo
Cadeneta
Centro Alba
Gym San Blas
Asociación de Vecinos Lanuza Casco Viejo
Amediar
Luis Buñuel
Médicos del Mundo
Fogaral
Cepaim
Oscus
Ozanam
Centro Municipal de Promoción de la Salud Amparo Poch
Secretariado Gitano
Centro Municipal de Servicios Social Calle Armas
Duchas y lavadoras

Se contactó con todos ellos solicitando una reunión para explicar qué pretende el protocolo de la recomendación de Activos de la Estrategia.

Se han mantenido reuniones con los siguientes recursos.

9/1/2019: Afa
26/02/2019: Reunión con el centro de mayores San Blas y Casa Amparo
26/11/19: Centro Alba
26/11/19: Fogaral.
11/12/19: Gym San Blas
12/12/19: Médicos del Mundo
12/12/19: Duchas y Lavadoras.
18/12/19: CSC Luis Buñuel
19/12/19: Cepaim
14/01/20: Casa de Juventud San Pablo
15/01/20: Duchas y lavadoras
31/01/20: Ozanam

En las reuniones se ha explicado a las entidades en qué consiste el modelo de trabajo salutogénico, la recomendación de Activos, presentación del buscador de activos de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón, que facilita la identificación y visualización de los recursos comunitarios y la recomendación de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1161

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

activos desde los centros de salud, así como se explicó cómo incluirse como recurso en dicho buscador. Las reuniones han servido también para concretar el marco de colaboración entre la entidad y el centro de salud.

Varias personas del centro de salud han participado en las sesiones formativas de la Estrategia de Atención Comunitaria, en concreto en la de Recomendación de Activos, para poder implementar adecuadamente dicho protocolo en el centro de salud.

Además, el trabajo realizado, tanto el protocolo de recomendación de activos como el buscador de los mismos, han sido presentado al equipo de Atención Primaria y al consejo de salud.

No ha sido necesario elaborar ningún tipo de material adicional para llevar adelante el proyecto, dado que desde la plataforma de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón ya contamos con un tutorial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los recursos seleccionados se ha contactado con todos, sin embargo no con todos ha sido posible mantener reuniones. De estos se han mantenido reuniones con 10. Se había planteado un Standart de >10

En alguno de los casos no se pudo mantener la reunión prevista debido a que se les retiró la subvención que los financiaba en los presupuestos de la ciudad y cesaron su actividad a pesar de ser un recurso a nuestro parecer imprescindible para el barrio, como es el caso del colectivo Amediar.

No se contactó con servicios sociales del ayuntamiento ni centro de promoción Amparo Poch ya que dependen directamente del ayuntamiento de Zaragoza y se supone que dicha entidad se encarga de sus activos, como ya hizo con los centros de mayores. No obstante, si con el tiempo vemos que no se incorporan, se podría contactar para sugerirlo.

A todos ellos se les explicó cómo incluirse en la plataforma. En el caso de algunos recursos la respuesta no fue inmediata pues son proyectos que dependen de entidades más grandes o incluso a nivel nacional (por ejemplo, el centro Fogaral depende de Cáritas, Médicos del mundo y Cepaim son filiales de organizaciones nacionales... y su inclusión debe ser valorada por comités específicos de la entidad). Las personas contactadas se han comprometido a trasladar la solicitud a la persona que puede autorizar dicha inclusión y nos mantienen informados de los avances.

Por ejemplo, Duchas y Lavadoras depende en parte de la Parroquia de El Portillo y el gestor y el párroco, son quienes deberían haberlo subido a la plataforma, porque no tienen internet en la sede.

Cadeneta y la Casa de Juventud dependen de Ozanam.

De todos ellos en el momento de la memoria se han incluido como recursos 4 con 10 proyectos incluidos: (ver tabla). Como Standart nos habíamos fijado >10 proyectos:
Estos proyectos son:

- Centro De Convivencia Para Mayores De Casco Historico- Ayuntamiento De Zaragoza (1): Centro De Día
- Hogar De Personas Mayores "San Blas" (2): Cuidarte Atención A Personas Cuidadoras y Servicio De Promoción De La Autonomía Personal
- Centro Alba (3): Distribucion Material Preventivo Salud Sexual, Distribución Material Preventivo Salud Sexual Para Trabajadoras Sexuales y Servicio de Duchas
- AFDA (4): Grupos De Terapia Ansiedad Y Depresión, Escuela De Familias Ansiedad Y Depresión, Talleres Saludables y Charlas Sobre Bienestar

En el caso de los recursos de los centros de mayores, aunque hemos mantenido reuniones con ellos, ya han acudido al centro de salud en 3 ocasiones a contar en sesión de equipo los recursos que ofrecen en sus servicios, la inclusión en el buscador fue fruto de las reuniones de coordinación entre salud pública y el Ayuntamiento y Gobierno de Aragón.

Durante este tiempo se han realizado dos reuniones de equipo en las que se ha explicado el protocolo de recomendación de activos.

También se presentó en el Consejo de salud celebrado el 16/5/2019, por si algún otro colectivo o entidad tenía interés por incluirse en el buscador.

Y para acabar han acudido al centro de salud para explicar los servicios que se ofrecen desde esos recursos, el centro de mayores San Blas, el centro de mayores Casa Amparo, el servicio de mediación de Zaragoza vivienda, el centro Alba, . Standart mayor ó igual a 2.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1161

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto ha servido para revisar y reflexionar sobre los recursos que hay en el entorno con los que trabajamos más habitualmente y los que aunque no trabajemos tanto creemos que pueden resultar útiles para nuestras consultas.

Se ha detectado mucho interés en conocer en que consiste el buscador y en incluir las actividades en el mismo. Sin embargo a pesar del interés manifestado en las reuniones hemos comprobado que pocos recursos han incluido sus actividades en el buscador.

Hemos evaluado este punto y creemos que por un lado muchas veces el recurso pertenece a entidades más grandes y no tienen libertad para tomar esa decisión sin contar con el permiso para hacerlo, y en ese circuito no tenemos claro si circula bien la información o se entiende bien el sentido del protocolo y buscador. En algún caso se nos ha transmitido cierta desconfianza de cierta intromisión en el terreno del trabajo social.

Por otro lado, en alguno de los casos creemos que el problema es las dificultades que tienen ciertas personas en los temas informáticos. A veces no tienen internet o llegado el momento de subir el recurso no recuerdan como hacerlo o no saben hacerlo. No sabemos si no sería mejor una vez mantenida la reunión y enmarcada la colaboración, fuéramos nosotros mismos quienes introdujeramos el recurso o su proyecto en la plataforma si detectamos que van a tener dificultad en hacerlo.

Para acabar, creemos que a pesar de haber explicado en varias ocasiones a los compañeros del centro de salud el protocolo de Recomendación de Activos de OMI, llegado el momento de recomendar un recurso, bien sea porque lleva un tiempo, porque no recuerdan como hacerlo o por lo que sea, lo hacen como se hacía antes, es decir simplemente recomendándolo sin dejarlo registrado ni remitiendo al paciente con el volante de derivación que emite OMI. En la última reunión mantenida con el centro de mayores San Blas, uno de los recursos a los que más se derivan pacientes, comentaron que ningún paciente les había llegado con el volante de derivación de la recomendación de activos.

Y para acabar constatar el impacto que tienen a veces sobre estos trabajos de crear redes las políticas públicas y los presupuestos para entidades sociales, puesto que en los últimos meses varios de los recursos con los que trabajamos habitualmente han cesado su actividad o temen por su continuidad y eso ha supuesto que el trabajo y tiempo invertido en construir esa red y ese marco de colaboración haya sido en parte inútil.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1161 ===== ***

Nº de registro: 1161

Título
DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACION DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

Autores:
MACIPE COSTA ROSA MARIA, GIMENO FELIU LUIS ANDRES, RODRIGALVAREZ DE VAL SARA, SALANOVA SERRABLO HELENA, SANTOLARIA SANCHO SOFIA, MARCO BRUALLA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: El proyecto en principio responde a cualquier tipo de patología al identificar recursos de apoyo en en entorno que ayuden a mejorar la salud, enfermar menos y resolver mas eficazmente las patologías.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos de la Estrategia de Atención Comunitaria es reducir el proceso de medicalización frente a situaciones de la vida cotidiana, fomentando la autonomía de las personas usuarias del sistema sanitario utilizando la recomendación de activos comunitarios (social prescribing/prescripción social) para la salud y el abordajemultidisciplinar e intersectorial orientado a los determinantes, facilitando así que las personas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1161

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

y comunidades dispongan de los medios para mejorar la salud y ejercer mayor control sobre la misma.

En esa línea y como pilar importante de la estrategia se puso en marcha el protocolo de recomendación de activos dentro del programa informático OMI. Dentro de la implementación de dicho protocolo se ofreció formación sobre el tema a los profesionales de los centros de salud. En dicha formación se propuso un itinerario de trabajo para que los EAP identificaran los activos para la salud en sus territorios, se priorizaran los más interesantes en función de unos criterios propuestos (proyecto EIRA), se contactara con ellos para establecer un marco de relación con ellos, y se informara al recurso de como incluirse en el buscador de activos con el que enlaza el protocolo de recomendación de activos de OMI.

Dentro de las actividades del grupo de participación comunitaria del centro de salud, hace dos años se realizó un mapeo de recursos del barrio que podían tener interés para el centro de salud. Para dicho mapeo se partió de un registro de colectivos y recursos que tiene el Plan Integral del Casco Histórico, y de dicho registro se hizo una selección de los más útiles en función de los criterios anteriormente nombrados. Las personas que realizaron el mapeo, se reunieron con todos esos recursos y con la información recabada, se hacía una ficha de cada recurso y se incluía en un mapa de recursos realizado con la herramienta de google maps disponible en drive.

<https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1Ez1kjugVrcI27JDb6xh1cAjjJEg&ll=41.65922860963229%2C-0.8815610999999999&z=14>

Para enlazar este trabajo con el actual itinerario propuesto desde la Estrategia de Atención Comunitaria, se propone el siguiente proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar del mapa de recursos elaborados, los principales activos para la salud en base a unos criterios.
- Ampliar los recursos con otros activos que puedan ser interesantes para la salud de los vecinos del barrio
- Contactar con esos activos para crear un marco de colaboración consensuado.
- Informar a los recursos del procedimiento para activarse en el buscador de recursos propuesto.
- Informar periódicamente al equipo del Centro de Salud de los recursos/activos contactados y de lo que pueden ofrecer.

MÉTODO

Inicialmente se nombrará dentro del grupo de Participación Comunitaria un grupo de trabajo compuesto por 4-5 personas que serán las responsables de coordinar y llevar adelante este proyecto.

Una vez creado el grupo de trabajo, se pasará a analizar el mapa de recursos que se elaboró por el centro de salud y en base a los criterios del proyecto EIRA, se irán seleccionando los que se sientan como más importantes para la salud de los vecinos y vecinas del barrio. 3-4 reuniones del grupo

Se ampliará la búsqueda incluyendo en el análisis además de los recursos ya identificados, otras cosas del barrio que puedan ser consideradas como activos (lugares, zonas verdes, zonas deportivas, etc...) 1 reunión.

Se hará una toma de contacto con los recursos y activos seleccionados para reunirse con ellos, establecer un marco de colaboración y concretarla en una ficha. Se animará al recurso a incluirse en plataforma y buscador de recursos, para lo cual se les explicará el procedimiento. 6 meses

Se realizarán al menos dos reuniones de equipo, reuniones en las que se presentarán los recursos y activos identificados y seleccionados, a la vez que se explicará el funcionamiento del protocolo de Activos de OMI

INDICADORES

- Número de recursos y activos contactados. Standart > 10
- Número de recursos y activos que se han activado en la Web de la Alianza para la salud comunitaria. Standart > 10. (Fuente de datos, mapa de activos de la plataforma de la Estrategia de Atención comunitaria)
- Reuniones de equipo para presentar el protocolo y los recursos seleccionados. Standart mayor ó igual a 2. (Fuente de datos, registro de sesiones clínicas del centro de salud)
- Reuniones de equipo a las que acuda alguno de los recursos seleccionados a presentarse. Mayor o igual a 2. (Fuente de datos, registro de sesiones clínicas del centro de salud)

DURACIÓN

Durante el mes de mayo y junio, el grupo motor se reunirá para realizar la selección de los recursos que van a ser contactados.

De mayo a final de año se irán reuniendo con dichos recursos para definir el marco de colaboración.

Durante el proceso se irán programando reuniones de equipo para ir presentando los recursos-activos identificados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1161

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1222

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE PEDRO MARTINEZ CASBAS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS SAN PABLO
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALO PEÑA JORGE
OLIVEROS BRIZ MARIA TERESA
CAMPILLOS APESTEGUIA CARMEN
PORTERO MONGUILO MARIA JESUS
MARCO BRUALLA MARIA
RODRIGALVAREZ DE VAL SARA
SALANOVA SERRABLO HELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 9 de mayo realizamos la primera reunión del grupo de trabajo y acordamos: contactar con la técnica de salud del sector, y confirmar la sesión de equipo, del día 14 de mayo, sobre manejo del cuadro de mandos de diabetes.
Solicitar al responsable de enfermería listados de los indicadores a evaluar, revisión microalbuminuria, revisión pie diabético y diabetes pie de riesgo, de todos los cupos para conocer cómo se encuentran los indicadores en la actualidad, en cada cupo.
Se acuerda enviar un correo a todos los profesionales para que soliciten monofilamentos, aquellos que no dispongan o los que tengan estén deteriorados, y recordar que los mismos deben ser renovados anualmente. Respecto a los doppler consideramos que con los dos actuales es suficiente el equipamiento.
Realizar un taller de exploración del pie diabético, antes del verano y posteriormente formación específica, al personal que se va a incorporar en el último trimestre del año
incidir en el taller no solo en el registro adecuado de la actividad sino también hacer mención a la unidad del pie diabético del hospital provincial que desde hace unos meses es un activo y cuando de debe derivar a la misma.
Hablar con las TCAE de cómo podemos asegurarnos de la presentación de las muestras de orina cuando acuden a extracciones los diabéticos.
Reunión 13 de junio acordamos:
Respecto al indicador de la microalbuminuria consideramos que con las modificaciones que se han hecho al incluirlo en las determinaciones del perfil, los datos mejoraran, en todo caso, cada cupo a través del cuadro de mandos de la diabetes puede revisar aquellos pacientes que les falta la determinación y solicitarla. Para facilitar el manejo del cuadro de mandos La dirección del sector ha realizado en el centro una sesión al equipo sobre manejo del mismo que se celebró el día 15 de mayo del 2019.
Hemos insistido nuevamente a las TCAE para que extremen el cuidado con los diabéticos que no traigan orina y les den bote e insistan en la recogida de la misma.
El responsable de enfermería nos ha traído datos de cada cupo de los indicadores del pie diabético. Se acuerda enviar a cada cupo sus datos y la comparativa con los datos del centro y del sector. En estos momentos estamos alrededor del 35. Para ello vamos a insistir a cada cupo que saque sus listados, de pacientes diabéticos que están pendientes de realizar el estudio, y que mediante procedimientos activos intente captarlos para realizarlos.
Se han detectado problemas en algún cupo que presentan datos muy escasos y que tratándolos con los profesionales se están ya subsanando.
Tenemos cupos que va a haber cambios por jubilación, por lo que decidimos el grupo de diabetes, estar como referentes, para ayudarles en un principio a realizar los estudios del pie diabético.
Todas estas comunicaciones y actividades se realizaron durante la semana del 17 de junio y a finales de junio el grupo de diabetes nos presentamos como referentes al personal de nueva incorporación, jubilaciones y sustituciones de verano.
Reunión 27 de septiembre 2019:
Durante el mes de septiembre hemos realizado un taller de exploración del pie diabético al personal contratado y abierto a todo el personal interesado (realizado el 17 de septiembre) Al mismo han acudido el personal de nueva incorporación, personal de plantilla y estudiantes de enfermería. Se ha incidido en el registro adecuado de la actividad y se ha hecho mención a la unidad del pie diabético del Hospital Provincial, y su utilidad, tal como quedamos en la anterior reunión.
Hemos insistido en la formación al personal de nueva incorporación repartiéndonos los mismos el grupo de diabetes y estableciéndonos como referentes para sus dudas
Acordamos estar al tanto de las nuevas incorporaciones para apoyar a las mismas y seguir insistiendo a los compañeros en el seguimiento de los indicadores tanto en reuniones como mediante correos mensuales hasta final de año.
Todas estas actividades se han realizado a lo largo del último trimestre del año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la revisión del pie diabético nos encontramos sobre el 42 por ciento cuando la media del sector II está en el 25 por ciento y hace un año, en diciembre del 2018, estábamos en el 32 por ciento (datos sacados del cuadro de mandos de la diabetes).
La revisión de la micro albuminuria estamos en diciembre del 2019 sobre el 57 por ciento y la media del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1222

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

sector II está sobre el 53 por ciento, en diciembre del 2018 estábamos en el 49 por ciento (datos obtenidos del cuadro de mandos de la diabetes)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que los datos en nuestro equipo ya eran superiores a la media del sector antes del inicio del proyecto y que el mismo nos ha permitido establecer una sistemática de trabajo que nos ha permitido mejorar, consolidar los mismos y plantearnos otras líneas de trabajo en diabetes que nos puedan servir de líneas de mejora en próximos años.

7. OBSERVACIONES.

Es muy difícil poder mantener una línea de trabajo con las modificaciones de personal que se producen. Hemos tenido una jubilación en el último trimestre de personal de enfermería que en ese periodo la han ocupado tres profesionales diferentes. Y existe un sistema de contratación en el que prima la bolsa por el que en muchas ocasiones viene a nuestro centro personal que desconoce los protocolos y trabajo en primaria mientras que los EIR formados en la especialidad de primaria, lamentablemente se desperdicia su formación en sustituciones hospitalarias.

Es urgente y necesario que se plantee una modificación de la política de recursos humanos de la salud.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1222 ===== ***

Nº de registro: 1222

Título
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN ELSECTOR ZARAGOZA II

Autores:
MARTINEZ CASBAS PEDRO, GONZALO PEÑA JORGE, OLIVEROS BRIZ MARIA TERESA, CAMPILLOS APESTEGUIA CARMEN, PORTERO MONGUILO MARIA JESUS, MARCO BRUALLA MARIA, RODRIGALVAREZ DE VAL SARA, SALANOVA SERRABLO HELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde la creación y desarrollo del cuadro de mando de diabetes, que permite el seguimiento de los principales indicadores ligados a esta estrategia, en el Sector Zaragoza 2 venimos observando problemas de registro mantenidos en el tiempo, centrados fundamentalmente en dos de ellos, como a continuación se expone:

- La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de diabetes, tiene una cobertura sensiblemente inferior (alrededor del 20% menos) al resto de parámetros recogidos en dicho perfil, (por ejemplo, GFR, LDL o HbA1c en el año 2018), alcanzando una cobertura del 39,37%, (por debajo de la media del SALUD), lo que puede tener evidentes repercusiones en mortalidad cardiovascular. Históricamente este indicador ha tenido como valor máximo en este Sector el 43%, que data de 2014.

- La exploración y evaluación del riesgo del pie diabético, apenas llega al 10% (9,65 en diciembre de 2018, cuando hace 2 años llegó hasta un 26,63%), y la valoración del pie diabético, está en un 38,74%, lo que puede tener consecuencias en un aumento de complicaciones de los pacientes afectados, con incremento de la tasa de amputaciones, y comprometiendo la iniciativa de la puesta en marcha de las consultas de la Unidad de Pie diabético, si no se consigue la implicación de los profesionales de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar la cobertura de SOLICITUD Y REGISTRO de microalbuminuria.
Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético.

MÉTODO

Se ha realizado un análisis modal de fallos y errores para cada uno de los indicadores a partir

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1222

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

del cual se plantean las siguientes actividades:

- Creación de un GRUPO de proceso del Sector II, con líderes reconocidos, con la finalidad de análisis y realización de formación específica en los centros de salud del Sector II.
 - Valoración de a necesidad de rediseño del volante de perfil de diabetes para que consten explícitamente los contenidos a mejorar en su impresión.
 - Valoración del rediseño del circuito de extracciones para asegurar la verificación de la presentación de la muestra de orina solicitada.
- Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación.
Formación en Pie diabético: Por qué debe explorarse y cómo se explora
- Asegurar la infraestructura básica para la exploración del pie diabético: disponibilidad de monofilamentos, plan plurianual de renovación de doppler.

INDICADORES

% de pacientes diabéticos en los que consta al menos determinación de microalbuminuria en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre 2018, Superior al 50%.

% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de exploración de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre de 2018. Superior al 48%.

% de pacientes diabéticos en los que consta al menos un registro de riesgo de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el sector, con respecto a datos de diciembre de 2018. 25%.

Monitorización de los indicadores en el Sector y centros con periodicidad cuatrimestral (Enero, Mayo, Septiembre 2019), y reunión del equipo de proceso para su valoración.

DURACIÓN

- Enero/Febrero 2019. Constitución del grupo de proceso
 - Enero 2019. AMFE (ya realizado)
 - Febrero-Mayo: Valoración rediseño de volante, circuitos y formación a los centros implicados. Fomentar el acceso y autoevaluación por parte de los EAP a los indicadores de la Estrategia, a través del Cuadro de Mandos de Diabetes.
- La renovación de doppler/monofilamento, en dependencia del plan de necesidades

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1226

1. TÍTULO

DESARROLLO Y MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL EAP SAN PABLO

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA ALONSO LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ACEITUNO CASAS ALEXANDRA
MORALES DERQUI AURORA
IMAZ PEREZ FRANCISCO JAVIER
MUÑOZ ANADON ANTONIO
ESCORIHUELA GIMENO MARIA
MARTINEZ CASBAS JOSE PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Información a cada miembro del EAP de los objetivos alcanzados al inicio del proyecto (Junio 2019) y a los 6 meses
- Soporte y apoyo ante dudas de manejos de casos concretos y circuitos
- Estudio de incidencias
- Contacto individual con todos los PCC incluidos por parte de la profesional de enfermería responsable del programa del PCC mediante visitas domiciliarias acompañando y apoyando al profesional de enfermería responsable del caso
- Apoyo al EAP en la continuidad de cuidados
- Redifusión entre los pacientes PCC incluidos de los contactos telefónicos y los circuitos
- Formación mediante sesión clínica con descripción de caso clínico
- Información en sesión clínica del seguimiento de programa a fecha 31 de diciembre del 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La cobertura global del programa del PCC (GMA>97) se ha incrementado un 29% entre Junio y Diciembre del 2019 (del 18,3% al 23,7%)
- La cumplimentación del plan de intervención entre los PCC incluidos se ha incrementado un 31,9% entre Junio y Diciembre del 2019 (del 71,9% al 94,9%)
- En la actualidad, todos los pacientes incluidos tienen identificados el profesional de enfermería responsable y los familiares-cuidadores responsables
- El número de llamadas telefónicas al teléfono del PCC se han triplicado en el último semestre (42 llamadas en el primer semestre del 2019, 123 llamadas en el segundo semestre)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La implicación y colaboración de los profesionales del EAP y fundamentalmente de la profesional de enfermería responsable del Programa del PCC, en su trabajo directo con otros profesionales del centro ha permitido mejorar unos datos que ya inicialmente permitían cumplir los objetivos previstos en el Acuerdo de Gestión Clínica 2019.
- Se han detectado necesidades de formación y apoyo tanto en profesionales como en pacientes y cuidadores.
- Consideramos necesario realizar encuestas de satisfacción a pacientes y cuidadores incluidos en el Programa del PCC.
- La ausencia de un cuadro de mandos que permita monitorizar los indicadores ha supuesto muchas dificultades para realizar el seguimiento. Se nos ha reportado información desde Dirección pero no con la periodicidad (cuatrimestral) ni facilidad requeridas, y se han tenido que obtener los datos de forma manual la mayoría de las veces
- Se necesitan actividades de Educación para la Salud en pacientes y cuidadores

7. OBSERVACIONES.

El Proyecto se inició en Junio de 2019, por lo que la valoración es del semestre de Junio a Diciembre

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1226 ===== ***

Nº de registro: 1226

Título
DESARROLLO Y MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL EAP SAN PABLO

Autores:
ALONSO LOPEZ MARIA CRISTINA, ACEITUNO CASAS ALEXANDRA, MORALES DERQUI AURORA, IMAZ PEREZ FRANCISCO JAVIER, MUÑOZ ANADON ANTONIO, ESCORIHUELA GIMENO MARIA, MARTINEZ CASBAS PEDRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1226

1. TÍTULO

DESARROLLO Y MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL EAP SAN PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente crónico complejo
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una de las Estrategias de mayor calado en la actual legislatura ha sido la del Abordaje de la Cronicidad, sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo. El mencionado Programa ha sido fruto de un intenso trabajo de colaboración y consenso, de casi 2 años de duración, entre diversos profesionales de distintos colectivos del ámbito de la Atención Primaria y de la Atención Especializada, con el objetivo de garantizar la accesibilidad y continuidad asistencial, interviniendo en el proceso de la enfermedad, y dando un soporte tanto al paciente como al cuidador, para anticiparse a las situaciones de urgencia y claudicación, mejorando la calidad de vida y seguridad de los pacientes, así como disminuir las asistencias urgentes y/o ingresos hospitalarios. En Febrero de 2018, se hizo la presentación institucional del Programa, comenzándose su implementación en los equipos de atención primaria del Sector II, a partir del mes de marzo, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA). Paralelamente se han creado a nivel de Atención Especializada, 3 unidades específicas de asistencia al paciente crónico complejo, en el HUMS como referente para 15 EAP (junio 2018), HGD como referente para 3 EAP (octubre 2018) y HSJD referencia para otros 3 EAP (enero 2019). La diferente evolución en la creación y operatividad de estas unidades, ha supuesto un lento y dispar desarrollo en nuestro Sector de tan ambicioso Programa, con datos de inclusión en el Programa del total de pacientes de mayor complejidad, que no supera el 50%, y niveles de plan de intervención confeccionados, sobre un 20 % de los introducidos en el aplicativo.

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar registro pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99
Incrementar elaboración Planes de Intervención pacientes registrados como PCC. Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC . Elaborar y estandarizar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en el EAP San Pablo

MÉTODO

Mantener en la Unidad Clínica de EAP San Pablo el Referente del Programa del PCC a nivel de Sector II, entendiendo que el desarrollo y consolidación del programa precisa del mantenimiento de la enfermera de enlace (Alexandra Aceituno Casas designada en nuestro EAP S Pablo desde abril de 2018).
Formación en el EAP S Pablo con todos los profesionales del Equipo.
Revisión de circuitos asistenciales definidos para el PCC en EAP San Pablo.
Visita de los Profesionales de las UCC al EAP San Pablo.

INDICADORES

Aumentar % PCC > 99 incluidos /PCC > 99 población diana.
Aumentar % Planes Inclusión/Total PCC incluidos en Programa.
Aumentar % PCC 97-99 incluidos/total PCC incluidos.
Aumentar % PCC < 97 incluidos/total PCC incluidos.
Aumentar % PCC con enfermería identificada.
Aumentar % PCC con familiares-cuidadores identificados.

DURACIÓN

Revisión cuatrimestral de evolución de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0427

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE TERESA SAGASTE ROMEO
· Profesión MATRONA
· Centro CS SAN PABLO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO GREGORIO MILAGROS
ORTIN CLAVERIA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La actividad consiste en unas sesiones presenciales para madres y padres, junto con sus hijos, que se ofertan a las familias en las sesiones de preparación al parto y en las consulta del recién nacido del pediatra. También hay un cartel informativo en el tablon de anuncios de pediatría y se comenta en la revision del recién nacido la existencia de este grupo.

Las sesiones se han realizado los viernes de 12 a 2 en el gimnasio anexo a la consulta de la matrona. Se han realizado todos los viernes del año excepto los que coincidían con periodos vacacionales no sustituidos de la matrona.

El grupo no es cerrado, es un grupo dinámico en el que se incorporan las madres en el momento que nacen sus hijos y dejan de acudir cuando por circunstancias ya no pueden acudir. de manera que no hay un contenido rígido y establecido para las sesiones.

Las sesiones son espacios de compartir vivencias y dificultades de esos primeros meses de crianza, y tienen también una parte formativa en la que se han impartido a lo largo del año, por parte de la matrona:

Lactancia
Depresión postparto.
Colicos del lactante
El sueño en el recién nacido.
Masajes para el bebe.
Consejos para un mejor desarrollo del bebe.
Alimentación complementaria del lactante
Accidentes, atragantamiento y reanimación.
Sexualidad en el postparto.

Asimismo han acudido a impartir sesiones:

Pediatría del centro de salud. Cuidados y enfermedades frecuentes.
Fisioterapia del centro de salud. Desarrollo psicomotor de los niños
Taller de porteo.
Taller de sexología por parte de Desmontando a la Pili.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Numero de reuniones realizadas a lo largo del año. Se había marcado como objetivo: Standart >30 . A lo largo del año se han realizado 44 sesiones.

De una manera rotativa se han impartido las siguientes sesiones diferentes:

Numero de sesiones con contenidos específicos impartidas en un año. Nos habíamos marcado como Standart >8. Se han realizado 12 SESIONES con los contenidos desarrollados en el punto anterior.

La media de mujeres que asisten son unas 8 por sesión. En total a lo largo del año pasan por las sesiones unas 30 mujeres.

De una manera cualitativa, las madres expresan una gran satisfacción con el espacio, que les ayuda a compartir dudas, dificultades y sentimientos con otras madres en su misma situación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general, como todos los grupos de apoyo, el grupo cumple esa función de apoyo, en un momento crítico para muchas madres. El compartir miedos, dudas y problemas con otras personas que están pasando lo mismo, ayuda a sentirte acompañado, y a rebajar el nivel de ansiedad y preocupación.

Parte de la dinámica del grupo la llevan las mismas madres, que conforme van pasando sesiones y van resolviendo dudas, se convierten a su vez en consejeras de las nuevas madres que se van incorporando al grupo. Esto favorece la autoestima y empoderamiento de las madres.

Como aspectos pendientes en estos grupos, es la presencia de los padres, que siguen participando muy poco en los espacios de crianza.

Otro aspecto que puede ser positivo y negativo es la propia vinculacion afectiva que hacen las madres entre ellas. En principio es muy positivo, porque el que se sientan afectivamente vinculadas a otras madres que acuden al espacio, hace el espacio más rico y favorece la fidelidad y compromiso con el espacio. Pero por el contrario a veces un grupo cohesionado dificulta la integración de nuevas madres que se incorporan al espacio, sobre todo si acuden solas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0427

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/427 ===== ***

Nº de registro: 0427

Título
GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA

Autores:
SAGASTE ROMEO TERESA, ALONSO GREGORIO MILAGROS, ORTIN CLAVERIA JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción de la salud.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Organización Mundial de la Salud así como numerosas sociedades y organismos recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad y morbilidad infantil por enfermedades de la infancia. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente. Asimismo el periodo posterior al nacimiento de los niños, sobre todo en el caso de familias primerizas suele ser un momento complicado, con numerosas dudas y miedos en torno a la crianza de los hijos, que generan ansiedad, malestar y numerosas consultas al pediatra.

Los grupos de apoyo a la crianza y la lactancia han demostrado ser muy útiles en la consecución de lactancias más prolongadas, a la vez que son un espacio en el que compartir sentimientos, preocupaciones, miedos y triunfos entre personas en una situación muy parecida.

Además, son grupos basados en el intercambio de información y la aceptación mutua, por lo que forman relaciones positivas que forman una actitud constructiva. Su objetivo consiste en que sus integrantes puedan ser escuchados e incluso asesorados sobre preocupaciones propias y, en definitiva, a tener una mejor relación con su rol como madre o padre

RESULTADOS ESPERADOS
- Conseguir un espacio de comprensión y apoyo donde compartir sentimientos, preocupaciones y miedos en torno a la crianza.
- Facilitar la identificación con un grupo de personas en la mismas circunstancias, y aliviar la sensación de soledad.
- Formar relaciones positivas, basadas en el intercambio de conocimientos, información y aceptación.
- Contribuir al bienestar familiar.
- Adquirir conocimientos y habilidades en torno a temas relacionados con la lactancia y la crianza de los niños en la línea de la parentalidad positiva.

MÉTODO
La actividad consiste en unas sesiones presenciales para madres y padres, junto con sus hijos, que se ofertan a las familias en las sesiones de preparación al parto y en las consulta del recién nacido al pediatra.

Se colocarán carteles informativos del grupo de crianza en el tablon de anuncios de las consultas de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0427

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA

pediatria.

Las sesiones se realizarán los viernes de 12 a 2 en el gimnasio de la matrona.

El grupo no es cerrado, es un grupo dinámico en el que se incorporan las madres en el momento que nacen sus hijos y dejan de acudir cuando por circunstancias ya no pueden acudir. De manera que no hay un contenido rígido y establecido para las sesiones.

En cuanto al contenido de las sesiones, habrá sesiones libres sin un tema en concreto, sino abiertas a las preocupaciones e intereses de las personas que acudan en ese momento. Se programará un pool de sesiones que se irán impartiendo en función de los intereses de las madres que estén acudiendo en cada momento, de la disponibilidad de los ponentes y del número de madres que estén acudiendo en ese momento concreto.

Los contenidos de esas sesiones serán:

Lactancia
Depresión postparto.
Colicos del lactante
El sueño en el recién nacido.
Masajes para el bebe.
Consejos para un mejor desarrollo del bebe.
Alimentación complementaria del lactante
Accidentes, atragantamiento y reanimación.
Sexualidad en el postparto.

Para impartir estas sesiones se contará con las pediatras del centro, con el fisioterapeuta, enfermería de pediatría y también con algun profesional externo al centro.

Trimestralmente se pasará una encuesta a las madres en las que se evaluarán satisfacción y conocimientos adquiridos.

INDICADORES

Numero de reuniones realizadas a lo largo del año. Standart >30
Numero de sesiones con contenidos específicos impartidas en un año.>8
Satisfacción de las madres con los contenidos expuestos.
Porcentaje de mantenimiento de la lactancia materna a los 6 meses 70%

DURACIÓN

El grupo funcionará a lo largo de todo el año, salvo periodos vacacionales. Se inicia a principio de año y se incorporan y salen las familias en función de sus necesidades y circunstancias. Interesa sobre todo que participen los 3 primeros meses tras el nacimiento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0298

1. TÍTULO

SEMAFORO DE LA SALUD DEL BARRIO DEL GANCHO. IDENTIFICANDO CON LA POBLACION ASPECTOS DEL BARRIO QUE AFECTAN A LA SALUD DE LOS VECINOS

Fecha de entrada: 29/08/2019

2. RESPONSABLE ROSA MARIA MACIPE COSTA
• Profesión PEDIATRA
• Centro CS SAN PABLO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEYMAN FARD SAFI-TABATABAEI NIMA
NUIN CONS ELENA
RODRIGALVAREZ DE VAL SARA
SANTOLARIA SANCHO SOFIA
GIMENO FELIU LUIS ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

INTERVENCION

1ª Fase: Creación de un grupo motor entre los participantes del consejo de salud y diseño del proyecto.

Este grupo lo formaron un representante de Amediar, Caritas, Medicos del Mundo, dos de Servicios Sociales Municipales y dos del Centro de Salud. Dicho grupo a lo largo de varias reuniones fue dando forma a un instrumento que sirviera para recoger la opinión de los vecinos del barrio sobre distintos aspectos del barrio que pueden afectar a su salud. Se diseñó una encuesta en la que la persona que la cumplimentaba debía valorar los aspectos analizados según los colores del semáforo, es decir debía marcar en rojo lo aspectos que valoraba como negativos, en amarillo los intermedios y en verde los positivos.

El proceso y herramienta diseñada fue presentada al Consejo de Salud para incorporar sugerencias y mejoras y para implicar al resto de participantes del Consejo en el posterior desarrollo del proyecto.

Durante este proceso, se incorporó el Plan Integral del Casco Histórico (PICH) que ha apoyado el proceso y ha facilitado el diseño de la encuesta, la impresión de la misma y de los carteles de difusión. La encuesta ha tenido también su versión on line que se ha ubicado en la página web del Plan Integral del Casco Histórico, en el apartado de salud comunitaria <https://cascohistoricozaragoza.com/>

Esta fase del proyecto se desarrolló los meses de enero y febrero.

2ª fase: Distribución de las encuestas

Para una población asignada al centro de unas 20.000 personas, se calculó un tamaño muestral necesario para que la muestra fuera representativa, de entre 350 y 650 encuestas, por lo que se marcó como objetivo llegar al menos a 600 encuestas.

Se pidió la colaboración a los integrantes del consejo de salud en la fase de distribución, así como a otros colectivos y entidades del barrio a los que creímos que era importante contactar por el tipo de población o por el número de vecinos que atendían. Se puso especial interés en contactar con entidades que llegan a vecinos y vecinas que normalmente no opinan. Se elaboró una guía para que las personas contactadas y encargadas de repartir las encuestas lo hicieran correctamente.

Las encuestas se repartieron en unos 40 puntos de reparto.

Los puntos de reparto fueron:

Centro de Salud San Pablo (consultas, salas de espera, mesas, mostrador admisión), Farmacias de la zona, Colegios de la zona y sus AMPAS, AVV Lanuza-Casco Viejo, Junta Distrito, Oficina PICH, Zaragoza Vivienda, Amediar, Médicos del Mundo, Centro Alba, Consumo Conciencia, Servicios Sociales Municipales, Caritas, Ozanam y sus grupos, Secretariado Gitano, Centro de día San Blas, Conferencias San Vicente de Paul, Oscuss, Centro de educación de adultos, Fogaral, CSC Luis Buñuel, Bar Teatro, Bar Nicaraguense, Bar Tio Aisa, APIP, Centro Social El Pilar, Asociación AISA, Asociación Atrarraya, Casa Amparo, AFDA.

Un grupo de alumnos del grado de Igualdad de género del Instituto Avempace colaboraron en la recogida de encuestas en las salas de espera del Centro de Salud y en la sala de espera de los Servicios Sociales Municipales.

Además de la encuesta en formato papel, se creó un formulario on line, cuya difusión se realizó a través de redes sociales, blog del centro de salud y lista de contactos del Plan Integral del Casco Histórico.

Periodo de recolección de datos: marzo y abril.

3ª Fase. Análisis de los resultados.

Los datos obtenidos se introdujeron en una base de datos y fueron posteriormente analizados por dos profesionales del centro de salud. Esto se realizó el mes de mayo.

4ª Fase. Devolución al barrio y trabajo por grupos de los resultados obtenidos.

La devolución al barrio de los resultados se planteó de cinco maneras:

- Elaboración de un póster resumen con los ítems que aparecen en rojo amarillo y verde en la encuesta, que se distribuyó en los mismos puntos en los que se rellenaron encuestas y en comercios y colectivos del barrio.
- En pequeños grupos se trabajaron los resultados obtenidos en algunos de los ámbitos estudiados. En concreto se trabajó con la Asociación de vecinos Lanuza Casco Viejo el ámbito de la participación, con la asociación Amediar en un café abierto al barrio la convivencia, Fachadas de Ozanam la limpieza y el estado de las calles, y el centro educación de adultos Gomez Lafuente vivienda y entorno. Dichas sesiones se grabaron para la elaboración posterior de las píldoras de devolución.
- Se grabaron 5 píldoras de devolución al barrio. Una sobre vivienda, otra sobre entorno, otra sobre participación, otra sobre limpieza y otra sobre convivencia. En las mismas se hacía un resumen de los resultados obtenidos, se añadían fragmentos de las reuniones en las que se habían explorado esos ámbitos y se vinculaban los resultados a la salud. Esas píldoras servían también para convocar a los vecinos a la jornada final de devolución de los resultados al barrio.
- Elaboración de un folleto con los principales resultados y con lugares donde participar, poner

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0298

1. TÍTULO

SEMAFORO DE LA SALUD DEL BARRIO DEL GANCHO. IDENTIFICANDO CON LA POBLACION ASPECTOS DEL BARRIO QUE AFECTAN A LA SALUD DE LOS VECINOS

reclamaciones y hacer propuestas en relación con los problemas detectados. Dicho folleto está disponible en los puntos donde se distribuyeron encuestas y se repartió en la jornada final de devolución al barrio.

- Jornada final de devolución al barrio. Para cerrar esta fase del proyecto se celebró una jornada lúdico festiva en la Plaza de Santo Domingo el día 27 de junio por la tarde. Calculamos que pasaron por la misma unas 400 personas. En dicho jornada hubo un momento inicial en el interior del centro social comunitario Luis Buñuel en el que se presentó el proyecto y se hizo una primera devolución de resultados teatralizada por parte del Teatro indigesto, grupo contratado para dinamizar dicha jornada. Posteriormente se pasó al exterior donde se organizaron los siguientes stands:

- Los y las vecinas proponemos... Recogida de propuestas de mejora sobre aspectos del barrio.
- Lo más importante para mí es... Priorización de los problemas detectados.
- Photocall "Yo por mi barrio y mi salud me comprometo..."
- Nube de deseos para un barrio mejor
- ¿Sabes dónde? Actividades gratuitas que se realizan en el barrio relacionadas con la salud
- Medicamentos los justos. Desmedicalización de la vida, que cosas podemos hacer por la salud más allá de tomar medicamentos
- Sin ruidos mejor. Como mejorar el problema del ruido en el barrio
- Mural celebrativo. Mural mostrando aspectos positivos del barrio.
- Agua mejor del grifo. Sensibilización sobre la importancia de beber agua del grifo
- En ciudad mejor en bicicleta. Taller de reparación de bicicletas.

Además de los stands hubo varios momentos teatralizados en el exterior en los que se abordaron los problemas detectados en las encuestas:

- Programa "Saber vivir en el barrio"
- Aerobic del Gancho
- Teatro comunitario y el problema de la vivienda
- Ensayo del flas mob de las fiestas del Gancho.

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS:

- Creación de un grupo motor para diseñar el proyecto. Dicho grupo se ha reunido 14 veces desde que inició el proceso.
- Creación de un grupo de correo del grupo motor para realizar trabajo on line. Dicho grupo ha intercambiado más de 500 correos.
- Contacto con la Oficina del Plan Integral del Casco Histórico para presentar el proyecto y solicitar su apoyo en la parte logística de diseño final de la encuesta, carteles de difusión y financiación de todo esto.
- Reuniones con el PICH y la persona encargada del diseño de los materiales utilizados (encuestas, carteles, folletos informativos, pegatinas y flyers). 4 reuniones
- Reunión con un grupo de alumnos de IES Avempace del módulo de Animación sociocultural. • Reuniones con el consejo de salud, en las que se fue presentando el trabajo avanzado por el grupo motor (3 reuniones)
- Contacto con la responsable de participación del SALUD para pedir apoyo en alguna de las intervenciones planteadas.
- Reuniones con el teatro indigesto para dar forma a la Jornada final. (2 reuniones)
- Reuniones con los recursos y colectivos participantes en la Jornada final del semáforo de la salud del Barrio: Comisión de fiestas del barrio San Pablo, centro social comunitario Luis Buñuel, Ingenieros sin fronteras, La Cicleria, Believe in art, Junta de Distrito del Casco Histórico, AVV Lanuza Casco Viejo, Teatro comunitario del Gancho, Casa de Juventud San Pablo, grupo Medicamentos los justos del Centro de salud, Gimnasia para mayores del CSC Luis Buñuel.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN

Se han elaborado los siguientes materiales para la difusión de las actividades planteadas:

- Encuestas. 1500
- Posters de presentación del proyecto "La salud importa y tu opinión también": 200
- Guía de aplicación de las encuestas. 40
- Posters de devolución al barrio y convocatoria a la Jornada final del semáforo: 200
- Flyers con los principales resultados obtenidos y zona informativa de donde poner quejas y sugerencias sobre diferentes problemas detectados. 500
- Cartelería de convocatoria al taller vecinal de Amediar para reflexionar sobre la convivencia en el barrio.
- Cartel convocatoria de la Jornada final
- Plataforma on line en la página web del Plan Integral del Casco Histórico, donde se alojó la encuesta, y donde se han ido presentando resultados y convocando las distintas fases del proyecto.

Se han elaborado 5 píldoras de devolución que tienen en su conjunto más de 500 visualizaciones. Estas píldoras son:

- Limpieza <https://www.youtube.com/watch?v=omG4JN2SX4s&t=75s>
- Entorno <https://www.youtube.com/watch?v=5FoSB21QRB4&t=20s>
- Convivencia https://www.youtube.com/watch?v=96J-0_Sd8SI&t=3s
- Participación https://www.youtube.com/watch?v=c98_22fX8Xg&t=78s
- Vivienda <https://www.youtube.com/watch?v=rfd00WgVYdE>

El proyecto en todo su desarrollo ha tenido una gran repercusión en los medios de comunicación. Algunos de los artículos publicados se pueden leer en los siguientes enlaces.

- <https://www.tenaragoza.es/2018/06/26/los-vecinos-de-san-pablo-participan-en-un-proyecto-de-mejora-del-barrio-para-cuidar-la-salud/http://arainfo.org/el-semaforo-de-san-pablo-evalua-la-sensacion-vecinal-respecto-a-su-barrio/>
- http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/vecinos-san-pablo-reclaman-mejorar-limpieza-vivienda-ruido_1293242.html
- <http://aragonhoy.aragon.es/index.php/mod.podcasts/mem.detalleCompleto/id.34264http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/noticias/si-mejoras-la-vida-en-tu-barrio-cuidas-su-salud.html>

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0298

1. TÍTULO

SEMAFORO DE LA SALUD DEL BARRIO DEL GANCHO. IDENTIFICANDO CON LA POBLACION ASPECTOS DEL BARRIO QUE AFECTAN A LA SALUD DE LOS VECINOS

<https://www.heraldo.es/noticias/aragon/zaragoza-provincia/zaragoza/2018/03/17/salud-una-persona-depende-mas-del-codigo-postal-que-del-codigo-genetico-1230365-301.html>

<http://www.aragonradio.es/noticias/hemeroteca/los-vecinos-del-barrio-zaragozano-de-san-pablo-reclaman-mejores-viviendas-y-mas-limpieza>

<https://www.heraldo.es/noticias/aragon/zaragoza-provincia/zaragoza/2018/06/01/la-mitad-los-vecinos-san-pablo-pasa-frio-invierno-convive-con-plagas-1246792-301.html>,

Asimismo la jornada apareció en televisión en el programa Aragón en abierto y en los informativos de Aragón. Todo el proceso se ha presentado en dos sesiones al equipo del centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES Y EVALUACIÓN.

Número de reuniones del grupo motor: 14 Standart >7

Número de reuniones del consejo de salud en las que se trabaja sobre el proyecto: 3 Standart > 2.

Número de encuestas cumplimentadas: 1028. Standart > 500

Número de puntos de reparto y cumplimentación de encuestas: 40. Standart >20

Número de grupos en los que se trabaja la encuesta y las conclusiones: 5. Standart > 4

Número de píldoras audiovisuales elaboradas: 5 Standart >4

Número de colectivos, entidades, comercios contactados: 40. Standart >20

Jornada de devolución Realizada

Número de participantes en la jornada de devolución: 400 Standart > 50

OBJETIVOS Y RESULTADOS ALCANZADOS:

1. Recoger la opinión de los vecinos del barrio sobre aspectos del barrio y de sus condiciones de vida que pueden afectar a su salud.

La muestra que nos planteamos conseguir como meta fue de 600 encuestas. Finalmente se recogieron 1028. Dichas encuestas fueron distribuidas en 40 puntos de reparto que son personas, comercios y colectivos que se consiguieron adherir al proyecto. Queríamos conseguir que el perfil de las personas que contestaran a las encuestas fuera lo más variado posible y sobre todo conseguir llegar a personas que normalmente no se consigue llegar en este tipo de recogida de información. Creemos que eso se consiguió pues se recogieron encuestas de personas de 40 procedencias distintas, El 29,5% de los participantes estaban en paro, el 28,8 trabajando y en lo que se refiere al nivel de estudios, el 6,9% indicó que no tenía estudios, el 27% primarios, el 36,5% secundarios, el 24,8% universitarios, y el 4,8% "otros". Creemos que estos resultados recogen bastante bien el perfil de los habitantes del barrio.

2. Analizar los resultados obtenidos para presentarlos al barrio.

Los resultados fueron analizados de forma descriptiva y también analítica siendo muy interesante el análisis espacial de los resultados y también los items y su relación con la percepción individual de la salud.

Los principales aspectos valorados en rojo mayoritariamente fueron:

- La limpieza de las calles, la gestión de residuos y los ruidos.
- El estado de adoquinado de las calles.
- No saber canalizar propuestas o quejas.
- La dificultad de acceso a vivienda digna a un precio razonable
- Falta de espacios verdes.
- Dificultad para encontrar plazas de guardería.
- Más droga que en otros barrios

En verde se valoró:

- Los transportes
- Los servicios de limpieza
- El centro de salud
- Casi todos los vecinos tienen tarjeta sanitaria
- La pertenencia y el estar a gusto en el barrio
- Los colegios.
- El acceso a alimentación sana y variada.
- Hay muchas tiendas y comercios.

Se demostró asociación entre peor salud percibida y: Menor nivel de estudios, estar en paro, no tener ascensor, no tener calefacción, tener malas relaciones entre vecinos, y no satisfacción con vivir en este barrio.

3. Recoger propuestas de los vecinos para mejorar los aspectos negativos detectados.

La propia encuesta tenía un apartado de propuestas libres dirigidas a conseguir un barrio mejor. En ese apartado se recogieron unas 600 propuestas que se dirigían a varios de los ámbitos analizados en las encuestas. El ámbito sobre el que se dirigieron más propuestas fue el de la limpieza y el del estado del adoquinado del barrio.

En la jornada final en dos stands se recogían propuestas y en otro se procedía a la priorización de las mismas.

Finalmente los tres problemas más importantes detectados y sobre los que se plantea la intervención posterior son:

- Limpieza, gestión de residuos y ruidos en el barrio.
- Estado de las aceras y adoquinados del barrio.
- Vivienda (dificultad de acceso y mala calidad de las mismas)

4. Identificar y reforzar los aspectos positivos detectados.

No se quería solo poner el foco en los aspectos negativos del barrio, si no también identificar fortalezas y aspectos positivos que es bueno visibilizar y potenciar. Estos aspectos destacados en verde en las encuestas han sido identificados y devueltos al barrio, tanto en el cartel de devolución como en los flyers elaborados y también en la Jornada final a través del mural diseñado por Believe in art.

5. Canalizar las propuestas a los organismos o instituciones competentes.

Este objetivo se desarrollará sobre todo a partir del año 2019, sin embargo ya ha habido contactos con el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0298

1. TÍTULO

SEMAFORO DE LA SALUD DEL BARRIO DEL GANCHO. IDENTIFICANDO CON LA POBLACION ASPECTOS DEL BARRIO QUE AFECTAN A LA SALUD DE LOS VECINOS

PICH que a raíz de los resultados obtenidos ha puesto en marcha un programa en el Casco Histórico "Limpio te quiero más", en el que se ha agrupado en el tiempo y en alguna zona varias iniciativas y proyectos que estaban más o menos en marcha: Proyecto fachadas, agentes comunitarios, verde te quiero, aumentar número de papeleras y contenedores, mensajes informativos, material informativo, etc....La idea es ampliar la intervención a la totalidad del barrio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto ha sido un proyecto intersectorial con una gran implicación sobre todo de las personas incluidas en el grupo motor. Ha sido un proyecto construido desde la inteligencia colectiva y el conocimiento del barrio desde distintos ámbitos, lo que ha permitido tener una visión más completa de todo, diseñar un proceso muy rico y llegar a mucha más gente de la que se hubiera llegado si se hubiera planteado solo desde uno de los colectivos implicados.

Cada colectivo tiene una red de contactos y colectivos con los que trabaja habitualmente, de manera que este trabajo intersectorial tiene un efecto multiplicador. El hecho de haber distribuido encuestas en 40 puntos de reparto, de haber conseguido 1026 encuestas, que los carteles hayan estado expuestos en muchos espacios y calles del barrio, que unas 400 personas pasaran por la jornada final y que las píldoras de devolución hayan sido visualizadas 500 veces, nos hace estar muy satisfechos con el desarrollo y grado de consecución de los objetivos planteados.

Tras la Jornada final hemos tenido en el seno del grupo motor dos reuniones de evaluación en las que en general hubo una gran satisfacción con el proceso y los resultados obtenidos.

Consideramos que los objetivos fueron cumplidos aunque también se detectó alguna debilidad como pueden ser:

- Mucho trabajo recayó sobre el grupo motor y sobre todo en dos personas. A veces se delegó mal.
- Aunque el grupo motor devolvía las propuestas al consejo para que el resto de las personas participantes del consejo se implicaran en el desarrollo del mismo, la implicación de las personas que no participaban en el grupo motor fue suficiente aunque no muy intensa.
- El hecho de que la Jornada final coincidiera con el cierre del curso escolar, dificultó la implicación en la Jornada final de muchas personas, generando mucho trabajo sobre pocas personas.
- No sabemos si los resultados llegaron bien a toda la población, sobre todo a esa población con menos nivel socioeconómico, que sí respondió a las encuestas, pero no sabemos si comprendió su intención y recibió los resultados.

A) Lecciones aprendidas.

El proyecto ha sido posible gracias a la intersectorialidad del mismo. La intensidad del proyecto ha generado vínculos fuertes que posibilitaran nuevas líneas de trabajo en el futuro, tanto en este proyecto como en futuros proyectos.

El proyecto no se ha cerrado y la satisfacción de los participantes y del grupo motor con el proyecto, lo interesante y rico que nos ha resultado el trabajo en equipo en un equipo que se ha entendido muy bien, garantiza la continuidad del mismo a pesar de la sobrecarga de trabajo extra que ha supuesto para la mayoría de las personas del grupo motor. En la siguiente fase habrá que er la manera de mejorar la implicación de las personas no integradas en el grupo motor para no sobrecargar a alguna persona y mejorar la riqueza que se consigue al aumentar el número de personas implicadas.

Se han puesto en contacto con nosotros desde otros consejos de salud y entidades para preguntarnos sobre el proyecto para replicarlos en otros lugares, con lo que entendemos que es replicable en otros barrios y contextos. El proyecto en su siguiente fase se centrará en la canalización de propuestas hacia órganos competentes, y también en la participación vecinal en la construcción de alguna de las soluciones a los problemas detectados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/298 ===== ***

Nº de registro: 0298

Título
SEMAFORO DE LA SALUD DEL BARRIO DEL GANCHO. IDENTIFICANDO CON LA POBLACION ASPECTOS DEL BARRIO QUE AFECTAN A LA SALUD DE LOS VECINOS

Autores:
MACIPE COSTA ROSA MARIA, PEYMAN FARD NIMA, NUIN CONS ELENA, RODRIGALVAREZ DE VAL SARA, SANTOLARIA SANCHO SOFIA, GIMENO FELIU LUIS ANDRES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0298

1. TÍTULO

SEMAFORO DE LA SALUD DEL BARRIO DEL GANCHO. IDENTIFICANDO CON LA POBLACION ASPECTOS DEL BARRIO QUE AFECTAN A LA SALUD DE LOS VECINOS

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El consejo de salud zona es el órgano de participación en salud de los vecinos de una ZBS. El consejo de salud de San Pablo es un espacio en el que participan regularmente múltiples colectivos y entidades del barrio. A pesar de su riqueza en personas, costaba conseguir que las reuniones fueran un verdadero espacio de debate sobre el barrio y aspectos del barrio que afectan a la salud de las personas.

Entendemos que los principales determinantes de la salud de los vecinos de un barrio como San Pablo, tienen que ver con las condiciones socioeconómicas de sus habitantes (pobreza, condiciones laborales, salarios, aislamiento..), entorno (calidad de las viviendas, ruidos, suciedad, espacios verdes, plagas...) y estilos de vida muy determinados por lo anterior. Por lo tanto lo que ocurre en esos ámbitos, y lo que se trabaja desde colectivos no directamente vinculados a la salud, pero que trabajan por mejorar las condiciones de vida de los pacientes, influye poderosamente en la salud de los vecinos.

Con la idea de conocer la opinión de los vecinos del barrio sobre aspectos del entorno y de sus condiciones de vida que afectan a su salud, y recoger propuestas a partir del análisis de la información obtenida, se plantea este proyecto que ha sido diseñado y llevado adelante por una comisión delegada del consejo de salud formada por 2 educadores de servicios sociales municipales, médicos del mundo, Caritas, Amediar y centro de salud San Pablo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Recoger la opinión de los vecinos del barrio sobre aspectos del barrio y de sus condiciones de vida que pueden afectar a su salud.
- Analizar los resultados obtenidos para presentarlos al barrio-
- Recoger propuestas de los vecinos para mejorar los aspectos negativos detectados
- Identificar y reforzar los aspectos positivos detectados
- Canalizar las propuestas a los organismos o instituciones competentes.

MÉTODO

Creación de un grupo motor entre los participantes del consejo de salud. Dicho equipo se reunirá al menos 5 días para diseñar el proceso.
Elaboración de una encuesta en formato papel y formato on line que analice distintos ítems que caracterizan a un barrio saludable con la metáfora de los colores del semáforo.
Distribución de las encuestas en diferentes puntos y colectivos de manera que intentemos llegar a población lo más variada posible. Se prevee distribuir las encuestas en al menos 20 puntos distintos.
Registro de las encuestas en una base de datos y análisis de los datos obtenidos.
Devolución al barrio de los resultados. Trabajo por pequeños grupos de los resultados y primera elaboración de propuestas de mejora
Elaboración de pequeñas píldoras audiovisuales que informen a los vecinos de los resultados de cada uno de los ámbitos explorados en las encuestas.
Jornada final de devolución al barrio.
Canalización de los resultados a los organismos competentes.
Para llevar adelante todo el trabajo serán precisas:
Reuniones del equipo motor. 10 reuniones.
Reuniones del consejo de salud. 3 reuniones.
Reuniones con el responsable del PICH (Plan Integral del Casco Histórico), para solicitar el apoyo y la financiación de la impresión de la encuesta.
Presentación del proyecto en el Consejo sectorial del PICH
Contacto para explicar la manera de cumplimentar las encuestas a los distintos recursos que van a colaborar.
Dos personas para meter los datos en la base de datos y analizarlos posteriormente.
Trabajo en los grupos contactados de los resultados obtenidos. Cada grupo trabajará sobre un ámbito explorado.
Elaboración de las píldoras audiovisuales a partir del trabajo de los pequeños grupos.

INDICADORES

Número de reuniones del grupo motor. Standart >7
Número de reuniones del consejo de salud en las que se trabaja sobre el proyecto. Standart > 2.
Número de encuestas cumplimentadas >500
Número de puntos de reparto y cumplimentación de encuestas >20
Número de grupos en los que se trabaja la encuesta y las conclusiones > 4
Número de píldoras audiovisuales elaboradas >4
Número de colectivos, entidades, comercios contactados >20
Jornada de devolución Realizada
Número de participantes en la jornada de devolución > 50
Difusión de los resultados en páginas web, medios de comunicación, organismos competentes > 4 ámbitos

DURACIÓN

El proyecto se llevará a cabo de los meses de enero a junio del 2018.
El calendario previsto es el siguiente:
Enero-marzo: Reuniones del grupo motor para diseñar la herramienta y el proceso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0298

1. TÍTULO

SEMAFORO DE LA SALUD DEL BARRIO DEL GANCHO. IDENTIFICANDO CON LA POBLACION ASPECTOS DEL BARRIO QUE AFECTAN A LA SALUD DE LOS VECINOS

Marzo-abril: Reparto y cumplimentación de las encuestas.
Final de abril: Analisis de los resultados.
Mayo: Trabajo en pequeños grupos de los resultados obtenidos.
Junio: Jornada final de devolución al barrio.
Septiembre: Evaluación del proceso y canalización de propuestas a los organismos competentes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR MARTIN BUIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
MILLAN GINER MARIA ESTHER
LOPEZ MIRANDA SOFIA
BOVIO HERAS GUILLERMO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el procedimiento de asegurar el suministro y adecuación de los recursos materiales para una mejor asistencia a los pacientes, se han realizado las siguientes actividades:

- Distribución y puesta en conocimiento del EAP de los procedimientos ISO 9001, ya presentes en determinados equipos, sobre gestión de almacén de fungibles, botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones para la atención urgente, sobre todo, carro de paradas y maletín de urgencias, así como la correcta limpieza y esterilización del material reutilizable.
- Cumplimentación de formulario de registro mensual, con plantillas con fecha, grupo que realiza la revisión (Médico + Enfermería), listado de material y fármacos de los distintos botiquines, firma de los responsables de la revisión.
- Organigrama: 5 Grupos de revisión, formados cada uno por médico y enfermería, se realizan 12 revisiones al año, 2 para cada grupo, con una periodicidad de dos veces al mes por cada uno (Médico +Enfermería)
- Informe de realización y cumplimentación por parte de los profesionales, en las reuniones del primer lunes de cada mes, que realiza el EAP, así como la comunicación de desabastecimientos/ necesidades al responsable del petitorio mensual.
- El resultado de las revisiones continúa mejorando el suministro y adecuación de los recursos materiales, con implicación satisfactoria del equipo, lo que repercute en una mejor asistencia y resolución de situaciones en el primer nivel.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Adecuación de recursos materiales a necesidades, sin desabastecimiento de fármacos o materiales necesarios para la correcta actuación y atención al paciente, que dependen directamente del Centro de Salud.
 - El número de incidencias al mes, de desabastecimiento de algún material o fármaco ha ocurrido en el 100% de las ocasiones por no dispensación desde almacén(por causas ajenas al centro), siendo siempre recogido en el formulario de datos la caducidad por no reemplazo o la necesidad del mismo.
 - Impacto: 1) Sobre cada profesional del EAP, que determina una mayor implicación en la revisión y adecuación de los recursos materiales.
 - 2) Sobre la población, que accede a los recursos necesarios en cada momento, sin que se produzca una inadecuación de los mismos, por falta de supervisión desde el CS.
 - 3) Sobre el EAP, mejor rendimiento como equipo y colaboración en la revisión del material utilizado por todos en cualquiera de las actuaciones (demanda o urgencia)
 - Los indicadores se han realizado mediante 1 formulario que detalla la medicación y materiales en:
 - a) Coche de Urgencias : Equipamiento (Maletines) y Medicación
 - b) Carro de Paradas: aparataje instrumental y medicación
 - c) Maletín de Circulatorio
 - d) Maletín de Partos
 - e) Maletín de vía aérea
- En cada uno de estos apartados consta el material o medicamento, con el número de unidades del mismo y su fecha de caducidad.
- La revisión estas caducidades se ha medido mediante revisiones cada mes (durante dos veces/ mes) por un médico y un enfermero, asignados anualmente en Calendario (Grupos de revisión- Turnos de Revisión - Periodicidad y modo de revisión)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo, en la realización del programa de mejora, adecuación y conservación en condiciones favorables de los fármacos y materiales, así como la esterilización y desinfección de los mismos, ha resultado muy positiva para un mejor resultado en las actuaciones y una mejora en la atención al paciente. La revisión detallada del material disponible, o en falta, es de gran interés, para la realización del pedido mensual del mismo, lo que conlleva una mayor adecuación del almacén del centro de salud. El proyecto es fácilmente sostenible, continuando y mejorando los indicadores a valorar y contando con la implicación de todo el EAP, lo que favorece la relación de equipo y la mejora en los resultados. El proyecto puede ser reproducible en cualquier otro centro sanitario, siguiendo el protocolo y valorando indicadores, siempre que se cuente con la participación de los profesionales del EAP.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Se podría valorar la adecuación del material informático a nuestra disposición para la realización de estas actividades, puesto que tanto el equipo informático como la línea telefónica, presentan importantes deficiencias, adecuación de programas...actualizaciones... lo que hace algo complicada la realización de distintos proyectos y registros.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/320 ===== ***

Nº de registro: 0320

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Autores:
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, TERUEL MAICAS ALICIA, SANCHEZ TREMPES LUIS, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MILLAN GINER MARIA ESTHER, MONREAL ALIAGA ISABEL, LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA, BOVIO HERAS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para una mejor asistencia a los pacientes, son de especial importancia en los procesos de soporte de nuestro EAP. La resolución de un problema asistencia, está unida tanto a contar con recursos humanos competentes, como con recursos materiales e instrumentales necesarios.
Deberían primar los criterios de eficiencia, para poder optimizar los recursos y conseguir una adecuada financiación, con los máximos resultados. Por tanto, con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar los procesos de mejora, para gestionar y controlar los recursos materiales, con repercusión en una mejor asistencia, aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel, que evitarían derivaciones y mayor seguridad para el paciente y el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando la falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por la falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros, para evitar diferencias entre los equipos, al abordar procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual, al cambiar o trasladarse de centro..Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento del EAP^, los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos, sobre Gestión de almacén de fungibles, botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, sobre todo, carro de paradas y maletín de urgencias, así como la esterilización del material. Procesos que ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Se realizarán: Sesiones formativas sobre procedimientos y puesta en marcha(según cronograma). Los procedimientos serán registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stock, caducidades y reposición. Registro de incidencias con situaciones ocurridas y soluciones adoptadas.
- Responsable de Almacén, botiquín: ALICIA TERUEL, Urgencias: MAR MARTIN, ESTERILIZACION: ESTHER ENFEDAQUE.

INDICADORES
Se obtendrán los indicadores a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias / mes (individualizadas por procedimiento)
- Porcentaje de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Actividades de inicio el 23 de enero de 2017 y finalización el 15 de diciembre de 2017.

- Durante el primer trimestre del año: Distribución de proyectos e organización de la formación, así como nombramiento de los responsables.
- A partir de febrero puesta en marcha y reuniones a los dos meses, para valoración de registros, dudas y aclaraciones.
- Controles aproximados por trimestre, para seguimiento de las actividades.
- Durante el último trimestre del año, indicadores y conclusiones, así como propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR MARTIN BUIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ TREMPES LUIS
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
MILLAN GINER MARIA ESTHER
MONREAL ALIAGA ISABEL
LOPEZ MIRANDA SOFIA
BOVIO HERAS GUILLERMO
ORTIZ OCHOA ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Distribución y puesta en conocimiento del EAP de procedimientos ISO 9001, sobre gestión de almacén de fungibles, botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones para la atención urgente, sobre todo, en carro de paradas y maletín de urgencias, así como la limpieza correcta y esterilización del material reutilizable.
- Complimentación del formulario de registro mensual: plantillas de fechas, grupo de revisión (MAP+EAP), listado de material y fármacos, firma de los responsables de la revisión.
- Organigrama: 5 grupos de revisión (MAP-EAP), 12 revisiones/ año, 2/grupo, 2 veces/ mes.
- Informe cumplimentado de la realización de la revisión, puesto en conocimiento en reuniones de EAP (primer lunes del mes) y comunicación de desabastecimientos y/o necesidades al responsable del petitorio mensual.
- Mejora del suministro y adecuación de los recursos materiales, con implicación favorable del EAP, lo que repercute en una mejor asistencia en resolución de situaciones de primer nivel.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Adecuación de recursos materiales a necesidades, sin desabastecimiento de fármacos o materiales necesarios para la correcta actuación y atención del paciente, que dependan del Centro de Salud.
- Número de incidencias al mes, desabastecimiento de algún material o fármaco, en un 99% de las ocasiones por no dispensación desde almacén(por causas ajenas al centro), todo ello recogido en un formulario (tanto la caducidad por no reemplazo o la necesidad de un fármaco o material).
- Impacto:
a) En los profesionales, aumento de la implicación para el control de los recursos materiales.
b) En la población: acceso adecuado a las necesidades
c) En el EAP: mejor rendimiento como equipo y colaboración en el control del material en situación de urgencia o demanda
- Indicadores en base a : Formulario detallado de medicación y materiales en:
Coche de urgencias: maletines y medicación. Carro de paradas: aparataje instrumental y medicación. Maletín de circulatorio. Maletín de Partos. Maletín de vía aérea.
En cada apartado: material o fármaco, número de unidades y fecha de caducidad.
. Revisión de caducidades mensuales: 2 veces/ mes, por un médico y un enfermero, asignados por Calendario anual. (Grupos de revisión, Turnos de revisión, Periodicidad y modo de revisión).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El EAP valora este programa de mejora favorablemente, se adecuan y conservan en condiciones adecuadas fármacos y material, así como su esterilización y desinfección de los mismos, lo que ha resultado muy positivo para una mejora en la atención de los pacientes.
La revisión detallada del material disponible, o en falta, es de gran interés, para solicitar el pedido mensual, con una mayor adecuación en el almacén del centro de salud.
Proyecto sostenible con el EAP, se puede realizar una mejora continua de los indicadores a valorar y con la implicación del equipo, se favorece la relación entre los miembros con una mejora de los resultados.
Este proyecto puede ser reproducible en cualquier otro centro sanitario, siguiendo el protocolo de revisión y valorando sus indicadores, siempre que se cuente con la participación organizada de todo el EAP.

7. OBSERVACIONES.
La reciente instalación del nuevo equipo informático mejorará el registro y tratamiento de los datos para los proyectos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/320 ===== ***

Nº de registro: 0320

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Autores:
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, TERUEL MAICAS ALICIA, SANCHEZ TREMPIS LUIS, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MILLAN GINER MARIA ESTHER, MONREAL ALIAGA ISABEL, LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA, BOVIO HERAS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para una mejor asistencia a los pacientes, son de especial importancia en los procesos de soporte de nuestro EAP. La resolución de un problema asistencia, está unida tanto a contar con recursos humanos competentes, como con recursos materiales e instrumentales necesarios.
Deberían primar los criterios de eficiencia, para poder optimizar los recursos y conseguir una adecuada financiación, con los máximos resultados. Por tanto, con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar los procesos de mejora, para gestionar y controlar los recursos materiales, con repercusión en una mejor asistencia, aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel, que evitarían derivaciones y mayor seguridad para el paciente y el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando la falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por la falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros, para evitar diferencias entre los equipos, al abordar procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual, al cambiar o trasladarse de centro. Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento del EAP^, los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos, sobre Gestión de almacén de fungibles, botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, sobre todo, carro de paradas y maletín de urgencias, así como la esterilización del material. Procesos que ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Se realizarán: Sesiones formativas sobre procedimientos y puesta en marcha(según cronograma). Los procedimientos serán registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stock, caducidades y reposición. Registro de incidencias con situaciones ocurridas y soluciones adoptadas.
- Responsable de Almacén, botiquín: ALICIA TERUEL, Urgencias: MAR MARTIN, ESTERILIZACION: ESTHER ENFEDAQUE.

INDICADORES
Se obtendrán los indicadores a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- N° de incidencias / mes (individualizadas por procedimiento)
- Porcentaje de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
Actividades de inicio el 23 de enero de 2017 y finalización el 15 de diciembre de 2017.
- Durante el primer trimestre del año: Distribución de proyectos e organización de la formación, así como nombramiento de los responsables.
- A partir de febrero puesta en marcha y reuniones a los dos meses, para valoración de registros, dudas y aclaraciones.
- Controles aproximados por trimestre, para seguimiento de las actividades.
- Durante el último trimestre del año, indicadores y conclusiones, así como propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:	: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE SOFIA LOPEZ MIRANDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIZ OCHOA ALFREDO
TERREROS ARNEDO CARLOS
BOVIO HERAS GUILLERMO
TERUEL MAICAS ALICIA
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Sesión clínica para consensuar e implementar el proyecto de mejora de la calidad en la atención de los cuidados paliativos.
2. Búsqueda bibliográfica referente a la dotación de medicación para prestar unos cuidados paliativos de calidad.
3. Diseño de la relación de fármacos y material a incluir en el maletín de cuidados paliativos con una descripción cuantitativa y cualitativa, consensuado por los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el Centro de Salud de Sástago.
4. Elaboración de hojas de registro para la correcta revisión y mantenimiento, así como el stock consensuado por el equipo, de los fármacos y el material que debe haber en dicho maletín para garantizar que se encuentren en las condiciones adecuadas en el momento que se precise la utilización del mismo.
5. Registro mensual de caducidades y stock de material.
6. Evaluación del programa en sesión clínica a los nueve meses aproximadamente de su implementación. Resultando positiva para todos los profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todos los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el Centro de Salud han participado en el programa activamente con iniciativa y propuestas de mejora del programa conforme van surgiendo las necesidades. El número de revisiones firmadas en hoja de registro x 100 / número total de revisiones programadas ha sido de 100%.

En el 50% de los pacientes que han precisado cuidados paliativos donde la primera actuación ha sido desde el Centro de Salud de Sástago, se ha utilizado el maletín desde la primera visita. Este bajo porcentaje es debido a que dicho proyecto se ha iniciado en el Centro de Salud, y sólo es posible iniciar los cuidados con dicho maletín cuando surge la necesidad en la población de Sástago o en horario de atención continuada. Los consultorios que dependen del Centro de Salud no han sido dotados de momento de dicho material.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha resultado útil para mejorar la calidad asistencial y seguridad del paciente, así como la comodidad de los profesionales. Continuaremos desarrollando este proyecto en nuestro centro, mejorándolo e instaurándolo en los consultorios que dependen del Centro de Salud. Ha sido positiva la valoración por parte de los profesionales que prestamos atención en el Centro de Salud. Y hemos decidido continuar con la iniciativa en los demás consultorios dependientes. Se ha decidido continuar con el cumplimiento de este programa y su ampliación. Queda pendiente dicha cuestión y la adquisición de maletines físicos adecuados para este tipo de cuidados y sus materiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1074 ===== ***

Nº de registro: 1074

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Autores:
LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA, ORTIZ OCHOA JOSE ALFREDO, TERREROS ARNEDO CARLOS, BOVIO HERAS GUILLERMO, ENFEDAQUE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

LABRADOR MARIA ESTHER, MONREAL ALIAGA ISABEL, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades terminales
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ofrecen cuidados sanitarios y psicológicos junto a un soporte emocional y espiritual durante la fase terminal, de manera que el paciente disponga de los días que le resten, estando consciente y libre de dolor, con los síntomas bajo control y en un entorno rodeado de la gente que le quiere. Debido al horario en el que surge la necesidad de cubrir estos síntomas que afectan de manera importante a los pacientes que precisan cuidados paliativos, no es posible solicitar el apoyo por parte del Servicio del ESAD de nuestro sector sanitario, por lo que se propone la implementación de un maletín de cuidados paliativos básicos, (Medicación inicial consensuada por los miembros del centro de Salud siguiendo las pautas de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y el servicio de ESAD, material necesario para la colocación de acceso subcutáneo/intravenoso, hojas de registro para el personal sanitario, hojas de registro e información para la familia) permitiendo a los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Continuada, la accesibilidad directa a medicación y material necesario para realizar los cuidados paliativos iniciales. Mantener un maletín de cuidados paliativos con los medicamentos y material adecuados para la atención de dichos pacientes en el ámbito de la Atención Primaria (AP) se considera una prioridad para una atención de calidad. El maletín deberá estar en todo momento perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; debe ser desplazable y debe estar en un lugar accesible, visible y ordenado. Todo el personal debe conocer el contenido y la disposición. La revisión del material se realizará periódicamente, en turno rotatorio, por todo el personal sanitario, dejando constancia de ello, al menos una vez al mes

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluidos en el maletín de cuidados paliativos, así como la comprobación o verificación del correcto estado y funcionamiento del material sanitario, dejando constancia de la actividad realizada. Revisar y actualizar la relación del material sanitario y de los medicamentos necesarios. Difundir esta información a todo el personal sanitario del Centro de Salud de Sástago, lo cual facilitará la actuación en los momentos que surja este tipo de asistencia. El objetivo del proyecto es poder agilizar actuaciones destinadas a proporcionar cuidados paliativos, mejorar la calidad de los cuidados prestados e Incrementar la satisfacción de los usuarios y de sus familias atendidos en nuestro Centro de Salud

MÉTODO

Se realizará una valoración de la documentación necesaria que se debe dejar en el domicilio del paciente por parte de los Médicos y Enfermeros del Centro. Así mismo se valorará por parte de Enfermería la información que puede precisar, sobretodo referente a la higiene y prevención de complicaciones y el equipo médico la medicación y la cantidad de la misma que consideren necesarias para la primera asistencia a este tipo de pacientes en su domicilio. Tras la valoración por parte de cada disciplina lo que se considera necesario, se realizará una puesta en común, realizada en varias reuniones de equipo, para la unificación y elaboración de la guía que recoja la documentación y material sanitario que se precise en el momento de la primera asistencia, y posteriores visitas. Cada maletín estará precintado y se señalará la fecha de su validez en su parte externa.

INDICADORES

Existencia del documento de consenso elaborado por el personal Sanitario del Centro de Salud de Sástago que recoja tanto los medicamentos, la documentación, el material que configuren el maletín de cuidados paliativos, así como de las plantillas de registro de las revisiones, antes del 1 Diciembre de 2016.
A partir de 1 de enero de 2017 monitorización de los siguientes indicadores con una periodicidad semestral:
Nº de revisiones realizadas en la hoja de registro del maletín de cuidados paliativos x 100/ no total de revisiones programadas.
Porcentaje de pacientes/usuarios que recibieron cuidados paliativos por los profesionales del Centro de Salud de Sástago.
Análisis de las incidencias detectadas por los miembros del equipo y adopción de medidas correctoras.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

DURACIÓN

Antes del 30 de Noviembre de 2016 elaboración del documento con el contenido del maletín de cuidados paliativos.

Presentación a los profesionales del Centro de Salud de Sástago e inicio de las revisiones.

Revisión de incidencias.

Puesta el marcha del proyecto definitivo 1 de enero de 2017 con evaluación semestral a partir de esa fecha y de forma indefinida.

El objetivo es el mantenimiento en tiempo una vez implementado realizando el análisis de los indicadores con una periodicidad semestral, trasladando a todos los miembros del Equipo el resultado de la evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE SOFIA LOPEZ MIRANDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIZ OCHOA ALFREDO
TERREROS ARNEDO CARLOS
BOVIO HERAS GUILLERMO
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
MILLAN GINER MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Sesiones clínicas semestrales para evaluar, consensuar y desarrollar según las necesidades surgidas en el proyecto de mejora de la calidad en la atención de los cuidados paliativos desde su implementación.
2. Creación de dos maletines con dotación para la atención de los cuidados paliativos, situadas en el Centro de Salud de Sástago con la posibilidad de usarlas en cualquier población dependiente del Centro de Salud.
3. Revaluación de la relación de fármacos y material a incluir en el maletín de cuidados paliativos con una descripción cuantitativa y cualitativa, consensuado por los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el Centro de Salud de Sástago.
4. Cumplimentación de las hojas de registro para la correcta revisión y mantenimiento, así como el stock consensuado por el equipo de los fármacos y material que debe haber en dicho maletín para garantizar que se encuentren en las condiciones adecuadas en el momento que se precise la utilización del mismo.
5. Registro mensual de caducidades y stock de material.
6. Comunicación de desabastecimiento y necesidades al responsable del petitorio mensual.
7. Propuesta en el primer semestre del año 2019, en reunión con el EAP para la implementación del proyecto de mejora de calidad y la adquisición de maletines/cajas de cuidados paliativos en los consultorios de La Zaida y Escatrón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todos los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el Centro de Salud han participado en el programa activamente con iniciativas y propuestas de mejora del programa conforme han ido surgiendo las necesidades. El número de revisiones firmadas en hoja de registro x 100 / número total de revisiones programadas ha sido de 100%. Durante el año 2018 en el 75% de los pacientes que han precisado cuidados paliativos, donde la primera actuación ha sido desde el Centro de Salud de Sástago, se ha utilizado el maletín desde la primera visita. Todavía no alcanzamos el 100% debido a que dicho proyecto se ha iniciado en el Centro de Salud, y sólo es posible iniciar los cuidados con dicho maletín cuando surge la necesidad en la población de Sástago o en horario de atención continuada. Los consultorios que dependen del Centro de Salud no han sido dotados de momento de dicho material, lo cual esperamos hacerlo a lo largo del año 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La calidad asistencial y la seguridad del paciente han sido reforzadas positivamente desde la implantación del programa con el uso de los maletines destinados a los cuidados paliativos. El 100 % de los profesionales que trabajan en el Centro de Salud de Sástago están de acuerdo con la iniciativa y destacan la comodidad para el equipo y la mejora en la asistencia al paciente. Seguiremos con el desarrollo de este programa y su ampliación en los consultorios locales, así como la adquisición de maletines físicos adecuados para este tipo de cuidados y sus materiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1074 ===== ***

Nº de registro: 1074

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA, ORTIZ OCHOA JOSE ALFREDO, TERREROS ARNEDO CARLOS, BOVIO HERAS GUILLERMO, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MONREAL ALIAGA ISABEL, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades terminales
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ofrecen cuidados sanitarios y psicológicos junto a un soporte emocional y espiritual durante la fase terminal, de manera que el paciente disponga de los días que le resten, estando consciente y libre de dolor, con los síntomas bajo control y en un entorno rodeado de la gente que le quiere. Debido al horario en el que surge la necesidad de cubrir estos síntomas que afectan de manera importante a los pacientes que precisan cuidados paliativos, no es posible solicitar el apoyo por parte del Servicio del ESAD de nuestro sector sanitario, por lo que se propone la implementación de un maletín de cuidados paliativos básicos, (Medicación inicial consensuada por los miembros del centro de Salud siguiendo las pautas de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y el servicio de ESAD, material necesario para la colocación de acceso subcutáneo/intravenoso, hojas de registro para el personal sanitario, hojas de registro e información para la familia) permitiendo a los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Continuada, la accesibilidad directa a medicación y material necesario para realizar los cuidados paliativos iniciales. Mantener un maletín de cuidados paliativos con los medicamentos y material adecuados para la atención de dichos pacientes en el ámbito de la Atención Primaria (AP) se considera una prioridad para una atención de calidad. El maletín deberá estar en todo momento perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; debe ser desplazable y debe estar en un lugar accesible, visible y ordenado. Todo el personal debe conocer el contenido y la disposición. La revisión del material se realizará periódicamente, en turno rotatorio, por todo el personal sanitario, dejando constancia de ello, al menos una vez al mes

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluidos en el maletín de cuidados paliativos, así como la comprobación o verificación del correcto estado y funcionamiento del material sanitario, dejando constancia de la actividad realizada. Revisar y actualizar la relación del material sanitario y de los medicamentos necesarios. Difundir esta información a todo el personal sanitario del Centro de Salud de Sástago, lo cual facilitará la actuación en los momentos que surja este tipo de asistencia. El objetivo del proyecto es poder agilizar actuaciones destinadas a proporcionar cuidados paliativos, mejorar la calidad de los cuidados prestados e Incrementar la satisfacción de los usuarios y de sus familias atendidos en nuestro Centro de Salud

MÉTODO

Se realizará una valoración de la documentación necesaria que se debe dejar en el domicilio del paciente por parte de los Médicos y Enfermeros del Centro. Así mismo se valorará por parte de Enfermería la información que puede precisar, sobretodo referente a la higiene y prevención de complicaciones y el equipo médico la medicación y la cantidad de la misma que consideren necesarias para la primera asistencia a este tipo de pacientes en su domicilio. Tras la valoración por parte de cada disciplina lo que se considera necesario, se realizará una puesta en común, realizada en varias reuniones de equipo, para la unificación y elaboración de la guía que recoja la documentación y material sanitario que se precise en el momento de la primera asistencia, y posteriores visitas. Cada maletín estará precintado y se señalará la fecha de su validez en su parte externa.

INDICADORES

Existencia del documento de consenso elaborado por el personal Sanitario del Centro de Salud de Sástago que recoja tanto los medicamentos, la documentación, el material que configuren el maletín de cuidados paliativos, así como de las plantillas de registro de las revisiones, antes del 1 Diciembre de 2016.
A partir de 1 de enero de 2017 monitorización de los siguientes indicadores con una periodicidad semestral:
Nº de revisiones realizadas en la hoja de registro del maletín de cuidados paliativos x 100/ no total de revisiones programadas.
Porcentaje de pacientes/usuarios que recibieron cuidados paliativos por los profesionales del Centro de Salud de Sástago.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Análisis de las incidencias detectadas por los miembros del equipo y adopción de medidas correctoras.

DURACIÓN

Antes del 30 de Noviembre de 2016 elaboración del documento con el contenido

del maletín de cuidados paliativos.

Presentación a los profesionales del Centro de Salud de Sástago e inicio de las revisiones.

Revisión de incidencias.

Puesta el marcha del proyecto definitivo 1 de enero de 2017 con evaluación semestral a partir de esa fecha y de forma indefinida.

El objetivo es el mantenimiento en tiempo una vez implementado realizando el análisis de los indicadores con una periodicidad semestral, trasladando a todos los miembros del Equipo el resultado de la evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ALICIA TERUEL MAICAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONREAL ALIAGA ISABEL
SANCHEZ TREMPIS LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE
ALVAREZ ROY JOSE LUIS
MILLAN GINER MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones de la Mesa de coordinación entre sistemas que se derivan de la aplicación del Procedimiento de Coordinación Comarcal para la atención a mujeres víctimas de violencia: Días 13-1-17 (Isabel Monreal), 12-5-17 (Alicia Teruel e Isabel Monreal), 27-10-17 (Isabel Monreal).

El día 12 de mayo de 2017 realizamos previa a la reunión de la Mesa, la jornada VIOGEN, en la Delegación del Gobierno de Aragón en Zaragoza, donde el Delegado del Gobierno y altos mandos de la Guardia civil, y casi todo el equipo de Guardia civiles que trabaja en la Zona en este tema estuvieron presentes para presentarnos el Programa VIOGEN, que es el que utilizan para la gestión de casos de violencia de género a nivel nacional.

Información al EAP de Sástago de los casos abordados y situación actual tras la reunión de la Mesa: 30-1-17, 15-5-17 y 30-10-17.

El proyecto cuenta con el Protocolo de Coordinación de la Comarca Ribera Baja del Ebro para la atención a mujeres víctimas de violencia que se ha creado en la propia Mesa de coordinación en adecuación con la legislación vigente y en colaboración con todos los actores implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Porcentaje de reuniones anuales de la Comisión de VG con representación del EAP de Sástago respecto a reuniones convocadas: 100%
- Porcentaje de casos activos de víctimas de violencia de género con un flash en OMI que avise de ello: 100%
(revisado de OMI con fecha 12-2-18)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario continuar colaborando y asistiendo a las reuniones de la Mesa de coordinación ya que la violencia de género es un problema de consecuencias muy graves para la población y que afecta a todos los niveles vitales de una persona, donde el personal sanitario suele ser un eslabón importante en la cadena de actuaciones a llevar a cabo, por lo que la puesta en conciencia de los casos activos de la Zona de salud y su situación en cada momento es imprescindible para la prevención de agresiones futuras y la actuación pertinente de otros servicios (Guardia civil, servicios sociales...) en cada momento.

La colaboración con los servicios sociales de la Zona a través de este proyecto ha permitido poder colaborar en otros proyectos también importantes para la población debido fundamentalmente al conocimiento mutuo que han posibilitado estas reuniones en el tiempo.

También hemos percibido un aumento progresivo en la sensibilización del Personal de nuestro Equipo hacia este grave problema, y también un mejor abordaje emocional del mismo cuando se dan situaciones difíciles de abordar, ya que son casos conocidos por todos y esto permite poder hablar y resolver las situaciones de forma consensuada y no en solitario.

El proyecto es posible replicarlo en cualquier zona de salud, incluso podría ser interesante su desarrollo en formato institucional SALUD-Servicios sociales.

7. OBSERVACIONES.

La Responsable del Proyecto Alicia Teruel Maicas se va este mes del Centro de salud por un tiempo no cuantificable, por lo que cualquier contacto que requieran por el mismo deberán contactar con:
Isabel Monreal aliaga
imonreal@salud.aragon.es

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1551 ===== ***

Nº de registro: 1551

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

Título
COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

Autores:
TERUEL MAICAS ALICIA, MONREAL ALIAGA ISABEL, SANCHEZ TREMPES LUIS, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE, ALVAREZ ROY JOSE LUIS, MILLAN GINER MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Violencia de género
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el Servicio social de Base de la Comarca de Rivera baja del Ebro se contactó hace varios años con el EAP de Sástago para coordinarse con los diferentes actores que intervenimos en la asistencia y atención a las víctimas de violencia de género.
Cada año acudimos a las reuniones de la "Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género" que se realizan con carácter ordinario de forma trimestral.
Allí nos reunimos con representantes de los Servicios sociales de la Comarca, Guardia civil, Unidad de violencia de género de la subdelegación del Gobierno en la provincia de Zaragoza, y otros servicios sanitarios de la Comarca.
Como representantes del EAP de Sástago solemos acudir los coordinadores de medicina y enfermería, y cuando esto no es posible, acude algún otro miembro del EAP con el objetivo de aumentar así la concienciación de los profesionales en este tema.
Hace 3 años se consensuó el protocolo de actuación en materia de violencia de género de la Comarca Rivera baja del Ebro, adaptado de la legislación vigente, y en 2016 se actualizó para adaptarlo a la nueva legislación.
En cada reunión se hace el seguimiento de todos los casos conocidos activos de violencia de género y se establecen pautas de actuación si es preciso.
Si hay sospecha de nuevos casos también se pone en conocimiento y se inician los trámites de actuación según protocolo.
Se ha producido un aumento del contacto con los servicios sociales, no sólo para el tema de violencia de género sino para otros muchos asuntos, facilitando la interacción y la intervención más oportuna en cada caso.
Todos los casos activos de la zona de salud son conocidos por todo el EAP y hay una mejor coordinación de recursos y una toma de decisiones compartida que seguro ha evitado situaciones críticas de agresiones (aunque esto no lo podemos cuantificar).
Todos los profesionales del EAP como así los participantes en la Comisión, observamos de forma subjetiva la utilidad de estas reuniones tanto para una mejor asistencia a las víctimas, como para una mejoría de las capacidades emocionales personales en cuanto a sentirnos unidos respecto a este grave problema y observar la implicación que todos tenemos en ello.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención a las víctimas de violencia de género
Mejorar la coordinación entre los distintos interventores en este tema (servicios sociales, guardia civil, sanitarios, Gobierno)
Prevenir situaciones violentas ante nuevos casos o casos ya conocidos de violencia de género.
Aumentar la sensibilización, concienciación y formación respecto a la actuación de los profesionales del EAP de Sástago en materia de violencia de género.

MÉTODO
Reunión trimestral de la Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género
Tras cada reunión de la Comisión, se realiza comunicación de los casos en reunión de Equipo y se actualiza la información a todos los miembros, especialmente a los profesionales responsables de las víctimas y de los posibles agresores.
A las víctimas o posibles víctimas de violencia de género el médico/a responsable hace un flash en OMI para el personal sanitario donde se identifica la situación de víctima, con el fin de que todo profesional que atiende a esta paciente lo tenga en cuenta y notifique cualquier sospecha de peligro o agresión.

INDICADORES
- Porcentaje de reuniones anuales de la Comisión de VG con representación del EAP de Sástago respecto a reuniones convocadas: mínimo 50% máximo 100%. Actual: 100%
- Porcentaje de casos activos de víctimas de violencia de género con un flash en OMI que avise de ello:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

mínimo-50% Máximo-100%

DURACIÓN

- Reuniones de la Comisión trimestrales
- Evaluación anual
- Duración: indeterminada. Dependerá de la normativa y legislación en materia de violencia de Género.

OBSERVACIONES

Antigua línea: Violencia de Género

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ESTHER ENFEDAQUE LABRADOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONREAL ALIAGA ISABEL
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR
SANCHEZ TREMPES LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE
ALVAREZ ROY JOSE LUIS
MILLAN GINER MARIA ESTHER
VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reuniones trimestrales de la Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género
Tras cada reunión de la Comisión, se realiza comunicación de los casos en reunión de Equipo y se actualiza la información a todos los miembros, especialmente a los profesionales responsables de las víctimas y de los posibles agresores.

-A las víctimas o posibles víctimas de violencia de género el médico/a responsable hace un flash en OMI para el personal sanitario, donde se identifica la situación de víctima, con el fin de que todo profesional que atiende a esta paciente lo tenga en cuenta y notifique cualquier sospecha de peligro o agresión.

- Actualización de las últimas normativas y directrices en materia de violencia de género, que se informan al EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Porcentaje de reuniones anuales de la Comisión de VG con representación del EAP de Sástago respecto a reuniones convocadas: mínimo 50% máximo 100%. Actual: 100%.

- Porcentaje de casos activos de víctimas de violencia de género con un flash en OMI que avise de ello: mínimo-50%. Máximo-100%

- Actualización trimestral de casos de violencia activos, y también inactivos, con el fin de identificar posibles riesgos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La duración del proyecto, en principio, continuará siendo indeterminada, en dependencia de la normativa y legislación en materia de violencia de Género.

-Actualización legislativa y en cuanto a directrices, en materia de Violencia de Género, enfoque del proyecto desde distintos puntos de vista (Centro de Salud, EAP, trabajadores sociales de la Comarca Ribera Baja, y Guardia Civil entre otros)

- Mejora en el enfoque de casos, coordinación y actuación ante los mismos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1551 ===== ***

Nº de registro: 1551

Título
COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

Autores:
TERUEL MAICAS ALICIA, MONREAL ALIAGA ISABEL, SANCHEZ TREMPES LUIS, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE, ALVAREZ ROY JOSE LUIS, MILLAN GINER MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Violencia de género
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el Servicio social de Base de la Comarca de Rivera baja del Ebro se contactó hace varios años con el EAP de Sástago para coordinarse con los diferentes actores que intervenimos en la asistencia y atención a las víctimas de violencia de género.

Cada año acudimos a las reuniones de la "Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género" que se realizan con carácter ordinario de forma trimestral.

Allí nos reunimos con representantes de los Servicios sociales de la Comarca, Guardia civil, Unidad de violencia de género de la subdelegación del Gobierno en la provincia de Zaragoza, y otros servicios sanitarios de la Comarca.

Como representantes del EAP de Sástago solemos acudir los coordinadores de medicina y enfermería, y cuando esto no es posible, acude algún otro miembro del EAP con el objetivo de aumentar así la concienciación de los profesionales en este tema.

Hace 3 años se consensuó el protocolo de actuación en materia de violencia de género de la Comarca Rivera baja del Ebro, adaptado de la legislación vigente, y en 2016 se actualizó para adaptarlo a la nueva legislación.

En cada reunión se hace el seguimiento de todos los casos conocidos activos de violencia de género y se establecen pautas de actuación si es preciso.

Si hay sospecha de nuevos casos también se pone en conocimiento y se inician los trámites de actuación según protocolo.

Se ha producido un aumento del contacto con los servicios sociales, no sólo para el tema de violencia de género sino para otros muchos asuntos, facilitando la interacción y la intervención más oportuna en cada caso.

Todos los casos activos de la zona de salud son conocidos por todo el EAP y hay una mejor coordinación de recursos y una toma de decisiones compartida que seguro ha evitado situaciones críticas de agresiones (aunque esto no lo podemos cuantificar).

Todos los profesionales del EAP como así los participantes en la Comisión, observamos de forma subjetiva la utilidad de estas reuniones tanto para una mejor asistencia a las víctimas, como para una mejoría de las capacidades emocionales personales en cuanto a sentirnos unidos respecto a este grave problema y observar la implicación que todos tenemos en ello.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención a las víctimas de violencia de género

Mejorar la coordinación entre las distintos interventores en este tema (servicios sociales, guardia civil, sanitarios, Gobierno)

Prevenir situaciones violentas ante nuevos casos o casos ya conocidos de violencia de género.

Aumentar la sensibilización, concienciación y formación respecto a la actuación de los profesionales del EAP de Sástago en materia de violencia de género.

MÉTODO

Reunión trimestral de la Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género

Tras cada reunión de la Comisión, se realiza comunicación de los casos en reunión de Equipo y se actualiza la información a todos los miembros, especialmente a los profesionales responsables de las víctimas y de los posibles agresores.

A las víctimas o posibles víctimas de violencia de género el médico/a responsable hace un flash en OMI para el personal sanitario donde se identifica la situación de víctima, con el fin de que todo profesional que atiende a esta paciente lo tenga en cuenta y notifique cualquier sospecha de peligro o agresión.

INDICADORES

- Porcentaje de reuniones anuales de la Comisión de VG con representación del EAP de Sástago respecto a reuniones convocadas: mínimo 50% máximo 100%. Actual: 100%

- Porcentaje de casos activos de víctimas de violencia de género con un flash en OMI que avise de ello: mínimo-50% Máximo-100%

DURACIÓN

- Reuniones de la Comisión trimestrales

- Evaluación anual

- Duración: indeterminada. Dependerá de la normativa y legislación en materia de violencia de Género.

OBSERVACIONES

Antigua línea: Violencia de Género

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL MONREAL ALIAGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELA INSA MARIA JESUS
MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR
SANCHEZ TREMPIS LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Participación activa en la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro: Se convocaron 2 Reuniones con asistencia del 100%: 3 de mayo y 20 de junio de 2017 en Quinto - Asistente Isabel Monreal Aliaga
2. Se realizó un "saludo saludable" para incorporarlo en los programas de fiestas de las diferentes localidades de la Comarca (para ello colaboraron los Coordinadores de los centros de salud de Sástago y de Fuentes de Ebro) para ayudar a la concienciación sobre la responsabilización en el consumo de drogas por parte de los adultos, haciendo hincapié en los menores de edad y las consecuencias legales que puedan generar durante las fiestas.
3. El Consejo de Salud de la Zona se ha reunido en 2 ocasiones durante el año 2017, en la 1ª reunión (28-1-17) se presentó el proyecto, y en la 2ª (29-11-17) se presentaron las conclusiones del grupo impulsor y se solicitó colaboración a los municipios en materia fundamentalmente económica.
4. Se ha creado un grupo impulsor formado por Mª Jesús Vela (Matrona), Isabel Monreal (Médico), Malaika Ventura (Terapeuta de la Escuela de Gestalt) y Mª José Conesa (Educatora social)
5. Reuniones de coordinación interdisciplinarias:
1. 2-10-17: Mª Jesús Vela (Matrona) con el Equipo directivo del Instituto de Sástago
2. 9-10-17: Isabel Monreal (Médico) y Mª Jesús Vela (Matrona) con el Equipo directivo del Instituto de Sástago
3. 27-11-17: Mª Jesús Vela (Matrona), Equipo directivo del Instituto de Sástago, y Educatora social de la Zona de salud (Mª José Conesa)
4. 15-11-17: Isabel Monreal (Médico) con Directora de la Escuela de Terapia Gestalt de Zaragoza (Malaika Ventura)
5. 31-1-18: Reunión en el Centro de salud de Rebojería (Zaragoza): Mª Jesús Vela (Matrona), Isabel Monreal (Médico), Malaika Ventura (Terapeuta Gestalt), Representante del proyecto Fundación Centro Solidaridad Zaragoza para adolescentes
6. Sesiones/talleres con Alumnos del Instituto de Sástago:
Noviembre: Días 6 (Mª Jesús Vela) - Sexualidad y HIV Día 20 (Isabel Monreal, Mª Jesús Vela y Malika Ventura) - Cohesión grupal
Diciembre 2017: días 4 - Sexualidad (taller 1), día 18 (Mª Jesús Vela y Malika Ventura) - Cohesión de grupo
Enero 2018: Día 15 - Sexualidad (taller2), día 22 (Mª Jesús Vela y Malika Ventura): Confianza, responsabilidad y respeto (dinámica 1)
Febrero 2018: Día 5 y 12 (Mª Jesús Vela y Malika Ventura) - Confianza, responsabilidad y respeto (dinámicas 2 y 3)
Próximas fechas a determinar mensualmente hasta junio de 2018 según calendario escolar.
7. Comunicación intraequipo de salud: De forma continuada hemos mantenido informados de las actuaciones realizadas al resto de miembros del Centro de salud durante las sucesivas reuniones de equipo, manteniéndoles al día de los avances y actuaciones realizadas con los adolescentes y los contactos interdisciplinarios que hemos ido realizando.
8. A raíz del trabajo interdisciplinar realizado, hemos firmado un acuerdo de coordinación con el Servicio Social de Zona para reunirnos de forma presencial cada 1- 2 meses, según necesidades, en el centro de salud. En la actualidad hemos realizado 3 reuniones (6-11-17, 18-12-17 y 12-2-18) con una mejoría manifiesta de las necesidades sociosanitarias de nuestra población más vulnerable y una mejora, por tanto, de la atención que podemos prestarles desde un enfoque más global.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de reuniones anuales con otros servicios y personas (profesorado, servicios sociales, agentes sociales) de la Zona de salud: 5 (desde octubre 2017 a febrero 2018). Teniendo en cuenta que la evaluación es a mitad del proyecto, ya que tiene una duración y cronograma según el curso escolar (septiembre17 a junio-18)
- Porcentaje de representación del Centro de Salud de Sástago en las Reuniones de la Mesa de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro: 100% de asistencia (se ha acudido a las 2 reuniones convocadas)
- Encuesta cualitativa de valoración del proyecto por los alumnos del instituto de Sástago, con las siguientes preguntas y respuestas:
¿Por qué te parece importante el proyecto?
Para tener precauciones. Para aprender cosas nuevas y nos ayudéis con nuestros problemas. Porque prefiero esto que física y química. Mola. Me da igual. Porque la juventud de hoy en día no se suele cuidar en temas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

respecto al VIH o no está muy informada sobre el tema y siempre está bien aprender esto. Para saber cuidarse. Para aprender cosas. Porque hay que saber cosas sobre diferentes temas. No sé, porque me entretiene. Me parece importante porque aprendemos cosas que no sabíamos y todos juntos nos lo pasamos muy bien. Para aprender cosas nuevas y reducir nuestras dudas. Porque hay que hablar de esto.

¿Qué esperas de este proyecto?

Aprender cosas nuevas. Algo más divertido. Aprender y concienciarme. Aprender cosas nuevas.

¿Qué te gustaría tratar?

Tratar más mis emociones. Centrarnos más en el sexo, ya que estaría interesante y no estaría mal aprender todos un poco. Nada. Me gusta ya lo que estamos tratando. Aprender más cosas y seguir hablando de cosas que no conocíamos bien.

¿Qué crees que se puede mejorar?

Hacer más juegos. Que fuera todos los días. Me da igual. La confianza. Lo malo que haces. Nada, aprendemos muchas cosas. Estaría bien ver alguna película. Nada, está muy bien y me está gustando mucho.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La acogida por parte del alumnado es muy buena, teniendo en cuenta que hay un grupo de población diana procedente de familias desestructuradas, con un alto riesgo de embarazos e ITS, cada vez la confianza aumenta y se ven con más herramientas emocionales para poder afrontar la realidad en la que viven su día a día.

La colaboración entre M^a Jesús Vela y la escuela de Terapia Gestalt-Zaragoza, en la persona de su Directora, Malaika Ventura, está siendo crucial para poder abordar la realidad más allá de la sintomatología de las conductas disruptivas que observamos en estos adolescentes, de tal forma que tengan la posibilidad de recibir ayuda y formación orientada a una mayor conciencia y conocimiento de sus emociones, a una gestión sana y adecuada de las mismas, y en consonancia con un mayor conocimiento de sí mismos, tomando como base, la responsabilidad propia de cada individuo de su propia vida, que les permita el acceso a su potencial humano y recursos interiores para poderse integrar en la sociedad desde la confianza en sí mismos y en los demás, y poder dar lo mejor de sí mismos.

La percepción por parte del personal directivo del Instituto de Sástago es también muy buena, ya que está permitiendo una mayor tranquilidad en las aulas y la percepción de que el estancamiento que estaban percibiendo con estos adolescentes, en el sentido del pronóstico vital de los mismos, se está empezando a desbloquear.

Los contactos con los servicios sociales son fluidos y estamos estudiando la manera de encontrar la manera más eficiente de ayudar a la población adolescente de la zona con los recursos disponibles.

El equipo consideramos que es un trabajo lento y continuado, que debe seguir en marcha y que tenemos que buscar la forma de poder conveniar con la Escuela de Terapia Gestalt-Zaragoza para que el proyecto sea sostenible en el tiempo. Para ello estamos buscando colaboración con los Ayuntamientos implicados. También es imprescindible que la matrona M^a Jesús Vela continúe en su puesto de trabajo en comisión de servicios.

Será necesario empezar a trabajar con los adolescentes de edades más tempranas para poder abordar la problemática de los mismos de forma más precoz, e incluso poder hacer algún trabajo con el personal docente del instituto en materia de límites y emocionalidad en las aulas.

7. OBSERVACIONES.

La Escuela Gestalt-Zaragoza tiene un convenio de colaboración con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior para prestar ayuda y formación a penados con el mismo objetivo que se plantea en nuestro proyecto, pero en nuestro caso de forma preventiva.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1566 ===== ***

Nº de registro: 1566

Título
ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

Autores:
MONREAL ALIAGA ISABEL, VELA INSA MARIA JESUS, TERUEL MAICAS ALICIA, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, SANCHEZ TREMPES LUIS, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Salud sexual. Drogadicción
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

PROBLEMA

Durante el año 2016 realizamos en el Centro de salud el proyecto "Talleres de sexualidad, educación psico-sexual-afectiva prevención enfermedades de transmisión sexual" (proyecto asistencial presentado en el Acuerdo de Gestión de 2016) a cargo de la matrona M^a Jesús Vela Insa. A raíz de su intervención en el Instituto de Sástago con diversos talleres al alumnado y reuniones con el profesorado y servicios sociales, se detectó un problema de conductas de riesgo en la población adolescente de la zona relacionadas con la salud sexual y el consumo de drogas, por lo que los servicios sociales han realizado intervención psicoterápica en un grupo de alumnos en riesgo de exclusión y desde el Servicio Social de Base se ha convocado la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud donde el Centro de salud ha estado representado, así como servicios sociales, juzgado de menores, educadores sociales, guardia civil y otros servicios sanitarios de la comarca Rivera Baja del Ebro (Centro de salud de Fuentes de Ebro). A fecha de hoy se han realizado 2 reuniones, y la próxima será en septiembre. A su vez, en el Consejo de Salud de la Zona, tras tener en conocimiento del problema detectado con los adolescentes, se decidió en la reunión de abril de 2017 crear un grupo impulsor de personas implicadas para poder abordar el problema de forma global más específicamente en la Zona de referencia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la salud de los adolescentes de la Zona de Salud de Sástago
- Detectar los problemas actuales y generar actividades tanto de abordaje de los mismos como de prevención

MÉTODO

Participar activamente en la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro
Crear un grupo impulsor en la Zona de Salud de Sástago multidisciplinar y con participación de la Comunidad
Realizar un "saludo saludable" para ayudar a la concienciación sobre la responsabilización en el consumo de drogas por parte de los adultos, haciendo hincapié en los menores de edad y las consecuencias legales que puedan generar durante las fiestas de las diferentes localidades de la Comarca. Responsables: Coordinadores de los centros de salud de Sástago y de Fuentes de Ebro.
- Mantener informado al Consejo de Salud de Sástago acerca de las actividades a realizar con los jóvenes
- Reuniones periódicas con el profesorado del Instituto de Sástago: La 1^a a finales de septiembre. La periodicidad la estableceremos según actividades
- Actividad mensual con los alumnos del instituto de concienciación en salud: el personal sanitario participaremos cuando lo establezcamos según agenda, ya que habrá más actores a intervenir.

INDICADORES

- N° de reuniones anuales con otros servicios y personas (profesorado, servicios sociales, agentes sociales) de la Zona de salud
- Porcentaje de representación del Centro de Salud de Sástago en las Reuniones de la Mesa de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro. Mínimo 50% Máximo 100%
- Encuesta cualitativa de valoración por los alumnos del instituto de Sástago

DURACIÓN

El proyecto a comenzado en marzo de 2017 y forma parte de la continuación del del año 2016 coordinado por M^a Jesús Vela.
La duración del proyecto es de 1 año, hasta julio de 2018 donde se reevaluará su pertinencia.
Estamos en fase de evaluación de las actividades a realizar, por lo que aún no podemos aportar calendario.
Las actividades que de momento tienen calendario son:
- itinerario de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud: Se realizará en las reuniones de la Mesa de coordinación y la fecha prevista para su aprobación es marzo de 2018. Responsable del EAP: coordinadora del Centro de Salud, Isabel Monreal aliaga
- Reunión del grupo impulsor Zona de salud de Sástago: 1^a reunión para septiembre- octubre 2017. Durante el mes de julio se contactará con los candidatos. Responsable: Isabel Monreal Aliaga
- Saludo saludable para los programas de fiestas de la Comarca: 1^a semana de julio de 2017. Responsables: Isabel Monreal y Coordinador del C.S. Fuentes de Ebro

Plan de comunicación:

- Comunicación de las actividades y progresos al Consejo de salud de Sástago en sus reuniones periódicas

OBSERVACIONES

La Matrona M^a Jesús Vela Insa ha solicitado comisión de servicios (y se la han concedido) para volver a esta Zona de salud, ya que en la actualidad no está. Contamos con su participación en cuanto se incorpore a la plaza.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SÁSTAGO

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ISABEL MONREAL ALIAGA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS SASTAGO
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VELA INSA MARIA JESUS
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION
SANCHEZ TREMPES LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE
VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las acciones previstas para lograr los objetivos, el plan de comunicación, actividades de formación, de participación comunitaria, investigación, junto con los recursos previstos para cada acción (número de reuniones(mensuales con el EAP, trabajo de campo semanal en IES Sástago, reuniones trimestrales con trabajadoras sociales de la comarca).

- Participación activa en la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Ribera Baja del Ebro
- Creación de un grupo impulsor en la Zona de Salud de Sástago multidisciplinar y con participación de la Comunidad
- Realizar un "saludo saludable" para ayudar a la concienciación sobre la responsabilización en el consumo de drogas por parte de los adultos, haciendo hincapié en los menores de edad y las consecuencias legales que puedan generar durante las fiestas de las diferentes localidades de la Comarca. Responsables: Coordinadores de los centros de salud de Sástago y de Fuentes de Ebro.
- Mantener informado al Consejo de Salud de Sástago acerca de las actividades realizadas con los jóvenes
- Reuniones periódicas con el profesorado del Instituto de Sástago: La 1ª celebrada a finales de septiembre. La periodicidad establecida según necesidades
- Actividad mensual con los alumnos del instituto de concienciación en salud: con participación del personal sanitario

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de reuniones anuales con otros servicios y personas (profesorado, servicios sociales, agentes sociales) de la Zona de salud: Mensuales con EAP y T.Sociales de la comarca, semanales en el IES Sástago. Sesiones de 2 horas semanales (los lunes) con los alumnos de ESO del IES de Sástago.
- Porcentaje de representación del Centro de Salud de Sástago en las Reuniones de la Mesa de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Ribera Baja del Ebro, de un 100%.
- Encuesta cualitativa de valoración por los alumnos del instituto de Sástago, con distintos enfoques respecto a las encuestas iniciales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto comenzó en marzo de 2017 y forma parte de la continuación del del año 2016 coordinado por Mª Jesús Vela.

La duración del proyecto era inicialmente de 1 año, hasta julio de 2018 donde se reevaluaría su pertinencia. Se continuó con el mismo, hasta el 11 de febrero de 2019.

Las actividades realizadas con calendario según lo previsto:

- Itinerario de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud: En las reuniones de la Mesa de coordinación y la fecha de aprobación, marzo de 2018. Responsable del EAP: Coordinadora del Centro de Salud, en ese momento, Isabel Monreal Aliaga.
- Reunión del grupo impulsor Zona de salud de Sástago: 1ª reunión realizada en septiembre 2017. Responsable: Isabel Monreal Aliaga
- Saludo saludable para los programas de fiestas de la Comarca: 1ª semana de julio de 2017. Responsables: Isabel Monreal y Coordinador del C.S. Fuentes de Ebro

- El proyecto ha evidenciado una buena acogida por parte de los alumnos del IES de Sástago, con buena respuesta en las sesiones, con participación de aproximadamente el 98% de los asistentes, en las mismas, con una mejora en las respuestas, objetivada por los responsables del proyecto, respecto a los temas tratados en las distintas sesiones, sobre salud en la adolescencia.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto ha finalizado en febrero de 2019, debido al traslado de la responsable del mismo, Mª Jesús Vela (matrona).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1566 ===== ***

Nº de registro: 1566

Título

ATENCIÓN A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

Autores:

MONREAL ALIAGA ISABEL, VELA INSA MARIA JESUS, TERUEL MAICAS ALICIA, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, SANCHEZ TREMPES LUIS, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Salud sexual. Drogadicción
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el año 2016 realizamos en el Centro de salud el proyecto "Talleres de sexualidad, educación psico-sexual-afectiva prevención enfermedades de transmisión sexual" (proyecto asistencial presentado en el Acuerdo de Gestión de 2016) a cargo de la matrona M^a Jesús Vela Insa. A raíz de su intervención en el Instituto de Sástago con diversos talleres al alumnado y reuniones con el profesorado y servicios sociales, se detectó un problema de conductas de riesgo en la población adolescente de la zona relacionadas con la salud sexual y el consumo de drogas, por lo que los servicios sociales han realizado intervención psicoterápica en un grupo de alumnos en riesgo de exclusión y desde el Servicio Social de Base se ha convocado la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud donde el Centro de salud ha estado representado, así como servicios sociales, juzgado de menores, educadores sociales, guardia civil y otros servicios sanitarios de la comarca Rivera Baja del Ebro (Centro de salud de Fuentes de Ebro). A fecha de hoy se han realizado 2 reuniones, y la próxima será en septiembre.

A su vez, en el Consejo de Salud de la Zona, tras tener en conocimiento del problema detectado con los adolescentes, se decidió en la reunión de abril de 2017 crear un grupo impulsor de personas implicadas para poder abordar el problema de forma global más específicamente en la Zona de referencia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la salud de los adolescentes de la Zona de Salud de Sástago
- Detectar los problemas actuales y generar actividades tanto de abordaje de los mismos como de prevención

MÉTODO

Participar activamente en la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro
Crear un grupo impulsor en la Zona de Salud de Sástago multidisciplinar y con participación de la Comunidad
Realizar un "saludo saludable" para ayudar a la concienciación sobre la responsabilización en el consumo de drogas por parte de los adultos, haciendo hincapié en los menores de edad y las consecuencias legales que puedan generar durante las fiestas de las diferentes localidades de la Comarca. Responsables: Coordinadores de los centros de salud de Sástago y de Fuentes de Ebro.
- Mantener informado al Consejo de Salud de Sástago acerca de las actividades a realizar con los jóvenes
- Reuniones periódicas con el profesorado del Instituto de Sástago: La 1^a a finales de septiembre. La periodicidad la estableceremos según actividades
- Actividad mensual con los alumnos del instituto de concienciación en salud: el personal sanitario participaremos cuando lo establezcamos según agenda, ya que habrá más actores a intervenir.

INDICADORES

- Nº de reuniones anuales con otros servicios y personas (profesorado, servicios sociales, agentes sociales) de la Zona de salud
- Porcentaje de representación del Centro de Salud de Sástago en las Reuniones de la Mesa de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro. Mínimo 50% Máximo 100%
- Encuesta cualitativa de valoración por los alumnos del instituto de Sástago

DURACIÓN

El proyecto a comenzado en marzo de 2017 y forma parte de la continuación del del año 2016 coordinado por M^a Jesús Vela.
La duración del proyecto es de 1 año, hasta julio de 2018 donde se revalorará su pertinencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

Estamos en fase de evaluación de las actividades a realizar, por lo que aún no podemos aportar calendario.

Las actividades que de momento tienen calendario son:

- itinerario de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud: Se realizará en las reuniones de la Mesa de coordinación y la fecha prevista para su aprobación es marzo de 2018. Responsable del EAP: coordinadora del Centro de Salud, Isabel Monreal aliaga
- Reunión del grupo impulsor Zona de salud de Sástago: 1ª reunión para septiembre- octubre 2017. Durante el mes de julio se contactará con los candidatos. Responsable: Isabel Monreal Aliaga
- Saludo saludable para los programas de fiestas de la Comarca: 1ª semana de julio de 2017. Responsables: Isabel Monreal y Coordinador del C.S. Fuentes de Ebro

Plan de comunicación:

- Comunicación de las actividades y progresos al Consejo de salud de Sástago en sus reuniones periódicas

OBSERVACIONES

La Matrona M^a Jesús Vela Insa ha solicitado comisión de servicios (y se la han concedido) para volver a esta Zona de salud, ya que en la actualidad no está. Contamos con su participación en cuanto se incorpore a la plaza.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1277

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL MONREAL ALIAGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN BUIL MARIA MAR
ORTIZ OCHOA ALFREDO
MILLAN GINER ESTHER
VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES
SANCHEZ TREMPIS LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE
JARABA BECERRIL CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:

1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Isabel Monreal Aliaga como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA "De la teoría a la acción: un paso adelante" celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas las políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria. En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación. Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden. Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP. La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.
4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria. En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de "Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP". Esta información se difundió al equipo en los días posteriores a la reunión, pero está comunicación no fue reflejada en ningún acta. La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
 - Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
 - Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada "Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón"

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1277

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Isabel Monreal Aliaga impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 29/10/2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP. A la reunión asistió el 91% del equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:

- Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.

Esa persona es Isabel Monreal Aliaga, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II

Resultado 2018: SI

- El día 29 de octubre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 100% del equipo.

Resultado 2018: 100%

- Se ha realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.

-Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón

- Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.

De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre. El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.

En Sástago el indicador seleccionado fue:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100

Valor 2017: 3,1%

Objetivo 2018: =2,3%

Resultado 2018: 3%

Este resultado muestra que se ha mantenido el mismo consumo de cefalosporinas de 3ª generación que en el año 2017, y no se ha logrado el objetivo marcado de contener el uso de estos antibióticos de amplio espectro cuyo uso tiene un elevado impacto en el desarrollo de las resistencias bacterianas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, aunque no se han alcanzado todos los objetivos marcados para el año 2018. El proyecto se considera finalizado

En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.

En Noviembre de 2018, con motivo del procedimiento de movilidad voluntaria, Isabel Monreal Aliaga, responsable del PROA, dejó el centro de salud de Sástago. Siendo sustituida como representante del PROA del C.S. de Sástago Carlos Jaraba Becerril.

Limitaciones:

Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas. Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1277 ===== ***

Nº de registro: 1277

Título
INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
MONREAL ALIAGA ISABEL, MARTIN BUIL MARIA MAR, ORTIZ OCHOA ALFREDO, MILLAN GINER ESTHER, VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES, SANCHEZ TREMPES LUIS, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1277

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas. En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos. A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN). Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria: Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SASTAGO se considera oportunidad de mejora revisar la prescripción de cefalosporinas de 3º generación ya que se sitúa en niveles superiores a la media del Sector y de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la prescripción de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO

1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES

- Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
- 1- Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
- 2- Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- 3- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
 - Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100

Valor 2017: 3,1%
Objetivo 2018: =2,3%

DURACIÓN

CRONOGRAMA:

- Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
- Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
- Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
- Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
- Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1277

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1392

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP DE SASTAGO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS JARABA BECERRIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN BUIL MARIA DEL MAR
ALVAREZ ROY JOSE LUIS
BOVIO HERAS GUILLERMO
SARTOLO ROMEO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas. El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor, puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor. No sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de la prescripción de cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados. Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector. En el EAP de Sástago, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

- Abordaje de infecciones respiratorias: 01/04/2019

- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: 16/09/2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información de en qué situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se han recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.

En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP,. En esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.

En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1392

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP DE SASTAGO

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- La selección de casos clínicos ha sido posible gracias al envío por correo electrónico en Junio de 2019, y desde el Servicio de Farmacia de AP, de los listados por CIAS de pacientes tratados en el último año con cefalosporinas de 3ª generación así como del diagnóstico asociado a éstos, de tal modo que cada profesional revisó dicho listado y seleccionó alguno de los pacientes incluidos en el mismo para reevaluar la necesidad de utilizar dicho antibiótico de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 2 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.

Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos.

La información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria.

En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 21,9, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 23,9).

En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación.

- En diciembre 2018 el valor era 3,7% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos.

- En diciembre 2019 el valor es de 2,5 % DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos.

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje. Este se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y, a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado, se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios. Este porcentaje se calcula sobre el total de prescripciones de cefalosporinas de 3ª. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores fueron:

- El uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias ha bajado desde un 76,27% en 2018, a un 44% en 2019. Pero ha descendido en 45 prescripciones a 11 en números absolutos.

- El uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias han variado desde un 11,86% en 2018, a un 32% en 2019. Pero sólo ha aumentado de 7 prescripciones a 8 en números absolutos.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en la suma de estos dos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.

Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1392

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP DE SASTAGO

clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas. Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias. Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones. Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

En octubre de 2019, debido a cambios de movilidad de personal en el centro, dejó de ser responsable de antibióticos y representante del PROA Carlos Jaraba Becerril, pasando a serlo desde entonces María Teresa Sartolo Romeo.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1392 ===== ***

Nº de registro: 1392

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP SASTAGO

Autores:
JARABA BECERRIL CARLOS, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, ALVAREZ ROY JOSE LUIS, BOVIO HERAS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor. La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacin, moxifloxacin y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina). Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP SASTAGO se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 3,5 % de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1392

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP DE SASTAGO

- Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA. Estas sesiones tienen como objetivo actualizar los conocimientos de los profesionales conforme a las recomendaciones-IRASPROA elaboradas teniendo en cuenta las características epidemiológicas locales y las nuevas evidencias científicas.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

- N° de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
- Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- N° de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clinico
- Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 3,5 %
Objetivo 2019: =2,0
- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 76,27 %
Objetivo 2019: Disminuir
- % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 11,86 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

- Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
- Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
- Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1404

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN COLEGIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE SASTAGO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA SARTOLO ROMEO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARABA BECERRIL CARLOS
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR
VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES
LOPEZ MIRANDA SOFIA
SANCHEZ TREMPES LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En abril de 2019 el equipo de trabajo se reunió para preparar los talleres de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica, así como para la elaboración del material en soporte informático que se utilizó posteriormente en la parte teórica del taller. Se elaboraron test de 5 preguntas, con respuestas de verdadero/falso, para valorar los conocimientos previos sobre RCP que tenían los alumnos, y para comprobar los conocimientos adquiridos tras los talleres. Además se prepararon los cuestionarios de satisfacción que se les pasaron a los profesores tras la finalización de la actividad.

En mayo de 2019 se realizaron los talleres en el Centro de educación infantil y primaria (CEIP) de Escatrón.

El primer día se impartieron talleres a los niños de educación infantil y a los de 1º y 2º de primaria, 30 alumnos en total. Se realizó una actividad de 40 minutos de duración, sencilla y acorde a su edad. Los alumnos fueron separados en 3 grupos según edades (Uno con los niños de 1º de infantil, otro con la clase de 2º y 3º de infantil y otro con los niños de 1º y 2º de primaria). Se realizó una simulación de una llamada con un teléfono real pidiendo ayuda llamando al 112. Posteriormente se les enseñó la canción de la reanimación del grupo de trabajo RCP desde mi cole, cuya letra hacía referencia a la identificación de una persona inconsciente y cómo se debe actuar ante esta situación, pidiendo ayuda e iniciando maniobras de RCP. Para ello los niños utilizaron su muñeco de peluche. Por último se les entregó una tarjeta que podían colorear y rellenar con los datos personales imprescindibles para solicitar ayuda al 112 (nombre y dirección de su casa) y se les entregó para que la colocaran en un lugar visible de la casa (nevera o junto a teléfono). Finalmente se encuestó a los profesores sobre el aprovechamiento y la utilidad de la actividad.

El segundo día se realizaron dos talleres de 1,5 horas con los 27 alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º del CEIP de Escatrón. Se hizo un taller con la clase de 3º-4º y otro con la de 5º-6º. Inicialmente los alumnos rellenaron un test para evaluar los conocimientos previos sobre RCP. A continuación se llevó a cabo una breve exposición teórica, de unos 10 minutos, apoyada con unas sencillas diapositivas en soporte informático. En ella se les explicaron los conceptos básicos de la cadena de supervivencia, actuación ante un atragantamiento y la posición lateral de seguridad. Posteriormente se pasó a la práctica con maniqués, de aproximadamente 1 hora de duración. Se dividió la clase en dos grupos, uno practicaba con los maniqués la técnica de masaje cardiaco y el otro actitud a seguir en caso de atragantamiento incluyendo maniobra de Heimlich. Después se practicó la posición lateral de seguridad. Todos los alumnos practicaron en ambos grupos. Posteriormente se les entregó a los profesores el mismo cuestionario que habían realizado previamente al taller para que lo contestaran los alumnos pocos días después.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según los resultados de los cuestionarios de satisfacción realizados por el profesorado presente en los talleres, la actividad les pareció muy útil. También expusieron que la actividad y la metodología utilizada se adecuaba a la edad y el nivel de los alumnos y el taller fue valorado con una puntuación global de 10 sobre 10 puntos posibles. También realizaron algunas observaciones positivas, mostrándose interesados en la repetición de esta actividad en próximos años.

En los cuestionarios realizados por los alumnos previamente a la actividad existía un porcentaje de acierto de un 51% en el global de las 5 preguntas realizadas. Días después realizaron el mismo test obteniéndose el 94% de las respuestas acertadas.

Los alumnos mostraron un gran aprovechamiento de la actividad, mostrando gran interés y siendo muy participativos. Los alumnos más pequeños fueron capaces de simular que llamaban al 112 con un teléfono real y daban los datos de lo que ocurría. Por su parte los alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º de primaria fueron capaces de simular como actuarían ante una situación real de RCP, llegando a realizar masaje cardiaco de calidad sobre el maniquí.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos en la importancia de enseñar e incluir a los niños desde pequeños para que aprendan a actuar ante una situación de emergencia sanitaria (identificarla, saber pedir ayuda, e iniciar maniobras de reanimación si es preciso). Incluso pueden llegar a transmitir en sus familias u entorno esos conocimientos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1404

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN COLEGIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE SASTAGO

Por problemas de agenda del CEIP de La Zaida no se pudo realizar allí actividad en 2019, por lo que está prevista para febrero de 2020. Además en el centro se va a continuar con este proyecto y se va a repetir la actividad en el colegio de Escatrón en este nuevo curso.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1404 ===== ***

Nº de registro: 1404

Título
TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN COLEGIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE SASTAGO

Autores:
SARTOLO ROMEO MARIA TERESA, JARABA BECERRIL CARLOS, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES, LOPEZ MIRANDA SOFIA, SANCHEZ TREMPIS LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Europa y Estados Unidos juntos mueren 700000 personas al año de parada cardiorrespiratoria fuera del hospital. Los tiempos medios de llegada de los servicios de emergencias rondan los 6-12 minutos, pero existe un importante sufrimiento cerebral a partir de 3-5 minutos sin flujo sanguíneo. Muchas vidas se salvarían si más gente supiera realizar maniobras de RCP. La OMS estima que si se implanta la enseñanza de RCP en los colegios se podría salvar las vidas de 300000 personas al año.

Entre los 10 principios que propone la iniciativa "Kids Save Lives" ("Los Niños Salvan Vidas) están:

1. Todo el mundo puede salvar una vida, incluso un niño.
2. Dos horas de entrenamiento en RCP al año en el colegio podría ser suficiente.
3. Los programas nacionales que forman a niños en edad escolar en RCP pueden salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

El tiempo de respuesta aproximado de los servicios de atención continuada desde el C.S. de Sástago hasta las poblaciones de La Zaida y Escatrón sería de unos 15 y 20 minutos respectivamente. Por lo tanto, es muy importante, entrenar a la población para realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar básica efectivas, hasta la llegada de los servicios médicos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Proporcionar a los alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º de primaria de los colegios de la zona básica de salud de Sástago conocimientos básicos sobre primeros auxilios. Así como conocimiento de la cadena de supervivencia.
- Los niños de educación infantil, así como los de 1º y 2º de primaria aprenderán a reconocer una situación de emergencia y a solicitar ayuda a un adulto y, si esto no es posible, llamar al teléfono de emergencias (112).

MÉTODO

Se ofertará la siguiente actividad en 2019 a los colegios públicos de Escatrón y La Zaida, pertenecientes a la zona básica de salud de Sástago:

1. Alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º de primaria.
 - Realización de test para determinar conocimientos previos
 - Sesión teórica de unos 15 minutos de duración sobre RCP y atragantamiento.
 - Sesión práctica de 1:30 horas para la adquisición de habilidades en RCP, atragantamiento y posición lateral de seguridad. Con los alumnos divididos en grupos, con un docente cada 5-6 alumnos. Se utilizarán maniqués de práctica de RCP.
 - Repetición del test inicial para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
 - Encuesta de satisfacción a los profesores.
2. Alumnos de 1º y 2º de primaria y alumnos de educación infantil.
 - Simulación, con un teléfono real, de petición de ayuda llamando al 112.
 - Enseñanza de una canción infantil, cuya letra hace referencia a la identificación de una persona inconsciente y como actuar ante esta situación pidiendo ayuda e iniciando maniobras de RCP. Para ello cada alumno utilizará su muñeco de peluche.
 - Se les entregará una tarjeta para rellenar por los propios alumnos, y que podrán colorear, con los datos personales imprescindibles que se necesitan en una llamada de emergencia al 112 (nombre, y dirección de su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1404

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN COLEGIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE SASTAGO

casa).

- Encuesta de satisfacción a los profesores al finalizar la actividad.

INDICADORES

- Cuestionario para valorar los conocimientos de los alumnos antes y después de la actividad.
- Encuestas de satisfacción de los maestros.

DURACIÓN

- ABRIL de 2019: Preparación del material en soporte informático que será utilizado en la actividad.
- MAYO-JUNIO de 2019: Actividades en el Colegio Público de Escatrón:
 - Primer día: Actividad para los alumnos de educación infantil y 1º y 2º de primaria.
 - Segundo día: Actividad para los alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º de primaria.
- OCTUBRE-NOVIEMBRE de 2019: Realización de las actividades en el C.P. de la Zaida
- DICIEMBRE de 2019: Revisión de resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Según los resultados obtenidos se prevé la continuidad de la actividad y la posible ampliación a otros centros de enseñanza de la zona básica de salud de Sástago.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1454

1. TÍTULO

CRIBADO, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR MARTIN BUIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MILLAN GINER ESTHER
LOPEZ MIRANDA SOFIA
JARABA BECERRIL CARLOS
NAVARRA VICENTE BEATRIZ
TERREROS ARNEDO CARLOS
BOVIO HERAS GUILLERMO
SANCHEZ TREMPES LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una primera reunión con el EAP (Mayo 2019), para informar del Plan Estratégico para la eliminación del VHC en Aragón y entregar el algoritmo específico, que confeccionamos, con los factores de riesgo y el protocolo de cribado, sencillo, para la recogida de datos. Posteriores reuniones bimensuales, desde Junio de 2019 hasta diciembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A partir de los pacientes incluidos en programa OMI-AP, Sector II, Sástago, que incluye las poblaciones de Escatrón, Sástago, Cinco Olivas, La Zaida, Alforque y Alborque un total de 2374 usuarios, se ha realizado una captación activa en consulta, tanto de medicina como enfermería, en base a factores de riesgo (especificado en el Algoritmo entregado a MAP y EAP) y que debían ser recogidos en Protocolo de OMI-AP: Adulto Factores Riesgo Hepatitis C.

Se han cribado un 0.9% de casos respecto a la población total de la zona de salud, de ellos, han resultado negativos para VHC un 14% de los mismos, con infección activa en tan sólo uno de los casos, en seguimiento y tratamiento específico actualmente por el servicio de Digestivo HMS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a diversos problemas, de RRHH y cambios en el EAP, durante el último año, en el CS de Sástago, no hemos conseguido obtener el 75% de cribado, que teníamos como objetivo, aunque el hallazgo de un caso, perdido previamente, que ha podido beneficiarse del tratamiento para el VHC, nos motiva a continuar con el cribado, para mejorar el diagnóstico y pronóstico de esta patología. La población susceptible de cribado, debe ser captada por búsqueda activa, lo que supone una mayor dificultad, para el acceso a la misma, pero con la motivación del EAP, y el mantenimiento de sesiones bimensuales y puesta en común de datos, así como el conocimiento del Plan Estratégico para la Erradicación del VHC en Aragón, esperamos mejorar la población susceptible de evaluar y aumentar así la posibilidad de detección de casos positivos, en base a que en Aragón se estima que existen entre 3932 y 5491 pacientes con VHC ARN positivo (infección activa), creemos que es posible detectar y tratar un mayor número de casos. Continuaremos la captación de pacientes, independientemente del estudio, del que procedemos a su memoria final, puesto que creemos hemos conseguido la participación del EAP para la captación y búsqueda de casos, que era el motivo de nuestro proyecto de mejora para el pronóstico y tratamiento del VHC.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1454 ===== ***

Nº de registro: 1454

Título
CRIBADO, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO (PE) PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON

Autores:
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, MILLAN GINER ESTHER, LOPEZ MIRANDA SOFIA, JARABA BECERRIL CARLOS, NAVARRA VICENTE BEATRIZ, TERREROS ARNEDO CARLOS, BOVIO HERAS GUILLERMO, TREMPES SANCHEZ LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1454

1. TÍTULO

CRIBADO, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Describir las necesidades detectadas en la unidad, cuáles son las causas, cómo se han detectado, cuál es la situación de partida (puntos críticos en casuística, actividad, uso de recursos, resultados en salud). Describir la importancia y utilidad del proyecto, su relación con las prioridades de la organización y cómo contribuye a mejorar la situación de partida de la unidad.

En relación con el reciente PE para la eliminación de la Hepatitis C en Aragón, y para localizar casos perdidos o no diagnosticados por VHC, mejorar el control y seguimiento de los casos probados y valorar su ttº, queremos realizar el estudio en la ZS Sástago, para todos los pacientes de riesgo y los diagnosticados de Hepatitis C, así como el circuito para su derivación.

La hepatitis C causa importante morbi-mortalidad y la actual existencia de un ttº eficaz, mejorará la historia natural de la enfermedad, lo que podría llevar a una eliminación a largo-medio plazo de la infección. Organizando una prevención y un diagnóstico temprano, podremos derivar para un ttº y un seguimiento de los pacientes afectados.

En Aragón se estiman unos 3.922 y 5.491 pacientes con VHC ARN positivo (Infección activa). Un 53% de los casos, no presentaría fibrosis significativa (F0-F1), un 47% fibrosis mayor (F2) y un 32% fibrosis avanzada (F3-F4). En relación a la edad, la mayoría de los pacientes aragoneses han nacido entre 1955 y 1975.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Búsqueda activa de casos entre individuos con factores de riesgo:
Personas que se inyectan/ inhalan drogas (aunque solo haya sido una sola vez)
Personas con antecedentes de transfusión de sangre o hemoderivados antes de 1992
Personas con antecedentes de cirugía, procedimientos invasivos o intervenciones odontológicas antes de la utilización de material de inyección de un solo uso (1980).
Personas con antecedentes de hemodiálisis crónica
Recién nacidos de madres infectadas por VHC a partir de los 18 meses
Personas con infección VIH o VHB
Convivientes y parejas sexuales de personas infectadas por VHC
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
Trabajadores sexuales
Personas con antecedentes de internamiento en Instituciones Penitenciarias
Trabajadores tras una exposición accidental reconocida con material biológico posiblemente infectado
Personas con antecedentes de tatuajes, piercings o procedimientos con instrumental punzante (manicura, pedicura, acupuntura...) realizados sin las debidas precauciones de seguridad
Personas con hipertransaminemia o enfermedad hepática aguda o crónica

Personas de alguno de éstos colectivos: Instituciones penitenciarias, VIH o VHB, inmigrantes de zonas de alta prevalencia(Rumanía, Este y Centro de Asia, Africa y Oriente Medio)

2. La recogida de casos se realizará desde el Protocolo de OMI-AP : AP Adulto Factores de Riesgo Hepatitis C. Cribado y definición del factor de riesgo (Transmisión parenteral, sexual y otros), por el que se incluye en el programa.
Si cumple algún criterio, solicitar analítica de Diagnóstico de Hepatitis C.
Si el resultado es positivo (serología + y ARN +) : Infección activa, se solicitará Elastografía hepática desde OMI-AP (radiología)
De esta forma se podrá realizar un estudio estadístico de los resultados obtenidos.
Como objetivo, la realización del cribado en al menos un 75% de la población con factores de riesgo (captados por búsqueda activa, al acudir a consultas de enfermería o medicina)

MÉTODO

Según lo señalado en el apartado anterior: Grupos de riesgo, cribado (Protocolo Factores de Riesgo Hepatitis C, en OMI-AP), analítica de Diagnóstico VHC, Elastografía en Infección activa. Creación del episodio: Cribado de Hepatitis C.
En una primera reunión con el EAP, el coordinador del proyecto, realizará una sesión informativa así como sobre el Plan Estratégico para la Eliminación de la Hepatitis C en Aragón..
Se entregará al EAP un algoritmo sencillo con factores de riesgo y protocolo de cribado.
En las reuniones de EAP, se establecerá una revisión bimensual para unificar la información
Se comunicará con los Trabajadores sociales de la zona, la existencia del programa, para acceder a poblaciones en riesgo, que están en relación con Servicios Sociales
Se informará a la comunidad, sobre el Plan estratégico, en el Consejos de Salud (trimestral), así como en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1454

1. TÍTULO

CRIBADO, DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO EN BASE AL PLAN ESTRATEGICO PARA LA ELIMINACION DE LA HEPATITIS C EN ARAGON

Mesa de Violencia de Género(trimestral) con acceso a una mayor población.

INDICADORES

% cribado /población en riesgo
Nº casos negativos/población en riesgo
Infección activa / población en riesgo
Nº casos perdidos detectados tras revisión HCE (búsqueda activa)
Conseguir al menos un 75% de cribado respecto a la población de riesgo
Fuente de datos: OMI-AP e HCE Salud

DURACIÓN

El cribado se iniciará a partir de Mayo de 2019, y durante 1 año, con posibilidad de prolongarse.
Reuniones bimensuales del EAP para recogida de casos y valoración de estrategias
Comunicación de pacientes en ttº, y en caso de presentarlos, posibles efectos adversos, así como resultados favorables del mismo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1492

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS TRAS LA UNIFICACION DE CRITERIOS DE ACTUACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES VILLANOVA VALERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SASTAGO
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE
TERREROS ARNEDO CARLOS
ALVAREZ ROY JOSE LUIS
MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION
ORTIZ OCHOA ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
.Revisión de listados de pacientes incluidos en programa Crónico Complejo en mes de Abril 2019 y Noviembre 2019
.Colocación de flash para personal Administrativo y Sanitario en historia del OMI de los pacientes CC informando de que están en el programa .
.Evaluación del registro de items, realizados por Enfermería .
Realización de un organigrama del circuito asistencial del PCC consensuado y aprobado por el Equipo en sesión clínica .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todos los pacientes que pertenecen al programa CC tienen flash identificativo que permite mejor identificación y manejo del personal Administrativo y Sanitario.
Mejor comprensión del Equipo Sanitario del proceso de atención a PCC .
Aumento de la implicación del Equipo en la captación y seguimiento del PCC.
Consenso entre los miembros del Equipo en la actuación y coordinación de la atención al PCC.
Datos Comparativos :
-COBERTURA o Porcentaje de pacientes de la población diana (GMA=> 97%) incluidos en el programa PCC en C.S. Sástago en Junio 2019 :16,33 % .Porcentaje de pacientes de la población diana incluidos en el programa PCC en C.S. Sástago al final del estudio : 16,67 %.. (Datos facilitados por Dirección del Area 2).
- Número de pacientes registrados en programa PCC en C.S.Sástago en abril del 2019 : 14 / Número de pacientes registrados en programa PCC en C.S. Sástago en Noviembre del 2019 : 17 .
- Número de pacientes en programa PCC con flash identificativo en Abril del 2019 : 4 / Número de pacientes en programa P CC con flash identificativo en Noviembre del 2019 : 17.
- Número de pacientes con fase de Acogida registrada en Abril 2019 : 12 / Número de pacientes con fase de Acogida registrada en Noviembre del 2019 : 16.
- Número de pacientes con fase de Valoración de Enfermería registrada en Abril del 2019 : 8 / Número de pacientes con fase de Valoración de Enfermería registrada en Noviembre del 2019 : 13.
- Número de pacientes con fase de Plan de Intervención registrada en Abril del 2019 : 4 / Número de pacientes con fase de Plan de Intervención registrada en Noviembre del 2019: 11. - - Porcentaje de pacientes en programa con fase de Plan de Intervención registrado en Junio del 2019 : 36 %, porcentaje al final del estudio : 71,43 % .(Datos facilitados por Dirección del Area 2).
- Número de pacientes al final del estudio con GMA mayor de 99% : 13 . Número de pacientes con GMA entre 97 y 99 % : 4 (estos no cumplen los 3 criterios establecidos para su inclusión, se han incluido en el programa por otras razones médicas).
.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A lo largo del periodo de Abril a Noviembre de 2019 se ha mejorado el conocimiento del protocolo del proceso de atención al PCC del Equipo.
Se ha aumentado de forma progresiva el número de pacientes incluidos en el programa, la información al paciente del proceso, así como los registros de datos personales y de familiares de referencia del paciente .
Han mejorado los registros de Escalas y Test y de signos y síntomas relevantes a vigilar .
Se ha aumentado el conocimiento del circuito de derivación al servicio CC de forma urgente y de forma programada.
Queda pendiente de mejorar el registro del Plan de Intervención y completar los flash dirigidos a sanitarios especificando signos y síntomas de alarma para conocimiento de todo el Equipo sanitario y permitir una rápida valoración..
Se concreta en sesión clínica del Equipo el 2 de diciembre del 2019 las dificultades que genera la derivación programada al servicio CC mediante ambulancias, puesto que su gestión precisa de 48 horas de antelación, lo que dificulta y sobrecarga el servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1492

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS TRAS LA UNIFICACION DE CRITERIOS DE ACTUACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

urgencias sino se hace con esa previsión, lo que se comenta posteriormente con el servicio de CC. Se concluye finalmente sobre la importancia de la citación en DEMNP para mejor registro de actividades a través de contacto telefónico entre los miembros del Equipo de AP y el servicio CC. Consideramos que la buena comunicación entre los responsables del servicio CC y nuestro Equipo sanitario ha mejorado la gestión de los procesos en los que hemos intervenido de forma conjunta durante este periodo a estudio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1492 ===== ***

Nº de registro: 1492

Título
MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS TRAS UNIFICACION DE CRITERIOS DE ACTUACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

Autores:
VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES, ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE, TERREROS ARNEDO CARLOS, ALVAREZ ROY JOSE LUIS, MAYAYO PIÑOL CONCEPCION, ORTIZ OCHOA JOSE ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Crónico Complejo
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La pluripatología crónica de la población que conlleva atención sanitaria por diversos especialistas médicos, con tratamientos diferentes que complican los cuidados del paciente de forma integral, el envejecimiento de la población rural, la distancia desde los domicilios a las consultas especializadas, las citas en diferentes días a varios especialistas que conlleva trastornos y confusiones del paciente y su familia y cuidador, el aumento del gasto sanitario (una gran parte de estos pacientes se deben trasladar en ambulancia). La saturación del servicio de urgencias hospitalarias provocadas en gran parte por este tipo de paciente, la duplicidad de pruebas complementarias y actos médicos conllevan un gran gasto sanitario.
- Favorecer la atención integral del paciente a través de la coordinación de sus responsables sanitarios directos de A. Primaria con el servicio del PCC.
- Mejorar la comunicación entre A. Primaria y A. Especializada con actuaciones consensuadas entre los miembros del E.A.P., que favorezcan la disminución de descompensaciones, efectos adversos y mala adherencia al tto.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y la gestión de los recursos sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear herramientas que faciliten la identificación rápida del PCC
Mejorar los registros de OMI - AP
Monitorizar los resultados del protocolo.

MÉTODO
Disponer de una lista actualizada de los pacientes incluidos en el programa del PCC en los meses de Abril y Noviembre.
Evaluación de los items realizada por enfermería
Colocar flashes para personal sanitario y administrativo en OMI, indicando que es PCC.
Colocar flashes para personal sanitario indicando signos y síntomas de alarma del paciente.
Sesión Clínica en Mayo de 2019, para establecer un sistema de registro (organigrama) consensuado, que permita una actuación similar de todos los profesionales de E.A.P.
Reparto de tareas entre los miembros del E.A.P.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1492

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO MEDIANTE MONITORIZACION DE SUS RESULTADOS TRAS LA UNIFICACION DE CRITERIOS DE ACTUACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

INDICADORES

Mejorar los resultados de la implementación del protocolo y la atención al PCC

DURACIÓN

De Abril a Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0387

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

Fecha de entrada: 18/08/2016

2. RESPONSABLE JUAN JOSE LASARTE VELILLAS
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MAINAR AMOR
ALVAREZ RUIZ BLANCA
JASO MIÑANA MERCEDES
JIMENEZ MARIN ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha hecho difusión del proyecto en todos los sectores sanitarios de Zaragoza. Aprovechando las posibilidades que ofrece GoogleDocs, se ha diseñado un formulario para registrar la atención proporcionada a las madres lactantes tanto a través del teléfono, como de mail y en consulta presencial. El formulario permite registrar y almacenar los datos de cada paciente (datos clínicos, epidemiológicos y actividades realizadas en consulta, analíticas). Con la misma tecnología se ha diseñado una encuesta de satisfacción cuyos resultados se exponen más adelante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre el 8 de agosto de 2014 y el 11 de agosto de 2016 se han visitado 122 pacientes, con una media de 3 consultas por paciente (rango: 1 a 19 consultas). Actualmente hay varios pacientes en seguimiento. Hemos percibido un alto grado de satisfacción en las madres atendidas así como entre los profesionales que han enviado pacientes. En los casos en que ha sido posible hemos informado a los profesionales de referencia.

Evaluación de indicadores:

PERÍODO: 8/8/2014 a 11/8/2016 (ver informe completo en el Anexo I)
LACTANTES VISITADOS= 122
NÚMERO TOTAL DE VISITAS= 441
Presenciales= 201, Mail= 138, Telefónicas= 12
NÚMERO DE CONSULTAS POR LACTANTE:
Media= 3, Máximo= 19, Mínimo= 1

Problemas encontrados para completar el desarrollo:

Hemos ido citando a los pacientes en los huecos disponibles de la agenda, lo que resulta más complicado que disponer de un espacio y tiempo únicos para esta consulta. Para el manejo de los formularios de GoogleDocs es preciso utilizar una versión de Mozilla actualizada u otro explorador como Google Chrome que soporte las Apps utilizadas. La versión de Mozilla disponible en los ordenadores del centro de salud es una versión antigua que no puede actualizarse ya que quedaría inhabilitada para el manejo de la receta electrónica. Utilizar Google Chrome requiere más memoria RAM y el ordenador se ralentiza tanto que deja de funcionar. Esto supone un inconveniente importante para el registro de pacientes. En la actualidad tenemos muchos problemas por este motivo debido a que los programas se bloquean lo que origina pérdida de mucho tiempo, pérdida de datos y sobrecarga de trabajo. Además la solución a este problema es barata ya que sólo se requiere un mínimo de 4 Gb de RAM

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Autoevaluación de niveles alcanzados en el desarrollo del proyecto (ver escala 1)
Puntuación: 5

1 Escala de Puntuación:

- 1= No ha sido posible, todavía, desarrollar el proyecto que se presentó
- 2= Se ha diseñado un programa de actuación que no se ha puesto en marcha todavía
- 3= Las actividades programadas se han empezado a desarrollar, estamos en el inicio
- 4= El proyecto está avanzado, aunque todavía no hemos obtenido resultados
- 5= El proyecto está avanzado y podemos presentar las mejoras ya introducidas o resultados conseguidos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2014/387 ===== ***

Nº de Registro: 0387

Título
CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CENTRO DE SALUD TORRE RAMONA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0387

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

Autores:

LASARTE VELILLAS JUAN JOSE, SANCHEZ MAINAR AMOR, ALVAREZ RUIZ BLANCA, JASO MIÑANA MERCEDES, JIMENEZ MARIN ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

PROBLEMA

Actualmente, en nuestra comunidad, las cifras de lactancia materna están por debajo de las recomendaciones de las organizaciones nacionales e internacionales.

El apoyo y la promoción de la lactancia materna es una de las medidas más eficaces para prevenir enfermedades y ahorrar costes al sistema sanitario. En un estudio realizado en un área sanitaria de Alicante y publicado en *Pediatrics*, la lactancia materna durante los primeros 4 meses podría haber evitado el 56% de las hospitalizaciones, el 61% del gasto por estancia hospitalaria en lactantes menores de 1 año y 5.400 visitas en atención primaria.

Debido a nuestro interés en este tema (el responsable ha sido miembro del Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría desde 1995 hasta 2013 y actualmente es secretario y director de la página web de IHAN), a menudo se remiten madres con problemas de lactancia a nuestra consulta del CS Torre Ramona, bien enviadas por otros profesionales o a través de contactos en los grupos de apoyo a la lactancia de Zaragoza. Ello interfiere con el buen funcionamiento de dicha consulta, por falta de planificación. Además, al no ser una vía habitual de derivación dentro del sistema sanitario de Aragón, origina problemas de comunicación entre los profesionales y pérdidas en el seguimiento de estos pacientes.

En otras comunidades (Valencia) se han puesto en marcha proyectos similares con buenos resultados, tanto en salud materno-infantil como en satisfacción de profesionales y usuarios del sistema.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

- Poner a disposición de los profesionales sanitarios y recurso extra para la resolución de problemas de lactancia.
- Poner en marcha estudios de investigación para los que se requiere un mayor número de pacientes que los que proporciona la consulta de un solo cupo de pediatría.
- Aumentar la incidencia y duración de la lactancia materna en nuestro sector sanitario.

MÉTODO

- Establecer un horario de consulta, una agenda y un sistema de citación.
- Diseñar un sistema de registro para consultas, llamadas telefónicas y correos electrónicos.
- Diseñar un protocolo de asistencia por problemas, entre matrona-enfermera-pediatra.
- Evaluar los motivos de consulta y la patología encontrada en relación con la lactancia.
- Difundir las actividades a todo el sector.
- Monitorizar la incidencia y duración de la lactancia materna en nuestro sector.

INDICADORES

- Asistencia a consulta: número de lactantes visitados y número de visitas por lactante.
- Asistencia telefónica: número de consultas telefónicas atendidas.
- Asistencia por correo electrónico: número de consultas por atendidas por este medio.
- Protocolos realizados.
- Estudios de investigación realizados o iniciados.
- Registro de incidencias.

Estos 6 indicadores se medirán en marzo de 2015, haciendo un recuento de las hojas de registro.

- Satisfacción de calidad percibida: se cuantificará mediante una encuesta diseñada específicamente (escala Likert de satisfacción con la atención recibida) que se enviará por correo electrónico unos meses después de finalizada la asistencia al paciente y que se responderá de forma anónima. También se analizará en marzo de 2015.

DURACIÓN

2 de junio: programación y organización de la asistencia
14 de junio: apertura de agendas y difusión del proyecto al sector II
Marzo 2015: evaluación parcial de resultados

OBSERVACIONES

A medio plazo, según las posibilidades y el trabajo desarrollado, el proyecto puede extenderse a otros sectores sanitarios.

Para aumentar el interés de los profesionales por la lactancia materna, creemos que sería positivo integrar en la cartera de servicios y en los criterios de productividad algunos indicadores de proceso relacionados con la lactancia. En este sentido y también para facilitar el registro y la monitorización de la lactancia, ya hay un grupo de trabajo en Zaragoza que comenzó a elaborar una propuesta de modificación de OMI-AP.

A largo plazo, el objetivo es impulsar a los centros de salud del sector a trabajar en la estrategia IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia, www.ihan.es).

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0387

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0024

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE JUAN JOSE LASARTE VELILLAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS TORRE RAMONA
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ MAINAR AMOR
JASO MIÑANA MERCEDES
ALVAREZ RUIZ BLANCA
JIMENEZ MARIN ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha continuado atendiendo pacientes en la consulta de lactancia de Torre Ramona.
Se ha enviado una comunicación tipo póster al VIII Congreso Español de lactancia materna de Zaragoza (26-28 de febrero de 2015).
Se ha enviado una comunicación tipo póster al IX Congreso Español de lactancia materna de Zaragoza (23-25 de marzo de 2017).
Se ha continuado recogiendo y analizando los datos de asistencia y de la encuesta de satisfacción cuyos resultados se exponen más adelante.
Se ha registrado la base de datos en la Agencia Española de Protección de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

PERÍODO: 8/8/2014 a 31/12/2017

LACTANTES VISITADOS= 257

NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS= 914

Presenciales= 419, Mail= 473, Telefónicas= 22

Visitas / paciente: Media= 3,4 visitas (rango: 1-20). Mediana= 2 visitas.

Demora en la primera asistencia: Mediana= 1 día (rango: 0-31 días)

NÚMERO DE CONSULTAS POR LACTANTE:

El 28% de los pacientes requirieron una sola visita, un 30% 2 visitas. Solo un 20% requirieron más de 4 visitas (rango: 1-20 visitas).

NÚMERO DE PROBLEMAS CONSULTADOS POR PACIENTE:

Mediana= 1 (Rango: 1-5 problemas)

El 87% de las pacientes presentaron un único problema, un 9% 2 problemas y 11 pacientes 3 o más problemas

Se han enviado 224 encuestas de satisfacción y se han respondido 167 (74% de respuesta).

Hemos percibido un alto grado de satisfacción en las madres atendidas así como entre los profesionales que han enviado pacientes.

En los casos en que ha sido posible hemos informado a los profesionales de referencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos ido citando a los pacientes en los huecos disponibles de la agenda, lo que resulta más complicado que disponer de un espacio y tiempo únicos para esta consulta. Por este motivo, desde enero de 2018 las consultas de lactancia se atienden un día a la semana excepto en casos agudos que requieren actuación urgente.

Para el manejo de los formularios de GoogleDocs con los que se registra a los pacientes es preciso utilizar una versión de Mozilla actualizada u otro explorador como Google Chrome que soporte las Apps utilizadas. Hemos tenido muchos problemas debido a la escasa memoria RAM del ordenador que hace que se ralentice el sistema y que frecuentemente requiera reiniciarlo con la consiguiente pérdida de tiempo. Esto ha supuesto una sobrecarga de trabajo considerable que se ha solucionado tras la renovación de los equipos informáticos del SALUD.

Desde el Centro de Salud no se puede acceder y registrar en la historia clínica del lactante ni en la de su madre. Para poder prescribir y/o solicitar pruebas a estas madres es necesario realizar una asignación temporal al centro de salud. Por el mismo motivo, otro inconveniente es que los médicos de estos pacientes tampoco pueden conocer fácilmente el contenido de las visitas realizadas.

En resumen, el proyecto está funcionando muy bien, con un alto grado de satisfacción tanto de los usuarios y de los profesionales que envían pacientes. Supone una sobrecarga de trabajo que, de momento, podemos asumir.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0024

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/24 ===== ***

Nº de registro: 0024

Título
CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CENTRO DE SALUD TORRE RAMONA

Autores:
LASARTE VELILLAS JUAN JOSE, SANCHEZ MAINAR AMOR, JASO MIÑANA MERCEDES, ALVAREZ RUIZ BLANCA NIEVES, JIMENEZ MARIN ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el agosto de 2014 comenzamos una iniciativa de mejora de la calidad poniendo en marcha una consulta de lactancia para todo el sector II de Zaragoza.
Hemos continuado atendiendo pacientes desde esa fecha obteniendo buenos resultados que se detallan en la Memoria 2014-16 que se ha enviado a calidadensalud@aragon.es
Nuestro deseo es continuar con el trabajo en la consulta y hacerla extensiva a toda la CA de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
- Poner a disposición de los profesionales sanitarios y recurso extra para la resolución de problemas de lactancia.
- Poner en marcha estudios de investigación para los que se requiere un mayor número de pacientes que los que proporciona la consulta de un solo cupo de pediatría.
- Aumentar la incidencia y duración de la lactancia materna en toda la CA de Aragón.

MÉTODO
- Mejorar el sistema de citación y adecuar el horario de consulta.
- Mejorar el sistema de registro para consultas, llamadas telefónicas y correos electrónicos.
- Diseñar un protocolo de asistencia por problemas, entre matrona-enfermera-pediatra.
- Evaluar los motivos de consulta y la patología encontrada en relación con la lactancia.
- Difundir las actividades a toda la CA de Aragón.
- Monitorizar los problemas de lactancia en la CA de Aragón.

INDICADORES
- Asistencia a consulta: número de lactantes visitados y número de visitas por lactante.
- Asistencia telefónica: número de consultas telefónicas atendidas.
- Asistencia por correo electrónico: número de consultas por atendidas por este medio.
- Protocolos realizados.
- Estudios de investigación realizados o iniciados.
- Registro de incidencias.
- Satisfacción de calidad percibida: se cuantificará mediante la encuesta diseñada específicamente (escala Likert de satisfacción con la atención recibida) que se envía por correo electrónico unos meses después de finalizada la asistencia al paciente y que se responde de forma anónima.

Estos indicadores se analizarán en 2017, semestral y anualmente.

DURACIÓN
Octubre de 2016: difusión del proyecto a los centros sanitarios.
Marzo de 2017: evaluación semestral.
Agosto de 2017: evaluación anual.

OBSERVACIONES
Para aumentar el interés de los profesionales por la lactancia materna, creemos que sería positivo integrar en la cartera de servicios y en los criterios de productividad algunos indicadores de proceso relacionados con la lactancia. En este sentido y también para facilitar el registro y la monitorización de la lactancia, ya hay un grupo de trabajo en Zaragoza que comenzó a elaborar una propuesta de modificación de OMI-AP.
También sería muy útil para los profesionales que trabajan en pediatría sustituir las actuales gráficas de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0024

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

crecimiento integradas en OMI-AP por las gráficas de OMS elaboradas con bebés amamantados.
El proyecto puede ser de ayuda para aquellos centros sanitarios de Aragón que van a comenzar a trabajar en la estrategia IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia, www.ihan.es) para conseguir la acreditación de calidad IHAN.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE JESUS RUIZ BARRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OTEGUI ILARDUYA LUIS
SORIA CABEZA GLORIA
RUBIO GALAN FRANCISCO JAVIER
LASARTE VELILLAS JUAN JOSE
ALVAREZ RUIZ BLANCA
TURON RAMOS BEGOÑA
MORENO FLOR SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La última actualización del manual de acogida en vigor data de abril de 2016. La actualización del 2017 se acordó retrasarla al primer trimestre 2018, el motivo ha sido esperar a que produjeran todas las jubilaciones del segundo semestre del 2017.

El seguimiento y evaluación de los objetivos se se ha podido realizar con los datos obtenidos del cuadro de mandos, hemos realizado dos actividades de seguimiento (en Mayo y Octubre del 2017) y la evaluación final en Febrero de 2018.

Las actividades formativas se han ido realizando con algunos cambios de calendario por diferentes motivos relacionados con la gestión de la agenda. La evaluación final del programa 2017-2018 se hace a través de la encuesta de satisfacción programada para Mayo-Junio 2017.

En cuanto a la gestión de calidad se han realizado las reuniones de consejo de salud programadas. Durante 2017 hemos se han realizado 3 reuniones del grupo de calidad para el seguimiento de las incidencias y no conformidades.

Las actividades de seguridad, gestión de material, equipos y atención al usuario se realizan según la programación.

Se ha realizado la revisión por la Dirección y la Auditoría Interna de 2017 en Noviembre del 2017, aunque verbalmente ha sido satisfactoria, esta pendiente el informe final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores asistenciales de AG 2017: Nuestros puntos fuertes continúan siendo los indicadores de primovacunación, valoración del riesgo cardiovascular y cobertura de polimedicação por enfermería

En relación con el paciente dependiente hemos alcanzado objetivos en la valoración de riesgo de caídas y úlceras por presión en pacientes dependientes. Aunque no hemos alcanzado objetivos hemos mejorado nuestros resultados en los indicadores de valoración de riesgo del cuidador (Zarit).

En cuanto a diabetes cumplimos objetivo control de HbA1C en diabéticos en el último año pero no alcanzamos la meta en la exploración del pie con una disminución respecto al 2017 entre las causas están el cambio de registro en OMI y la baja cobertura de la actividad.

En cuanto a la estrategia de tabaco y EPOC son nuestro principal punto débil (no alcanzar objetivos y estar por debajo del sector o el Salud) tanto en la anamnesis e intervención sobre tabaco como en la anamnesis de síntomas respiratorios y la intervención sobre vías aéreas.

El número de incidencias en el 2017 ha sido 29 (3 más que 2016). Hemos tenido tres No Conformidades, todas cerradas en el año.

Durante el año 2017 se han realizado 43 sesiones clínicas con una media de asistencia de 15,35 profesionales, similar al año 2016. Se ha realizado las sesiones priorizadas en el contrato de gestión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha mejorado la información para el seguimiento de los indicadores clínicos. En 2017 se ha añadido al cuadros de mandos de los indicadores clínicos del AG para seguimiento individualizado, la información es más accesible. No obstante, el riesgo es que no sean consultada por desconocimiento o la inercia del día a día del centro. Por eso se realizaron al menos dos reuniones de EAP para informar sobre el seguimiento tanto de EAP como adhoc en función de los datos de cada profesional (accesibles para el coordinador). El análisis y propuesta de medidas correctoras se ha realizado este año por la comisión de calidad del centro, a pesar de ello no ha sido suficiente para mejorar algunos de los indicadores, Este año se amplió a otros miembros del equipo en este análisis de los resultados El sistema de notificación de incidencias a través del correo de OMI ha permitido incrementar el número de incidencias respecto al 2016. También servido para mejorar su difusión y se está consolidando como un buen medio de comunicación en el EAP.

La programación de las sesiones de formación, a pesar de las numerosas incidencias en la agenda se ha desarrollado el mismo número de sesiones que año anterior y se están realizando las sesiones priorizadas en CG. La media de asistencia es de 15 personas por sesión.

A través del proyecto hemos desarrollado una sistemática de trabajo que nos va a permitir lograr el objetivo de mantener la acreditación ISO de forma continua cada año.

7. OBSERVACIONES.

Nuestra intención es continuar con el proyecto de acreditación en ISO para 2018 si el Salud continúa con el programa con el fin de ir mejorando y consolidando este sistema de trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/409 ===== ***

Nº de registro: 0409

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA

Autores:
RUIZ BARRANCO JESUS, OTEGUI ILARDUYA LUIS, SORIA CABEZA GLORIA, RUBIO GALAN FRANCISCO JAVIER, LASARTE VELILLAS JUAN JOSE, ALVAREZ RUIZ BLANCA NIEVES, TURON RAMOS BEGOÑA, MORENO FLOR SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales. El EAP de Torrera de Zaragoza II se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2012. Nuestro planteamiento es mantener la certificación ISO 9001. en el EAP Torrera de Zaragoza II.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantener la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Actividades mas importantes que se quieren realizar con los responsables:

1. DOCUMENTACIÓN
 - 1.1. Actualizar el manual de acogida. Coordinador de EAP.
 - 1.2. Actualizar la documentación en vigor. Responsable de Calidad.
2. OBJETIVOS
 - 2.1. Planificar los objetivos. Grupo de Calidad.
 - 2.2. Seguimiento de objetivos. Grupo de Calidad.
 - 2.3. Evaluación final de objetivos. Grupo de Calidad.
3. PERSONAL
 - 3.1. Actualizar curriculum. Responsable Formación.
 - 3.2. Planificar la formación del EAP. Responsable Formación.
 - 3.3. Gestionar calendario de sesiones.. Responsable Formación.
 - 3.4. Evaluar el programa de formación. Responsable Formación.
4. GESTIÓN DE CALIDAD
 - 4.1. Reuniones del consejo de salud de zona. Coordinador de EAP.
 - 4.2. Seguimiento de Incidencias, No conformidades y reclamaciones. Grupo de Calidad.
 - 4.3. Seguimiento de acciones preventivas. Grupo de Calidad.
 - 4.4. Seguimiento de la líneas de mejora. Grupo de Calidad.
5. SEGURIDAD, MATERIAL Y EQUIPOS
 - 5.1. Control de la gestión de residuos. Aux. Enfermería.
 - 5.2. Control de la esterilización de material. Aux. Enfermería.
 - 5.3. Supervisar revisiones del carro paradas y maletines de urgencias. Responsable de equipos.
 - 5.4. Calibrar el espirómetro. Responsable de equipos.
 - 5.5. Control de las neveras de vacunas. Responsable de equipos.
 - 5.6. Supervisar las revisiones externas de equipos. Responsable de equipos.
 - 5.7. Control de stock y pedidos de material sanitario y botiquín. Aux. Enfermería.
 - 5.8. Control del almacén. Aux. Enfermería.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA

6. PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO.
6.1. Supervisar cita previa, libre elección, tarjeta sanitaria y prestaciones. Responsable de admisión.

INDICADORES

Los indicadores que se van a utilizar en el seguimiento y motorización del proyecto son:

1. Los indicadores del contrato de gestión del 2016
2. El número de incidencias y NC durante el 2016 respecto 2015
3. El número de sesiones de formación realizadas sobre las programadas

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: abril 2017

Revisión por la Dirección: mayo 2017

Auditoria Externa: junio 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. septiembre 2016 a junio 2017.

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. periodicidad cuatrimestral.

-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1427

1. TÍTULO

SALVA CORAZONES

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE EDGAR PEÑA GALO
· Profesión MIR
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
APARICIO SARAY

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dentro del plan de mejora para el 2017 del centro de salud Torre Ramona, se incluyó el proyecto de reanimación cardiopulmonar básico (RCP-B) en el IES Pablo Serrano. Con esta iniciativa se pretendía llenar la necesidad de divulgación y sobre todo entrenamiento en la RCP-B.

Esta técnica es de sencilla realización, por lo tanto, se puede entrenar a personal no sanitario, y a su vez en situaciones de riesgo vital podrían jugar un rol determinante en salvar la vida de una persona. Inicialmente la actividad se había enfocado en entrenar a los adolescentes entre 15 y 16 años, o su defecto a los estudiantes de 3º y 4º año de la ESO. Pero la población diana del curso fue sustituida, siendo el claustro de profesores el grupo a ser entrenado en RCP-B. Este cambio se debió a una resolución del Gobierno de Aragón con fecha del 7 de noviembre 2017, la cual hace referencia a la actuación en situaciones de urgencia y emergencia en los centros docentes de la comunidad de Aragón, en donde el profesorado debería recibir las instrucciones necesarias para dar respuestas a tales situaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como parte de la interacción entre el profesorado y el personal sanitario, se procedió a realizar una pequeña introducción de la actividad, con la correspondiente presentación los involucrados en impartir el curso, luego se repartió la encuesta para valora conocimientos Pre-post.

El porcentaje inicial de conocimiento global sobre RCP-B por parte del profesorado fue de un 48% en el pre-test. Una vez realizado el curso se realizó un segundo test con las mismas preguntas, obteniendo un resultado global de conocimiento del RCP-B del 79%, aplicamos el test de Wilcoxon, con resultado estadísticamente significativo en favor de la actividad y mejora del conocimiento (valor de $p < 0.001$)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El aspecto mas importante es el trabajo en grupo realizado por los diferentes EIRs y MIRs del centro de salud de Torre Ramona, logrando aglutinar en dicha actividad al 100% de EIRs y al 80% MIR. Por otro lado, entre los aspectos pendientes a realizar es una formación del profesorado sobre primeros auxilios escolares, tomando en cuenta los temas de la nueva resolución del gobierno de Aragón (7-Nov-2017) que debe entrar en vigor el próximo mes de Septiembre/2018 y el posterior entrenamiento a los adolescentes.

La sostenibilidad del proyecto radica en la inícia del los MIRs y EIRs del centro de salud y el apoyo de sus respectivos tutores. Así mismo, la cambiante dinámica del alumnado, hace necesario la replica anual de dichos conocimientos.

La principal recomendación, sería la elaboración de un manual o guía de apoyo abordando los temas de la resolución antes mencionada tanto para el profesorado como para los futur@s EIRs y MIRs no solo de Torre Ramona, sino de todo el territorio aragonés.

7. OBSERVACIONES.

Los temas propuestos en la resolución del gobierno de Aragón son los siguientes: Dentro del bloque de emergencias sanitarias, se encuentran:

- " Pérdida del conocimiento.
- " Pérdida abundante de sangre: heridas y hemorragias.
- " Dificultad respiratoria prolongada.
- " Dolor intenso en la zona del pecho.
- " Convulsiones.
- " Electrocuación grave.
- " Quemadura grave.
- " Asfixia por inmersión, ahogamiento o atragantamiento.
- " Caídas desde alturas.
- " Accidentes de tráfico.
- " Intoxicaciones con compromiso vital

Por otro lado, están las situaciones sanitarias derivadas de enfermedades crónicas:

- " Asmáticos (emergencia por ataque asmático).
- " Alérgicos (anafilaxia o reacción alérgica grave).
- " Diabéticos (emergencia por hipoglucemia).
- " Epilépticos (emergencia por convulsiones).

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1427 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1427

1. TÍTULO

SALVA CORAZONES

Nº de registro: 1427

Título
SALVACORAZONES. REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) EN EL IES PABLO SERRANO

Autores:
PEÑA GALO EDGAR, JASO MIÑANA MERCEDES, JIMENEZ MARIN ANA MARIA, LLANES LUÑO RICARDO, RODRIGUEZ SLOCHER ANA MARIA, APARICIO JUEZ SARAY, GARCIA URIEL IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: RCP básica
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Iniciativa surgida en relación a la importancia y la necesidad de divulgación y entrenamiento en RCP básica. La RCP es un procedimiento de sencilla realización que cualquier persona con un entrenamiento adecuado podría realizar ayudando así a salvar vidas. En este taller se trabajarán también otro tipo de situaciones que requieren actuación por parte de la población general, en él se entrenará la maniobra lateral de seguridad, la maniobra de Heimlich, etc.

RESULTADOS ESPERADOS
Los asistentes al taller mejorarán sus conocimientos y su manejo en relación a primeros auxilios. Todos los asistentes sabrán realizar RCP básica y actuar frente a determinadas situaciones que requieran actuación (OVACE, pérdida de conocimiento, etc.) en adultos y niños.

MÉTODO
El taller tendrá una duración de 4 horas, comenzando a las 09:00 y terminando a las 13:00 horas. Durante el taller se realizarán los descansos habituales de la jornada escolar.
El taller será práctico con soporte audiovisual y teórico.
Durante el desarrollo del taller se realizarán diversas explicaciones a los asistentes de manera conjunta. Posteriormente, en pequeños grupos de 5 o 6 personas, se realizará el entrenamiento. En estos grupos se realizará un refuerzo del contenido teórico.
Se dispondrá de diversos maniqués para practicar la RCP y el resto de maniobras (un maniquí adulto y otro infantil para cada grupo).
Finalizadas las explicaciones y el entrenamiento, los asistentes realizarán una encuesta de satisfacción y otra de conocimientos. Además, se les entregará un díptico que recoge todos los temas tratados en el taller.

INDICADORES
Asistencia al taller.
Satisfacción del alumnado y profesorado.
Aumento de los conocimientos en torno al tema trabajado. Se realizará un breve test una vez finalizado el taller y un tiempo después de este.
Capacidad de realización de las maniobras en las cuales se ha instruido. Una vez finalizado el entrenamiento se realizarán varios casos para valorar la actuación de los asistentes.

DURACIÓN
Actividad con carácter anual

OBSERVACIONES
Necesidad de mejorar la coordinación con el IES Pablo Serrano.
El IES y el centro de salud se comprometen a dar continuidad al proyecto por medio de la realización del mismo con los alumnos que corresponda en años venideros. También se establece un compromiso en relación a la realización de sesiones recordatorias para los alumnos que ya hayan realizado el taller.
Los alumnos serán animados a divulgar lo aprendido en su entorno.
Se pretende extender esta actividad a otros colegios de la zona básica de Salud.
Es preciso evaluar de manera continuada las necesidades y preocupaciones en torno a este tema.
Adecuar el horario de la consulta y de la actividad.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1427

1. TÍTULO

SALVA CORAZONES

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE CELESTE GARCIA LANZON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
APARICIO JUEZ SARAY
AMATRIAIN BOLEAS EDURNE
IRIBARNE FERRER MARTA
RUIZ BARRANCO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han cumplido los paseos que se programaron durante el año 2018. "Las Andarinas del Tranvía" es una actividad en la que colabora el Centro de Salud Torre Ramona con el Centro de Salud Las Fuentes Norte en realizar paseos los Lunes no festivos de Septiembre a Junio. Se acude 2 veces al mes desde ambos Centros de Salud.

Mediante una reunión con el Centro de Recursos Comunitarios El Tranvía (CRCT) se planificó los días y quienes acudirían desde los Centros de Salud. Desde Septiembre de 2018, se ha elaborado un plan con fechas y los profesionales que se encargan del paseo, algo que buscaban los usuarios del servicio.

No sólo se pasea, también se intervienen en los temas de salud que los usuarios creen que son relevantes. Los temas tratados en 2018 son:

- Alimentación: pirámide nutricional, lectura de etiquetas, alimentación equilibrada y raciones recomendadas, preparaciones culinarias saludables, alimentación en personas diabéticas y edulcorantes.
- Beneficios del agua.
- La fibromialgia: qué es y cuáles son sus cuidados.
- La gripe: prevención y cuidados.
- Diferencias entre artrosis y artritis.
- Beneficios del ejercicio físico.

Las rutas que hemos realizado son las siguientes: "Camino de la Alfranca", "De los Puentes", "A orillas del río Gállego" y "Soto de Cantalobos". Todas estas caminatas son entornos situados cerca del barrio de Las Fuentes menos La ruta de los Puentes que consiste en andar por ambas márgenes del río Ebro, recorriendo los distintos puentes que lo cruzan.

Los lunes, que la lluvia impidió salir a caminar, realizamos la intervención educativa en el gimnasio de la Fundación el Tranvía y practicamos estiramientos, ayudando así a las asistentes a mejorar la técnica. Se buscó también fortalecer la relación de grupo, haciéndoles participar en la actividad.

Además de los paseos, se llevaron a cabo 2 talleres, uno de espalda sana dirigido por uno de los fisioterapeutas del centro, y otro de reanimación cardiopulmonar (RCP) por los residentes de enfermería y medicina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados son los mismos que han plasmado los compañeros de Las Fuentes Norte dado que estas actividades se realizan de manera conjunta con los profesionales de ambos centros.

Encuesta de satisfacción: los datos recogidos, a la finalización del curso en junio de 2018, corresponden a la encuesta de satisfacción que desde la Fundación el Tranvía pasan a sus usuarios. Se trata de una encuesta general para todas las actividades que se realizan en el CRCT. Sólo la realizaron 9 usuarias de 39 apuntadas, y en varias preguntas no contestaron todas. En la valoración global de la actividad, las 5 participantes que contestaron, la valoraron con un 10. Cómo sugerencias apuntaron realizar menos estiramientos y un día más de actividad.

Evaluación de Actividades: después de cada paseo se ha llevado a cabo una evaluación con rejilla de observación. Entre los datos aportados encontramos:

- El número de participantes en los paseos va de 13 a 35.
- A parte del tema tratado en la intervención educativa, durante los paseos "las Andarinas" suelen preguntar a los profesionales que acuden, por temas como: eficacia de las leches fermentadas y bebidas para bajar el colesterol, dieta para la hipertensión o para perder peso, cómo actuar ante una hipoglucemia, cuáles son las reacciones adversas de la vacuna antigripal, cuidados de la diabetes y dudas sobre la técnica de inyección de insulina, cuidados con el colesterol o si el agua puede ser sustituida por zumos o infusiones.
- Los usuarios que acuden a los paseos, tienen conocimientos sobre la importancia de comer variado y evitar precocinados, conocen las características de los alimentos procesados, que hay que beber 2 litros de agua y comer 5 piezas de fruta al día o que no se debe abusar de la sacarina.
- También se abordan durante el paseo aspectos como la depresión o el suicidio y se comparten experiencias y emociones al respecto. En alguna ocasión, algún componente del grupo ha querido compartir cómo es vivir con una determinada enfermedad y hablar de ello al resto.
- Otro aspecto que se recoge en la rejilla de observación es el estado de ánimo del grupo, y en líneas generales podemos decir que es animado, participativo, entusiasta y motivador. En alguna ocasión hemos observado que alguna de las participantes se siente incómoda por ver que algunas compañeras llevan un ritmo superior al suyo. Los talleres fueron evaluados mediante encuesta y, en general, la evaluación fue muy positiva. Entre los aspectos que nos han pedido mejorar del taller de RCP han sido los muñecos y solicitan realizarlo cada año para refrescar conocimientos. En cuanto al de Espalda Sana realizar más sesiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Valoración de hábitos de las Andarinas: en septiembre de 2018, en el inicio del curso para "Andarinas", se pasó una ficha para valorar los hábitos de vida:

- De las 39 encuestadas, el 76.3% si realiza algún tipo de actividad física. Entre las actividades que realizan se encuentra caminar, baile, zumba, nadar, espalda sana, bicicleta, yoga y gimnasia. En cuanto a la frecuencia con la que realizan el ejercicio, realizan 3 o más veces por semana ejercicio el 67.6% de las participantes.
- El medio que utilizan habitualmente para desplazarse por la ciudad es el autobús (62.2%) y andando (59.5%).
- En cuanto a sus hábitos tóxicos (fumar, alcohol) más del 90% no consume tabaco ni alcohol.

Con respecto a los indicadores planteados:

- Número paseantes/ número inscritos (estándar > 50% en el 80% de los casos). Para este indicador se planteó pasar lista de asistencia en cada paseo. Las usuarias se quejaron por el retraso que suponía para empezar a caminar, así que se decidió simplificarlo y hacer un contaje de los asistentes. Entre los meses de febrero a junio de 2018 no se llegó al 50% de asistencia en el 80% de los casos. Pero de los meses de septiembre a diciembre han asistido el 50% de las participantes en un 100% de los casos (Inscritas en los paseos 39. Asistencia de 20 a 35).
- Realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar 80% participantes): hasta el momento un 67.6% participantes. La encuesta de hábitos de vida se recogió en septiembre (inicio de curso). Al final del curso en junio de 2019, se les preguntará en la encuesta de satisfacción por la frecuencia con la que realizan ejercicio, para ver si ha aumentado desde el inicio de curso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las propuestas a mejoras son realizar la encuesta de satisfacción del curso 2019 y comprobar la cantidad de ejercicio físico que hacen a la semana. Con esto se quiere objetivar si al acudir a un grupo de paseo aporta una mayor constancia y aumento de ejercicio físico a la semana.

Un aspecto a mejorar desde el CS Torre Ramona es que acudan más profesionales a realizar los paseos y las intervenciones educativas, tanto en los mismos paseos como en los talleres. Además, en cuanto a los usuarios es la integración en el mismo grupo de participantes que tienen un ritmo más rápido de caminar (avanzado) y otros que lo tienen más lento (iniciación).

7. OBSERVACIONES.

Ha habido cambios en los componentes del equipo de mejora. Los que han formado parte real del proyecto son los que aparecen en esta memoria de valoración. Se ruega que se considere a APARICIO JUEZ SARAY, AMATRIAIN BOLEAS EDURNE, IRIBARNE FERRER MARTA y a RUIZ BARRANCO JESUS (todos ellos enfermeros y trabajadores o que han trabajado en el CS TORRE RAMONA) como los profesionales que han llevado a cabo adelante el proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/962 ===== ***

Nº de registro: 0962

Título
PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Autores:
GARCIA LANZON CELESTE, APARICIO JUEZ SARAY, GONZALEZ ENGUITA MANUEL, RIABTSEVA MARYNA, SANTOLARIA SANCHO SOFIA, CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA, QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la zona básica de salud de Torrerramona la morbilidad (dislipemia, sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, tabaquismo y abuso crónico de alcohol) es elevada. En Aragón, el 45% de los adultos no realiza ejercicio físico en su tiempo libre, llegando al 50% en las mujeres.

El estilo de vida de la sociedad actual favorece la inactividad física. Este comportamiento sedentario viene determinado por múltiples factores de tipo sociocultural, económico y medioambiental, por lo tanto, el abordaje requiere un enfoque multifactorial e intersectorial.

La Fundación el Tranvía lleva a cabo actividades dirigidas a promover el ejercicio físico en la población del barrio de Las Fuentes a través de paseos en el proyecto "Andarinas del Tranvía". Tras una encuesta de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

valoración de las necesidades de formación en la población que se realizó desde el C.S. Torreramona, se priorizaron los siguientes temas de intervención: recomendaciones de ejercicio físico, prevención de enfermedades cardiovasculares, estilo de vida y alimentación saludable.

Después de realizar unas actividades de educación grupal en la Fundación el Tranvía, se vio la oportunidad de establecer una colaboración más estable entre los dos centros del barrio Las Fuentes: La Fuentes Norte y Torreramona, participando en la actividad de las Andarinas del Tranvía e incorporando los temas de interés recogidos en la encuesta.

Según el Programa de Salud 2030 de Aragón, los programas de actividad física deben considerarse como una auténtica prescripción médica y revisarse cada 6 meses para evaluar los resultados funcionales. Otro aspecto que recoge es que no solo debe abordarse los problemas de salud física, sino también los de soledad, de exclusión y de brecha digital, creemos que a través de este proyecto se pueden trabajar dichos aspectos.

RESULTADOS ESPERADOS

Fomentar una vida activa por medio de paseos.
Reconocer los beneficios del ejercicio a través de una valoración de su actividad diaria.
Crear un grupo estable que fomente una red social de andarinas.
Mejorar su capacidad al ejercicio, a través de las rutas de paseo programadas.
Modificar hábitos de desplazamiento.

MÉTODO

El grupo de Andarinas saldrá todos los lunes de septiembre a junio con los profesionales del Tranvía. Los profesionales del Centro de Salud acudirán dos lunes al mes. El grupo está abierto a todos los participantes mayores de 18 años. Se plantea formar dos grupos, uno de actividad básica y otro de actividad moderada. El horario es de 9.30 a 11.30 horas y el punto de encuentro la Fundación el Tranvía. Las rutas se realizarán por lugares cercanos al barrio de las Fuentes. Dependiendo del grupo y la ruta a realizar, los itinerarios oscilarán entre los 45-90 minutos. Al finalizar el paseo, se realizarán estiramientos.

Al inicio y final del curso se les pasará a los andarines una encuesta de hábitos. Los lunes que acuden profesionales de los centros de salud, se realizarán intervenciones educativas sobre los siguientes temas: ejercicio físico, dieta mediterránea, lectura de etiquetas, estrés, estiramientos y sobre temas que demanden los andarines. Tras los paseos se completará una rejilla de observación. Los Talleres se realizarán en el Tranvía o en el C. Salud y serán de espalda sana, de relajación y de reanimación cardiopulmonar básica.

Las reuniones del Equipo Andarinas del los Centros de Salud se realizarán en el CS y serán mensuales y las reuniones con El Tranvía serán bimensuales y se realizarán en el Tranvía o en el CS.

INDICADORES

Nº de paseantes/ nº de inscritos (estándar: > 50% en el 80% de los casos)
Encuesta de Satisfacción (estándar: nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes)
Encuesta de hábitos: realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar: en el 80% de los participantes)

DURACIÓN

La Evaluación se plantea a lo largo de todo el proceso: inicial, de seguimiento y final. Todos los integrantes realizarán funciones de evaluación en distintos momentos y en las reuniones de evaluación.

Encuesta de Satisfacción: Se valorará la satisfacción de andarinas y del equipo de trabajo.

Evaluación de Actividades: Se evaluarán las actividades con rejilla de observación y observador no participante/participante según la actividad. La observación será mixta, estructurada por medio de un check-list, y no estructurada por diario de campo.

Evaluación de Reuniones: por medio de las actas y por el desarrollo de las mismas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE CELESTE GARCIA LANZON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
APARICIO JUEZ SARAY
AMATRIAIN BOLEAS EDURNE
IRIBARNE FERRER MARTA
RUIZ BARRANCO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las Andarinas del Tranvía son un grupo de personas, en su mayoría mujeres jubiladas, que realizan andadas con diferentes niveles de intensidad. Estas mujeres se reúnen en el Centro de Recursos Comunitarios del Tranvía (CRCT) y a través de una mínima guía realizan diferentes rutas de paseos todos los lunes del curso escolar (desde septiembre hasta junio). Tradicionalmente el CS Las Fuentes Norte ha estado estrechamente ligado con el Centro de Recursos Comunitarios el Tranvía, al estar en el mismo barrio el CS Torre Ramona se unió a la actividad de Las Andarinas del Tranvía mediante la colaboración con el CS Las Fuentes Norte. Los profesionales solemos ir dos Lunes de cada mes a impartir charlas o resolver dudas sobre la salud.

Desde 2018 dónde nació el proyecto se ha logrado una mejor gestión de los recursos humanos, organizando a través de un calendario los días que va cada profesional sanitario a dar una breve charla antes del paseo, o resolver dudas durante éste. Tras la andada se realizan estiramientos en los cuáles si surge también pueden tratarse temas de salud. En éstos dos años se han tratado muy diversos temas, todos relacionados con la sanidad, y especialmente con problemas a los cuáles ellas dan importancia y comparten luego sus experiencias de cómo viven esas situaciones. Algunos de los temas de los que se han hablado son la fibromialgia, la gripe, la artrosis, la artritis, el ejercicio físico y sus ventajas de incluirlo en el día a día, prevención con el sol, la sobrecarga del cuidador y como les afecta emocionalmente a ellas, la menopausia, cuidados en la HTA, las varices y cómo prevenirlas, además de infinidad de temas individuales que se nos han acercado a preguntar durante los paseos y que sería imposible plasmar en esta memoria (sequedad vaginal, si los tatuajes tienen algún riesgo para la salud, pérdida de un ser querido por enfermedad, etc). También se han realizado talleres de RCP y de espalda sana, llevados a cabo por residentes de enfermería y medicina en el primer caso y una fisioterapeuta en el segundo.

Las rutas que se llevaban a cabo en los paseos son "Camino de la alfranca", "De los puentes" (en días lluviosos sobretodo), "río Gallego", "soto de Cantalobos". Si el clima lo impedía por fuertes lluvias se utilizaba el gimnasio del Centro el Tranvía para realizar estiramientos guiados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados son los mismos que han plasmado los compañeros de Las Fuentes Norte dado que estas actividades se realizan de manera conjunta con los profesionales de ambos centros.

-Encuesta de satisfacción: los datos recogidos, al finalizar el curso 2018, corresponden a la encuesta de satisfacción que desde la Fundación el Tranvía pasan a sus usuarios. Se trata de una encuesta general para todas las actividades que se realizan en el CRCT. Sólo la realizaron 9 usuarias de 39 apuntadas, y en varias preguntas no contestaron todas. En la valoración global de la actividad, las 5 participantes que contestaron, la valoraron con un 10. Cómo sugerencias apuntaron realizar menos estiramientos y un día más de actividad.

En 2019 se pasó otra encuesta de satisfacción que va del 0 (menor puntuación) al 10 (mayor puntuación). La rellenaron 21 participantes. 13 de ellos valoran con un 10 la actividad, 5 con un 9. La mayoría (95,2%) valoro positivamente que hubiese un profesional sanitario en las actividades, mientras que sólo una persona lo puntuó negativamente. Si hablamos del interés en los temas tratados y si fueron claros y concisos los 21 participantes dan notas entre 8-10 sobre 10 (mejor puntuación).

-Evaluación de las actividades: Tras los paseos los profesionales rellenábamos una rejilla de observación. Los datos nuevamente son los mismos que los de nuestros compañeros del CS Las Fuentes Norte, ya que se trabajaba conjuntamente. Los participantes de los paseos varían entre 10 (días con mucho frío o lluviosos) y 46. En general, los participantes tienen alguna idea de los temas que se tratan aunque tienen mayor curiosidad por los temas y parecen satisfechos cuando acaba la charla sobre ellos. Sienten que han aprendido o interiorizado mejor los conocimientos y desmentido ciertos mitos en algunos casos. El ambiente es positivo, no tardan en hacer preguntas, hablar entre ellos... la comunicación es fluida y el contexto ayuda a transmitir conocimientos de manera cercana. Los mayores problemas aparecen con las diferencias del ritmo en los paseos. Los que van muy rápido se quedan con ganas de más ya que se les quedan las andadas cortas, al contrario de los que llevan un ritmo más lento que sienten que no avanzan. Para limar asperezas a los más rápidos se les anima a que hagan rutas por libre o con otro pequeño grupo por su cuenta otros días. Por otro lado a los de ritmo más lento se les alienta hablándoles de los progresos en ese tiempo y reforzando positivamente. Los talleres de RCP y espalda sana han sido valorados aparte con muy buena recepción y con ganas de repetir los talleres en años venideros.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

-Valoración de hábitos de las Andarinas: en septiembre de 2018 se pasó una ficha para valorar los hábitos de vida. De las 39 encuestadas el 76.3% si realiza algún tipo de actividad física. Entre las actividades que realizan se encuentra caminar, baile, zumba, nadar, espalda sana, bicicleta, yoga y gimnasia. En cuanto a la frecuencia con la que realizan el ejercicio, realizan 3 o más veces por semana ejercicio el 67.6% de las participantes. El 62,2% se desplaza de manera habitual por la ciudad en autobús y el 59,5% andando. En septiembre de 2019 al inicio del curso hay 46 personas apuntadas a Andarinas. Prácticamente todos los integrantes (97,8%) realizan ejercicio físico. Lo que más se realiza es con un 91,1% caminar, seguido de un 37,8% que bailan, el 26,7% realiza gimnasia y el 11,1% practica natación. El 46,7% realiza estas actividades 3 o más veces por semana y tan sólo el 25,7% 2 veces por semana. Respecto al año pasado, aumenta el número de mujeres que se desplaza andando para recorrer la ciudad (84,4%). Más del 90% no consume tabaco, y en cuanto al alcohol, 18 personas consumen cerveza y una vino, con una frecuencia de 1-2 a la semana.

-Con respecto a los indicadores planteados: Número paseantes/ número inscritos (estándar > 50% en el 80% de los casos). Se pasa la lista de asistencia antes de cada paseo. A las integrantes no les gusto éste paso así que simplemente se contaba a los participantes. Entre los meses de febrero a junio de 2018 no se llegó al 50% de asistencia en el 80% de los casos. Pero de los meses de septiembre a diciembre asistieron el 50% de las participantes en un 100% de los casos (Inscritas en los paseos 39 en 2018. Asistencia entre 20 y 35). En 2019 solo se ha llegado al 50% de asistentes en el 60% de los casos. ¿Por qué estos datos? Creemos que puede ser por el método de recogida de datos que es poco preciso y sólo puede hacerse cuando un miembro del CS acude. Tal vez el clima y el horario también puedan influir. Parece que los profesionales no son el problema ya que en la encuesta de satisfacción (estándar: nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes), que es anónima, todos los apartados se puntúan con notas positivas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las Andarinas del Tranvía son un buen recurso comunitario al que se puede "prescribir" desde la consulta de enfermería o medicina a los usuarios que potencialmente se pueden beneficiar de la actividad aeróbica que se realiza. Tienen que ser usuarios que quieran provocar un cambio en sus hábitos de vida y que, tal vez de manera acompañada se les puede hacer más fácil la inclusión de ejercicio físico a su vida. En un grupo en el que se debaten temas sobre salud, se adquieren conocimientos y además se realiza ejercicio físico que la gran mayoría de público puede realizar (andar a un ritmo continuo) hacen de esta actividad una buena opción de salud.

De los indicadores arriba comentados se ha superado el de satisfacción. Por desgracia el resto no se han superado, por ello los profesionales sanitarios tenemos que plantearnos el porqué. Puede ser por el método de recogida de datos, que los usuarios queden otros días de la semana sin supervisión a hacer las andadas, que los días que se ha acudido hay menos gente participando ya sea por la climatología u otros motivos. Pese a todo el número de participantes inscritos ha aumentado en estos dos años, lo cual vemos como algo positivo ya sea porque al público le gusta la actividad o que se ha derivado más desde las consultas.

La planificación de los profesionales sobre qué días acuden a Andarinas es positiva tanto para la organización del centro como para la organización del Centro de Recursos. De esta manera se puede preparar la intervención educativa con una mayor organización y las usuarias saben que días van los profesionales de la salud a dar algún tema. También se ha podido ver el nivel de conocimientos que tiene la población de nuestro barrió sobre salud, al hablar de manera más distendida en un contexto desmedicalizando y no en la consulta. Además puede ser una buena actividad contra la soledad en ancianos.

Por otro lado en cuanto a los profesionales, al relacionarnos con otro centro de salud se puede intercambiar proyectos y resolver dudas entre nosotros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/962 ===== ***

Nº de registro: 0962

Título
PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Autores:
GARCIA LANZON CELESTE, APARICIO JUEZ SARAY, GONZALEZ ENGUITA MANUEL, RIABTSEVA MARYNA, SANTOLARIA SANCHO SOFIA, CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA, QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la zona básica de salud de Torrera Ramona la morbilidad (dislipemia, sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, tabaquismo y abuso crónico de alcohol) es elevada. En Aragón, el 45% de los adultos no realiza ejercicio físico en su tiempo libre, llegando al 50% en las mujeres. El estilo de vida de la sociedad actual favorece la inactividad física. Este comportamiento sedentario viene determinado por múltiples factores de tipo sociocultural, económico y medioambiental, por lo tanto, el abordaje requiere un enfoque multifactorial e intersectorial. La Fundación el Tranvía lleva a cabo actividades dirigidas a promover el ejercicio físico en la población del barrio de Las Fuentes a través de paseos en el proyecto "Andarinas del Tranvía". Tras una encuesta de valoración de las necesidades de formación en la población que se realizó desde el C.S. Torrera Ramona, se priorizaron los siguientes temas de intervención: recomendaciones de ejercicio físico, prevención de enfermedades cardiovasculares, estilo de vida y alimentación saludable. Después de realizar unas actividades de educación grupal en la Fundación el Tranvía, se vio la oportunidad de establecer una colaboración más estable entre los dos centros del barrio Las Fuentes: La Fuentes Norte y Torrera Ramona, participando en la actividad de las Andarinas del Tranvía e incorporando los temas de interés recogidos en la encuesta. Según el Programa de Salud 2030 de Aragón, los programas de actividad física deben considerarse como una auténtica prescripción médica y revisarse cada 6 meses para evaluar los resultados funcionales. Otro aspecto que recoge es que no solo debe abordarse los problemas de salud física, sino también los de soledad, de exclusión y de brecha digital, creemos que a través de este proyecto se pueden trabajar dichos aspectos.

RESULTADOS ESPERADOS

Fomentar una vida activa por medio de paseos.
Reconocer los beneficios del ejercicio a través de una valoración de su actividad diaria.
Crear un grupo estable que fomente una red social de andarinas.
Mejorar su capacidad al ejercicio, a través de las rutas de paseo programadas.
Modificar hábitos de desplazamiento.

MÉTODO

El grupo de Andarinas saldrá todos los lunes de septiembre a junio con los profesionales del Tranvía. Los profesionales del Centro de Salud acudirán dos lunes al mes. El grupo está abierto a todos los participantes mayores de 18 años. Se plantea formar dos grupos, uno de actividad básica y otro de actividad moderada. El horario es de 9.30 a 11.30 horas y el punto de encuentro la Fundación el Tranvía. Las rutas se realizarán por lugares cercanos al barrio de las Fuentes. Dependiendo del grupo y la ruta a realizar, los itinerarios oscilarán entre los 45-90 minutos. Al finalizar el paseo, se realizarán estiramientos. Al inicio y final del curso se les pasará a los andarines una encuesta de hábitos. Los lunes que acuden profesionales de los centros de salud, se realizarán intervenciones educativas sobre los siguientes temas: ejercicio físico, dieta mediterránea, lectura de etiquetas, estrés, estiramientos y sobre temas que demanden los andarines. Tras los paseos se completará una rejilla de observación. Los Talleres se realizarán en el Tranvía o en el C. Salud y serán de espalda sana, de relajación y de reanimación cardiopulmonar básica. Las reuniones del Equipo Andarinas de los Centros de Salud se realizarán en el CS y serán mensuales y las reuniones con El Tranvía serán bimensuales y se realizarán en el Tranvía o en el CS.

INDICADORES

Nº de paseantes/ nº de inscritos (estándar: > 50% en el 80% de los casos)
Encuesta de Satisfacción (estándar: nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes)
Encuesta de hábitos: realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar: en el 80% de los participantes)

DURACIÓN

La Evaluación se plantea a lo largo de todo el proceso: inicial, de seguimiento y final. Todos los integrantes realizarán funciones de evaluación en distintos momentos y en las reuniones de evaluación.
Encuesta de Satisfacción: Se valorará la satisfacción de andarinas y del equipo de trabajo.
Evaluación de Actividades: Se evaluarán las actividades con rejilla de observación y observador no participante/participante según la actividad. La observación será mixta, estructurada por medio de un check-list, y no estructurada por diario de campo.
Evaluación de Reuniones: por medio de las actas y por el desarrollo de las mismas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1091

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE SARAY APARICIO JUEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA LANZON CELESTE
RUIZ BARRANCO JESUS
FORMENTO MARIN NATALIA
CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA
QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ
GONZALEZ ENGUITA MANUEL
RIABTSRVA MARYNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado un grupo multidisciplinar con los componentes del equipo y representantes de los principales recursos del barrio y se ha establecido una relación y coordinación con ellos para el desarrollo del proyecto.

Se realizó un diagnóstico socisanitario de la zona, para conocer la situación de partida del barrio, sus necesidades y los recursos principales. Mediante una sesión, se transmitió esta información sobre las características de la Zona Básica de Salud Torre Ramona al resto de profesionales del centro.

También se delimitó el área geográfica que íbamos a mapear y se repartió en diferentes grupos de trabajo que salieron a mapear.

Conforme se iban identificando los recursos, se comprobaba en internet si tenían página web, para ampliar la información. Además, algunos de ellos se visitaron para ampliar la información sobre los recursos o actividades que ofrecen al barrio, como por ejemplo la fundación el tranvia, el hogar de mayores del IASS o el centro cívico salvador allende.

Por último, se compuso un mapa virtual, en la plataforma Google Maps y se presentó a todo el equipo participante y a los profesionales del centro de salud y se colgó una entrada y el enlace en el blog del centro de salud y otros recursos digitales para darlo a conocer a la población general. El mapa se dejó como un recurso abierto a modificaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores, a pesar de su dificultad para su valoración, se han cumplido satisfactoriamente:

En cuanto al Número de recursos identificados/ número de recursos totales x100.

Estándar: 90% El mapa virtual está abierto a modificación y de momento, ningún vecino ni profesional ha añadido ningún recurso más tras su elaboración. Por lo que creemos que se han identificado la mayoría de recursos.

Otro indicador, Número de personas clave de los recursos que acuden a la reunión/ número de personas clave convocadas a la reunión x100.

Estándar: 90% Se ha superado el estándar previsto, ya que en todas las reuniones han asistido el 100% de las personas convocadas.

Y por último, Visualizaciones del mapa desde que se cuelga en el blog/ visualizaciones del mapa desde su creación x100.

Estándar 40%

Las visualizaciones que tiene el blog actualmente son: 2893 visitas, un número mayor de lo esperado desde su creación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La bibliografía consultada, insistía en emplear una metodología participativa con la comunidad y a pesar de haber hecho participes a numerosas entidades del barrio, el desarrollo del proyecto ha sido en su mayoría llevado a cabo por el grupo promotor por falta de tiempo y difícil coordinación. Por lo que, una lección aprendida para futuros proyectos comunitarios, es intentar aumentar la participación ciudadana, pero en el plazo de un año es casi imposible comenzar y terminar un proyecto comunitario junto con el resto de nuestro trabajo diario en consulta.

Pero la satisfacción del personal que ha participado nos lleva a quedarnos con las ganas e ilusión de seguir realizando proyectos parecidos al mapeo de activos y de seguir en comunicación y trabajando en red, por una salud comunitaria mejor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1091

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1091 ===== ***

Nº de registro: 1091

Título
REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA

Autores:
APARICIO JUEZ SARAY, GARCIA LANZON CELESTE, RUIZ BARRANCO JESUS, FORMENTO MARIN NATALIA, CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA, QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ, GONZALEZ ENGUITA MANUEL, RIABTSRVA MARYNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde los años 70, el médico-sociólogo Aaron Antonovsky desarrolló la teoría de la salutogénesis. Esta teoría presenta la concepción del modelo de salud en positivo, centrado en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones a partir de los propios recursos, alejándose del enfoque biomédico centrado en la enfermedad.

Se considera que la salud no es un proceso aislado del entorno, ya que se ve influenciada por factores sociales y económicos, existe bibliografía que respalda la idea de proyectos que coordinan los servicios socio-sanitarios y los recursos de los barrios, haciendo a la población participe de su propia salud y mejorando la comunicación entre los diferentes profesionales y recursos.
Con el fin de integrar este modelo de atención en nuestra realidad y mejorar la comunicación del Centro de Salud y los recursos del barrio, nos propusimos desarrollar un mapa interactivo, que agrupara y mostrara todos los recursos que pueden mejorar la salud de la comunidad.

Un mapa de activos de salud se concibe como una herramienta para aumentar el conocimiento de los recursos a disposición de los profesionales y de la comunidad para aumentar el bienestar, conservar y/o mejorar la salud y ayudar a disminuir las desigualdades sociales.

El barrio de las Fuentes cuenta con una población de 42.192 habitantes, dividida en 2 Zonas básicas de Salud (Fuentes Norte y Torre Ramona).

Se trata de una población muy envejecida, con una tasa de envejecimiento del 213,70%, además cabe destacar que 1289 personas mayores de 84 años viven solas.

RESULTADOS ESPERADOS

-Realizar una reunión con los principales entes sociales y recursos del barrio para conocer las actividades del barrio y establecer lazos de conexión entre todos.

-Constituir un equipo de personas clave de las diferentes organizaciones del barrio.

-Realizar un mapeo de activos en el barrio de las Fuentes.

-Crear un mapa de activos interactivo y accesible a la población.

MÉTODO

La metodología de realización de un mapa de activos debe ser un modelo participativo con la comunidad, de manera que su resultado sea lo más representativo posible. Además, de favorecer la relación, el trabajo en red y la coordinación entre todas las entidades del lugar.

Para la realización se ha seguido una secuencia similar a la propuesta por Botello, pero adaptada a nuestras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1091

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA

capacidades, recursos y población:

Creación de un grupo multidisciplinar en el centro de salud para el desarrollo de la actividad.
Conocer la comunidad con la que vamos a trabajar, sus necesidades, recursos y posibilidades.
Delimitar el área geográfica.
Trabajo de campo del grupo de trabajo en la comunidad: Salir a conocer los recursos de la comunidad, identificar personas clave de las distintas entidades del barrio que promueven la salud.
Establecer relaciones con las personas clave de los recursos.
Visitar las webs de las entidades y se contrastará la información recopilada.
Creación de un mapa virtual en la plataforma Google Maps, denominado Las Fuentes Activa, abierto a la modificación de las personas y entidades del barrio.
Los recursos se clasificarán en diferentes categorías:
Recursos de salud, educación y formación, cultura y ocio, deporte y actividad física, juventud, mayores, asociaciones, parroquias y entidades religiosas, otros.
Visibilizar el resultado en el blog del centro de salud, accesible para los profesionales y toda la comunidad.

INDICADORES

Para la evaluación se desarrollará una encuesta de satisfacción para los profesionales que han participado, tanto del centro de salud como de los principales recursos.

Número de recursos identificados/ número de recursos totales x100.

Estándar: 90%

Número de personas clave de los recursos que acuden a la reunión/ número de personas clave convocadas a la reunión x100.

Estándar: 90%

Visualizaciones del mapa desde que se cuelga en el blog/ visualizaciones del mapa desde su creación x100.

Estándar 40%

DURACIÓN

El proyecto comienza en enero, con la revisión bibliográfica, y reunión con las diferentes personas involucradas del centro de salud.

En marzo se crea el equipo multidisciplinar del centro de salud.

En abril- mayo se estudia las características de la comunidad.

Durante los meses de junio, julio, septiembre y octubre se delimitará el área geográfica y se saldrán a conocer y recopilar los recursos.

En noviembre se realizará una reunión con las personas clave de los recursos y entidades del barrio.

Durante diciembre, enero, febrero y marzo se recopilará la información y se creará el mapa virtual.

Para en abril visibilizarlo en el blog del centro de salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE EDGAR PEÑA GALO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMOS CACERES MARIA
GARCIA LANZON CELESTE
GARRIDO BALLESTEROS SERGIO
BALLESTA FUENTES JOSE
OTEGUI ILARDUYA LUIS
IRIBARNE FERRER MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dentro del plan de mejora para el 2017 del centro de salud Torre Ramona, se incluyó el proyecto de "Estudio poblacional sobre riesgo cardiovascular en Torre Ramona, diseño de un sistema de vigilancia epidemiológica". Como primera actividad fue la realización de un protocolo, para contar con la aprobación de la dirección de AP en el sector 2 para el uso de la base de datos poblacional de Torre Ramona (obtenido en 25 de junio 2018). La segunda actividad fue realizar un análisis de prevalencia de los principales factores de RCV (HTA, DLP, DMT2, TABACO y OBESIDAD) para poder identificar a la población diana, y la tercer actividad realizada en esta primera fase fue medir el nivel de alfabetización en salud (NAFS) de la población hipertensa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La población de estudio fue 9.323 (mujeres: 59,4%). La prevalencia de DM fue de 7,3% (IC95%: 6,7-7,8) siendo mayor en hombres 7,9% vs mujeres 6,8% (p=0,02). El 13,6% son fumadores (IC95%: 12,8-14,2), prevaleciendo más en hombres (17,2%) que en mujeres (11,1%), valor de p <0,01. La prevalencia de HTA, DLP y obesidad fueron de 21,7%, 22,4% y 11,2% respectivamente, no observándose diferencias estadísticas entre sexos. En relación al NAFS, de forma global entorno a un tercio de la población presenta un nivel suficiente o excelente. En relación al apartado de NAFS en prevención de la enfermedad este indicador se mantuvo en hombres 35.3% pero bajo en las mujeres hasta el 16%, y al medir la percepción sobre el acceso al médico de cabecera únicamente el 60% de las mujeres reflejo que es muy fácil en contraste al 88% de los hombres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De forma global los FRCV y el NAFS en Torre Ramona tienen una distribución similar a la española. Es necesario realizar una intervención dirigida para mejorar el nivel alfabetización en la población general, y a su vez enfocada en la prevención de la enfermedad CV a nivel individual.

7. OBSERVACIONES.

esta es la primera fase del proyecto de mejora, la identificación de puntos a mejorar e identificar la población diana. Durante el 2019, se desarrollará la segunda fase, en cual seleccionaremos un grupo de pacientes con al menos un FRCV y se desarrollara una intervención individual para mejorar el NAFS y luego poder medir su impacto con indicadores objetivos ya presentados.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1352 ===== ***

Nº de registro: 1352

Título

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Autores:

PEÑA GALO EDGAR, OTEGUI ILARDUTA LUIS, SAURAS YERA INES, BARCONES MOLERO MARIA FE, GARCIA LANZON CELESTE, RIABTSEVA MARYNA, AMATRIAIN BOLEAS EDURNE, FLORIANO RAMOS BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS

Sexo Ambos sexos
Edad Adultos
Tipo Patología Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Cronico
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades de origen vascular constituyen uno de los principales problemas de salud en España, son responsables de la mayor pérdida de años potenciales de vida y carga económica para el sistema sanitario. La prevención primaria de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables como la diabetes mellitus, la hipertensión o la dislipemia, el tabaquismo o la obesidad, constituyen una de las estrategias más importantes para reducir su incidencia. Las estrategias de abordaje pueden ser poblacionales o individuales, ambas complementarias, pero en esta última se fundamenta la identificación de las personas con mayor riesgo. La Atención Primaria juega un rol importante en esta estrategia con mayor posibilidad de éxito debido a que es donde un individuo con FRCV se visualiza de forma integral. Existen guías clínicas que establecen medidas farmacológicas y no farmacológicas, todas ellas con beneficios demostrados pero los registros europeos demuestran un cumplimiento sistemáticamente bajo. Entre la causa más común de esta baja adherencia encontramos tratamientos complejos, efectos adversos, edades avanzadas de los pacientes, bajo apoyo familiar, entre otros. Por ese motivo se hace necesario mejorar el enfoque de la consulta en la intervención con el paciente de FRCV alto al que se le realice un seguimiento repetido.

Los criterios de inclusión son: pacientes diabéticos con mal control metabólico (HbA1c > 7%), dislipemias de difícil manejo, pacientes con evento coronario previo (IAM o angina con sospecha documentada), HTA de difícil manejo o Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar el nivel de alfabetización en salud de los pacientes con RCV de difícil manejo
Captar la mayor parte de pacientes en riesgo cardiovascular
Disminuir la probabilidad de aparición de eventos cardiovasculares
Alcanzar las metas propuestas según las guías de práctica clínica europeas
Mejorar los indicadores de cumplimiento en cartera de servicios

MÉTODO

Las actividades están enfocadas en intervenciones de nivel individual, con un componente asistencial y otro comunitario.

- Definir los criterios organizativos para el seguimiento: profesionales, horarios y circuitos.
- Identificación de los casos a incluir en seguimiento y captación
- En lo referente al componente asistencial su particularidad radicará en la identificación de aquellos factores farmacológicos, etiológicos y sociales que limiten el alcance adecuado de los objetivos planteados en relación a las guías clínicas europeas.
- En cuanto al enfoque comunitario de plantea hacer visitas domiciliarias para conocer el contexto del paciente y partiendo de este, proponer alternativas que le ayuden a cambiar el estilo de vida, mejorar la adherencia al tratamiento y estrechar la relación con el equipo sanitario.

INDICADORES

Directos: Son los factores modificables y objetivables en cada paciente incluido en estudio
Porcentaje de pacientes no fumadores: objetivo 40%.
Porcentaje de pacientes con LDL <70 mg/dl y colesterol NoHDL <100 mg/dl: Objetivo 50%
Porcentaje de pacientes Tensión arterial: PAS < 140 y PAD <90: objetivo 50%
Porcentaje de pacientes diabéticos con HbA1c < 6,5% en paciente con DM < 10 años y <8% en paciente con DM > 10 años: Objetivo 50%
Porcentaje de pacientes con una correcta adherencia al tratamiento farmacológico: Objetivo 80%
Porcentaje de pacientes sin enfermedad cardiovascular con RCV valorado y estratificado: Objetivo 80%
Indirectos: Están conformados por aquellos indicadores de implicación global en los resultados del EAP respecto a DM, LDP, HTA y RCV.

DURACIÓN

La duración del proyecto se fijan para dos años.
Julio- Agosto 2018 realización de los aspectos organizativos y logísticos. Identificación de casos
Segundo semestre del 2018 a primer semestre de 2019 captación de pacientes y primera evaluación.
Segundo semestre del 2019 a primer semestre de 2020 captación de pacientes y evaluación final del proyecto.

OBSERVACIONES

Los puntos críticos del programa están en el tiempo necesario para dar cobertura a dichos pacientes, tanto en el ámbito asistencial en el centro de salud como en el domicilio. Esto se debe a que el punto fuerte del proyecto es optimizar los recursos farmacológicos, asistenciales y sociales.
El CS TorreRamona acoge la formación de MIR y EIR de la especialidad familiar y comunitaria. Esta actividad puede ser beneficiosa para mejorar sus habilidades y destrezas de trabajo en equipo, mejorando la visión global de pacientes con RCV y planificación estratégica comunitaria.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE EDGAR PEÑA GALO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMOS CACERES MARIA
GARCIA LANZON CELESTE
GARRIDO BALLESTEROS SERGIO
BALLESTA FUENTES JOSE
OTEGUI ILARDUYA LUIS
IRIBARNE FERRER MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al estructurar el plan de mejora del 2017 se incluyó dicho proyecto de mejora en el C/S de Torre Ramon. La primer actividad realizada fue un protocolo para la aprobación por parte de la Dirección del Sector, Zaragoza para el uso de la base de datos poblacional del centro (Obtenido el 25 de Junio, 2018). Luego se realizó una exploración poblacional para identificar la población diana y medir el nivel de alfabetización en salud (NAFS) utilizando la encuesta HLS-EU-Q86 (European Health Literacy Survey) versión en español y validada para Europa, también se obtuvieron los siguientes datos en OMI: fumadores, colesterol LDL, colesterol total, TA (PAS/PAD) y HbA1C en los últimos 3 meses. En un segundo momento se midió el nivel de adherencia terapéutico con el test Morisky-Green, con una intervención individual y focalizada en el paciente. Finalmente, 6-8 meses se volvió a medir en OMI: fumadores, colesterol LDL, colesterol total, TA (PAS/PAD) y HbA1C, con el objetivo de estimar los indicadores propuestos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Del total de la población (n = 9323) seleccionada de la base poblacional de Torre Ramona el 59.8% fueron mujeres, de este total únicamente 127 cumplieron los criterios de inclusión: paciente diabético con mal control metabólico (HbA1c > 7%), dislipemia de difícil manejo, paciente con evento coronario previo (IAM o angina con sospecha documentada), HTA de difícil manejo o insuficiencia cardiaca congestiva (ICC). En relación al NAFS en este grupo, observamos que más del 60% tenía una mala alfabetización sanitaria (inadecuada y/o problemática) con independencia del sexo (hombres: 58.9; mujeres: 72.0%; valor de p 0.520) y en relación a la adherencia terapéutica, esta fue inferior al 55%, siendo para hombres y mujeres 52% y 54% respectivamente con un valor del p 0.629. Tras intervención logramos cumplir con el indicador de paciente no fumador en ambos sexos (32%), el porcentaje de pacientes con LDL <70mg/dL y colesterol total <100mg/dL medido únicamente en pacientes con evento coronario fue de 6 pacientes sobre un total de 7 lo cual representa el 85.7%. En relación a la tensión arterial (PAS < 140 y PAD <90) se logró en el 71.6% del total. Finalmente, el porcentaje de pacientes diabéticos tipo 2 con HbA1c <6.5% con menos de 10 años de evolución fue de 69.3% y en pacientes con diabetes tipo 2 mayor a 10 años con HbA1c <8% fue del 81.8%. Al medir la adherencia terapéutica tras la intervención no logramos el objetivo del 80%, ya que esta se logró en 93 pacientes, representando el 73.2%, pero si se incremento casi un 20% en relación a la inicial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de actividades de intervención a nivel comunitario requieren de un esfuerzo extra sobre el tiempo de trabajo. Se necesitan realizar mayor número de actividades con el objetivo de mejorar la alfabetización en salud y la adherencia a los tratamientos terapéuticos para optimizar los recursos disponibles.

7. OBSERVACIONES.

Los puntos críticos fueron la captación y seguimiento de dichos pacientes, para poder realizar las mediciones tanto en cuestionarios como en analíticas y eventos CV durante el desarrollo de las diferentes fases del mismo. Por otro lado, permitió que MIREs e EIREs pudieran participar en diferentes momentos de dicho proyecto (realizar encuestas, búsqueda de información en OMI-ap, análisis de los resultados, etc.)

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1352 ===== ***

Nº de registro: 1352

Título
ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Autores:
PEÑA GALO EDGAR, OTEGUI ILARDUTA LUIS, SAURAS YERA INES, BARCONES MOLERO MARIA FE, GARCIA LANZON CELESTE, RIABTSEVA MARYNA, AMATRIAIN BOLEAS EDURNE, FLORIANO RAMOS BEATRIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Cronico
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Las enfermedades de origen vascular constituyen uno de los principales problemas de salud en España, son responsables de la mayor pérdida de años potenciales de vida y carga económica para el sistema sanitario. La prevención primaria de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables como la diabetes mellitus, la hipertensión o la dislipemia, el tabaquismo o la obesidad, constituyen una de las estrategias más importantes para reducir su incidencia. Las estrategias de abordaje pueden ser poblacionales o individuales, ambas complementarias, pero en esta última se fundamenta la identificación de las personas con mayor riesgo. La Atención Primaria juega un rol importante en esta estrategia con mayor posibilidad de éxito debido a que es donde un individuo con FRCV se visualiza de forma integral. Existen guías clínicas que establecen medidas farmacológicas y no farmacológicas, todas ellas con beneficios demostrados pero los registros europeos demuestran un cumplimiento sistemáticamente bajo. Entre la causa más común de esta baja adherencia encontramos tratamientos complejos, efectos adversos, edades avanzadas de los pacientes, bajo apoyo familiar, entre otros. Por ese motivo se hace necesario mejorar el enfoque de la consulta en la intervención con el paciente de FRCV alto al que se le realice un seguimiento repetido.

Los criterios de inclusión son: pacientes diabéticos con mal control metabólico (HbA1c > 7%), dislipemias de difícil manejo, pacientes con evento coronario previo (IAM o angina con sospecha documentada), HTA de difícil manejo o Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar el nivel de alfabetización en salud de los pacientes con RCV de difícil manejo
Captar la mayor parte de pacientes en riesgo cardiovascular
Disminuir la probabilidad de aparición de eventos cardiovasculares
Alcanzar las metas propuestas según las guías de práctica clínica europeas
Mejorar los indicadores de cumplimiento en cartera de servicios

MÉTODO

Las actividades están enfocadas en intervenciones de nivel individual, con un componente asistencial y otro comunitario.

- .- Definir los criterios organizativos para el seguimiento: profesionales, horarios y circuitos.
- .- Identificación de los casos a incluir en seguimiento y captación
- .- En lo referente al componente asistencial su particularidad radicarán en la identificación de aquellos factores farmacológicos, etiológicos y sociales que limiten el alcance adecuado de los objetivos planteados en relación a las guías clínicas europeas.
- .- En cuanto al enfoque comunitario de plantea hacer visitas domiciliarias para conocer el contexto del paciente y partiendo de este, proponer alternativas que le ayuden a cambiar el estilo de vida, mejorar la adherencia al tratamiento y estrechar la relación con el equipo sanitario.

INDICADORES

Directos: Son los factores modificables y objetivables en cada pacientes incluido en estudio
Porcentaje de pacientes no fumadores: objetivo 40%.
Porcentaje de pacientes con LDL <70 mg/dl y colesterol NoHDL <100 mg/dl: Objetivo 50%
Porcentaje de pacientes Tensión arterial: PAS < 140 y PAD <90: objetivo 50%
Porcentaje de pacientes diabéticos con HbA1c < 6,5% en paciente con DM < 10 años y <8% en paciente con DM > 10 años: Objetivo 50%
Porcentaje de pacientes con una correcta adherencia al tratamiento farmacológico: Objetivo 80%
Porcentaje de pacientes sin enfermedad cardiovascular con RCV valorado y estratificado: Objetivo 80%
Indirectos: Están conformados por aquellos indicadores de implicación global en los resultados del EAP respecto a DM, LDP, HTA y RCV.

DURACIÓN

La duración del proyecto se fijan para dos años.
Julio- Agosto 2018 realización de los aspectos organizativos y logísticos. Identificación de casos
Segundo semestre del 2018 a primer semestre de 2019 captación de pacientes y primera evaluación.
Segundo semestre del 2019 a primer semestre de 2020 captación de pacientes y evaluación final del proyecto.

OBSERVACIONES

Los puntos críticos del programa están en el tiempo necesario para dar cobertura a dichos pacientes, tanto en el ámbito asistencial en el centro de salud como en el domicilio. Esto se debe a que el punto fuerte del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

proyecto es optimizar los recursos farmacológicos, asistenciales y sociales.
El CS TorreRamona acoge la formación de MIR y EIR de la especialidad familiar y comunitaria. Esta actividad puede ser beneficiosa para mejorar sus habilidades y destrezas de trabajo en equipo, mejorando la visión global de pacientes con RCV y planificación estratégica comunitaria.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0244

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE EDURNE AMATRIAIN BOLEAS
· Profesión EIR
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LANZON CELESTE
RUIZ BARRANCO JESUS
IRIBARNE FERRER MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto se inicia en mayo de 2019 presentándose al EAP los objetivos a alcanzar y las actividades a realizar.

De esta manera se pretende incluir miembros interesados en participar así como informar al resto de compañeros para que tuvieran conocimiento de esta actividad y poder derivar a los pacientes desde la consulta. Se formó al personal y se prepararon los cuatro talleres sobre alimentación saludable, ejercicio físico, adherencia al tratamiento y deshabituación tabáquica.

La idea es que los talleres sean dinámicos y que los talleres sean participativos, así que aunque durante el taller se hace una explicación con Power Point como apoyo visual, se buscan actividades en las que los pacientes tengan que interaccionar (explicar recetas, leer etiquetas nutricionales...). Los talleres se llevan a cabo para un máximo de 15 personas por taller durante 1 hora aproximadamente)

Los recursos materiales necesarios para llevar a cabo los talleres son: sala multiusos del Centro de Salud, ordenador y proyector; que fueron proporcionados por el mismo centro.

El comienzo de los talleres se está retrasando al estar esperando la lista de los usuarios pertenecientes al Centro de Salud de Torre Ramona subsidiarios de participar en esta actividad, que serían los que han finalizado la fase II de RHC en el Hospital Provincial y en el Hospital Miguel Servet para poder comenzar con la captación de los pacientes.

En el mes de octubre, durante el desarrollo de las jornadas de la Sociedad Aragonesa de Enfermería Cardiológica se aprovechó para

establecer una mejor coordinación entre Primaria y Especializada con el fin de mejorar la captación de los pacientes que han terminado la fase II en los mencionados centros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por el momento no hay resultados puesto que el proyecto no se ha podido desarrollar como estaba previsto. Lo que ha mejorado es la educación a nivel individual al paciente cardiológico en la consulta de enfermería puesto que gracias a la formación recibida los profesionales se sienten más cómodos dando información en este ámbito. El proyecto continúa a la espera de captación de pacientes, ya que esto depende de conseguir la lista de pacientes que hayan finalizado la fase II de RHC. Cuando el número de pacientes interesados sea el suficiente de pacientes darán comienzo los talleres, puesto que ya se cuenta con la formación, profesionales y medios para llevarlo a cabo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El principal hándicap ha sido la falta de comunicación entre los niveles asistenciales lo que ha complicado la captación de pacientes y por lo tanto el llevar a cabo el proyecto.

Otro punto a destacar es que a los pacientes se les podría informar en el momento del alta a través de algún informe de enfermería en que acudan a su enfermera/o para entregar dicho informe y realizar un seguimiento, mejorando la calidad de vida de estos pacientes, la incrementarse la captación de pacientes subsidiarios de esta actividad así como un mejor control de manera individual, dando mayor visibilidad a la figura de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/244 ===== ***

Nº de registro: 0244

Título
IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
AMATRIAIN BOLEAS EDURNE, GARCIA LANZON CELESTE, RUIZ BARRANCO JESUS, IRIBARNE FERRER MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0244

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La alta prevalencia y coste económico de los Enfermedades Cardiovasculares (ECV) hacen necesario ampliar el enfoque de su tratamiento con la prevención y promoción de la salud a la vez que se controlan los factores de riesgo ligados a estas patologías. Una actuación importante en el campo de la prevención secundaria de las ECV son los Programas de Rehabilitación Cardiaca (PRC).
Son numerosos los estudios que evidencian una mejoría en la calidad de vida así como disminución de la mortalidad tras los programas de rehabilitación cardiaca. Sin embargo, pese a los resultados y al efecto positivo coste-efectividad el desarrollo de estos programas es insuficiente en el mundo.
En la actualidad, la fase I y II de los PRC se encuentran en activo en nuestro sector. Sin embargo, la fase III, que consiste en mantener los hábitos de vida saludables adquiridos en las fases previas del programa y la cual se debería abordar desde atención primaria, no se encuentra implantada en este momento.

RESULTADOS ESPERADOS

Generales

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular.
Reducir la mortalidad global y de causa cardiovascular en cardiopatía isquémica y en insuficiencia cardíaca, así como los reingresos.

Específicos

Mantener la capacidad funcional adquirida en la Fase II.
Disminuir los signos y síntomas de la enfermedad de base, tanto en reposo como en el esfuerzo, mejorando así la calidad de vida.
Promover un estilo de vida activo y saludable, mejorando la reinserción socio-laboral.
Mejorar la función cardiovascular, la capacidad física de trabajo, fuerza y flexibilidad.
Apoyo psicológico del paciente y sus familiares para entender y saber llevar la enfermedad cardiovascular con conciencia y corrección del estilo de vida.
Educar a los pacientes para el control de factores de riesgo coronario, alimentación saludable e incorporación de la actividad física.

MÉTODO

La población diana a la que va dirigido el programa son pacientes con ECV que hayan realizado la Fase II del PRC y pertenezcan al centro de salud.
Las actividades que se van a ofertar son 4 talleres grupales sobre los siguientes temas:
Alimentación saludable: promoción de la dieta mediterránea, conocimiento del etiquetado nutricional y elaboración de la cesta de la compra.
Ejercicio físico: habituación al ejercicio físico, correcto desarrollo de la actividad y conocimiento de los limitantes físicos.
Adherencia al tratamiento: aprendizaje de su enfermedad y del tratamiento con la finalidad de que adquieran conocimientos para involucrarse de forma activa en su tratamiento.
Deshabitación tabáquica: reforzar la conducta de abandono del hábito tabáquico y prevenir recaídas en el consumo.
Con el fin de garantizar la continuidad en la atención de estos pacientes en consultas de AP, se realizará una sesión formativa al EAP para orientar su actividad en el seguimiento de los pacientes que hayan realizado la Fase II de RHC.

Los talleres tendrán una duración entorno a 1 hora y media y con un número máximo de 15 participantes por taller. Se irán repitiendo ciclos de talleres, según se vayan captando pacientes.

INDICADORES

Nº pacientes interesados en realizar los talleres/Nº pacientes que han pasado por la Fase II de RHC
Nº pacientes acuden al taller de alimentación en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
Nº pacientes acuden al taller de ejercicio físico en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0244

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA

Nº pacientes acuden al taller de adherencia al tratamiento en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes acuden al taller de deshabituación tabáquica en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.

Estándar 60%

Nº pacientes que valoran con una puntuación de 8 o más su satisfacción con el programa de fase III/ Pacientes que participan en la encuesta de satisfacción.

Estándar 80%

DURACIÓN

Mayo de 2019: presentación del proyecto en equipo

Junio, julio y agosto de 2019: Organización del equipo de trabajo y preparación de los talleres

Septiembre de 2019: captación de los pacientes

Octubre, noviembre, diciembre y enero de 2019: realización de los talleres

Febrero de 2020: evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1188

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCION E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMONA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA SANTOS VISUS LOZANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AMATRIAIN BOLEAS EDURNE
TORRE PEREZ BELEN
GONZALEZ GUILLEN VIOLETA
BUJEDA HERNANDEZ DANIEL
LOPEZ VILLARROYA TRINIDAD
QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Comenzamos con el proyecto la ultima semana de mayo coincidiendo con la Semana Mundial Anti tabaco. El inicio fue con captación activa, utilizando una mesa informativa a la entrada del centro de salud y proporcionando información escrita a los fumadores que captábamos. A los que no estaban interesados en dejar de fumar se les proporcionaba consejo breve y a los interesados en hacer un intento se les citaba en ese mismo momento para una consulta monográfica en función de la disponibilidad de la agenda. Dicha consulta se realiza una vez a la semana quedando fijado como día el miércoles, comenzando en junio de manera voluntaria fuera de jornada laboral en horario de tarde por problemas de recursos humanos para sustitución. Durante los meses de julio, agosto y primera quincena de septiembre la consulta fue cubierta exclusivamente por los residentes tanto EIR como MIR en turnos de mañana y tarde según disponibilidad. A partir de esa fecha, las titulares de enfermería se hacen más cargo de la consulta al poder ser sustituidas. En la primera consulta se hace la acogida del paciente y se realizan los Test de Richmond y Fagerström para cuantificar motivación y dependencia. Además siguiendo las recomendaciones de la Guía Anti tabaco de la SemFyC se les pauta TSN como primera opción u otro tratamiento farmacológico si es necesario; en caso de enfermería se deriva a medicina para la prescripción. También llevamos a cabo una entrevista motivacional y proponemos terapia cognitivo conductual en todos los casos. Se realiza seguimiento telefónico a la semana de la fecha de cese de tabaco, ofreciendo consulta presencial si lo desean. El resto de consultas de seguimiento se realizan al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año, haciendo las primeras presenciales para luego pasar a telefónicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La fuente de información es el cuadro de mandos de OMI. Partíamos en mayo de 2019 : detección de tabaco de 5201 pacientes (37,31%). Para llegar a diciembre de 2019 con 7600 pacientes (45,24%). En intervención partíamos en mayo 2019 con 1371 pacientes (50,76%), para llegar en diciembre 2019 a 1730 pacientes (53,73%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En primer lugar, el proyecto ha cumplido con los objetivos propuestos. Para la sostenibilidad del proyecto es importante la implicación de los titulares del centro, para lo cual es necesario dotar de recursos humanos para su sustitución. Asimismo es necesario la formación de dichos profesionales ofreciendo cursos en la materia. Además para mejorar la calidad asistencial consideramos necesario que se nos dote de un cooxímetro en consulta. De cara al año que viene, continuaremos con el proyecto para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes promocionando hábitos de vida saludables .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1188 ===== ***

Nº de registro: 1188

Título
PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCION E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMONA

Autores:
VISUS LOZANO MARIA SANTOS, AMATRIAIN BOLEAS EDURNE, TORRE PEREZ BELEN, GONZALEZ GONZALEZ GUILLEN, RAMOS CACERES MARIA, CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA, GARCIA LANZON CELESTE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1188

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCION E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMONA

Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Nuestro resultado en la detección de consumo de tabaco en nuestro centro de salud en el 2018 ha sido menor que el año anterior (42,95%,) con una tendencia a la baja desde 2016 (47,56%), aunque nuestro resultado sea superior al del Sector y el Salud.
Así mismo, aunque nuestra tendencia en intervención sobre el tabaco va en aumento, el último año ha sido muy discreta, del 48,99% al 49,13% y es inferior al Sector y el Salud.
La principal causa es la variabilidad entre los cupos con variaciones en la detección del 16,94% al 73,33% y en la intervención entre el 14,78% al 85,20%. Nuestra estrategia de estos años se ha basado en disminuir esa variabilidad con sesiones de formación para mejorar la actividad y el registro en OMI-AP, también en mejorar la captación a través de carteles informativos en sala de espera para sensibilizar y ofertar el servicio. El tabaco es uno de los principales motivos de enfermedad y muerte en nuestro entorno y de ahí la importancia en incidir en su detección e intervención.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la detección de tabaco al 47,56% (dato del 2016) entre la población diana
Aumentar la intervención sobre tabaco (breve o intensiva) al 55% entre la población diana

MÉTODO

Nuestra estrategia se basa en realizar campañas de captación oportunista en los accesos al centro de salud a personas mayores de 15 años.
Se establece un puesto con cartelería e información escrita sobre el tabaco y con personal sanitario del centro (MIR, EIR o titulares). Se pregunta a los pacientes, si acepta, si fuma, en caso afirmativo si desearía hacer un intento de abandono. Si la respuesta es negativa se da consejo breve, se entrega información escrita y se oferta su profesional de referencia si cambia de opinión. En caso afirmativo se oferta cita en consulta monográfica de tabaco o con su profesional de referencia. Por último se toma dato de filiación y resultado de la intervención para su registro en OMI-AP.
Se ha estimado el número de personas que serían necesarias para alcanzar los objetivos: en la detección se estima unas 500 personas y en intervención la 200. Para calcular el número de jornadas calculara el rendimiento mediante una prueba piloto con dos profesionales.

INDICADORES

Porcentaje de mayores de 15 años con anamnesis sobre tabaco a 1 de diciembre de 2019 en cuadro de mandos del centro de salud.
Porcentaje de mayores de 15 años con episodio de tabaco e intervención sobre tabaco a 1 de diciembre de 2019 en cuadro de mandos del centro de salud.
Fuente: cuadro de mandos de los indicadores clínicos del acuerdo de gestión clínica.

DURACIÓN

Inicio Mayo 2019 y Fin Diciembre 2019
Mayo: Preparación de material, sesiones de formación e información al EAP y prueba piloto.
Junio a Noviembre: Actividad
Diciembre: Evaluación y conclusiones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1211

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP TORRE RAMONA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BRUSCAS ALIJARDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TORRE RAMONA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OTEGUI ILARDUYA LUIS
PEREZ ARANDA MARIA JESUS
BLESA RAMIREZ MARIA
SAURAS YERA CRISTINA INES
MONEO HERNANDEZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas. El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados. Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP TORRE RAMONA, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrandolo el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP EN ESES MOMENTO, Dra M^a José Bruscas Alijarde, ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

-Posteriormente, la responsable de antibióticos del EAP mencionada ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

- Abordaje de infecciones respiratorias: fecha 9/4/2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha 5/9/2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas
Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio

El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.

En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.

En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1211

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP TORRE RAMONA

herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo. - Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.

Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

- o Es destacable que en el EAP se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 12,2, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 14,52).

- o En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación. En diciembre 2018 el valor era del 3,50% siendo en diciembre 2019 de 2,50 % DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos:

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

- El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron del 42,94% y del 35,88% respectivamente.

En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 39,74% y del 29,49% respectivamente.

Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.

Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.

Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1211

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP TORRE RAMONA

aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.
Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.
Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1211 ===== ***

Nº de registro: 1211

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP TORRE RAMONA

Autores:
BRUSCAS ALIJARDE MARIA JOSE, OTEGUI ILARDUYA LUIS, PEREZ ARANDA MARIA JESUS, BLESAS RAMIREZ MARIA, SAURAS YERA CRISTINA INES, MONEO HERNANDEZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Aunque los factores causantes del problema son diversos, el uso excesivo e inapropiado de ATB se sitúa entre los principales. En cuanto al consumo de ATB, España (DHD receta oficial 16,17) es uno de los países con un mayor consumo y altas tasas de resistencias, y más concretamente Aragón (DHD receta oficial: 17,78) se sitúa por encima de la media nacional. En 2017 en el Sector Zaragoza II el 80% de los antibióticos se prescribieron en el ámbito de Atención Primaria, suponiendo una DHD de 15,11. La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tiene especial repercusión en la reducción del consumo de antibióticos. A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando diferentes acciones en esta línea. Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP TORRE RAMONA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados.

RESULTADOS ESPERADOS
• Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas.
• Actualizar a los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
• Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO
1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA.
2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1211

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EAP TORRE RAMONA

- N° de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
- N° de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico. Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados: consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100. Valor 2018: 3,2 %. Objetivo 2019: =2,0
- Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias .Valor 2018: 42,94 %. Objetivo 2019: Disminuir
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias. Valor 2018: 35,88 %. Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con infecciones del tracto urinario por parte de la responsable.
-Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo y revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018 por parte de todos los participantes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1564

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE GALBE SANCHEZ-VENTURA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
METOLA LOZA JULIA
VILLANUEVA RODRIGUEZ CARMEN
BALAGUE CLEMONS CONCHA
CANCER RABINAL ROSA
MAINER SANMARTIN MARIA PAZ
MARCOS MAYOR LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
.-Creación de comisión de lactancia materna del centro
.-Exigir cumplimiento de normativa de no publicidad de leches comerciales
.-Funcionamiento regular de grupo de lactancia materna
.-Solicitar acreditación IHAN para el centro Fase I
.-Iniciar plan de formación sobre lactancia para el centro
.-Realizar encuestas de prevalencia en el centro
.-Hacer del centro lugar hábil para la lactancia materna

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
.-Primera visita 6,8 d
.-LM <15 días 84,9% sobre 80% de objetivo
.-LM <6 meses:33% (??) sobre 50% de objetivo (dudas sobre esta cifra. en revisión)
.-LM 6 a 12 meses: 61% sobre 35% de objetivo
.-LM 12 a 24 meses:37% sobre 25% de objetivo
.-Funcionamiento regular del Grupo de LM
.-Creación de la comisión de LM del Centro
.-Cumplimiento de la normativa sobre publicidad de alimentos comerciales
.-Hacer de Torrero la Paz centro hábil para LM en todo el centro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
.-Mejoría en la implicación de todo el equipo en temas de LM
.-Inicio de consultoría individual sobre LM
.-Funcionamiento semanal del Grupo de LM
.-Mejora en tasas de LM sobre todo 6-12 meses y 12 a 24 meses
.-Pendiente implementar plan de formación para el equipo
.-Pendiente acreditación IHAN
.-Mejoras en la satisfacción de las familias
.-Mejoras en la relación clínica

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1564 ===== ***

Nº de registro: 1564

Título
PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN

Autores:
GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE, VILLANUEVA RODRIGUEZ CARMEN, METOLA LOZA JULIA, MARCOS MAYOR LAURA, MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, SANZ MARTINEZ LAURA, GARCIA JULVEZ MARIA, VALTUEÑA CAMACHO MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1564

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN

Otro Tipo Patología: Salud Promoción LM Disminucion de la morbimortalidad maternoinfantil
Línea Estratégica : Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos,
Otro tipo Objetivos: Satisfacción usuarios

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Centro con gran incremento de la población pediátrica. Unos 3500 niños de ellos 900 por debajo de 1 año. Desde 2010 se trabaja con un proyecto de mejora de promoción de la lactancia materna (LM). en le momento actual se propone la acreditación del CS con arreglo a la normativa de la IHAN (unicef/OMS)
ver enlace
:http://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-centro-de-salud-ihan/como-ser-centro-de-salud-ihan-fase-1d/

RESULTADOS ESPERADOS
.-Acreditación IHAN primera fase 2018
.-Lograr acreditación completa 2020
.-Creación de comisión de lactancia de Torrero la paz
.-Estudio de prevalencia de LM mediante encuesta
.-Estudio de prevalencia de LM de en el día anterior a la primera visita en el CS
.-Habilitar el CS como espacio hábil para la Lactancia materna
.-Crear areas de privacidad para LM por si se solicitan
.-Monitorizar el cumplimiento sobre publicidad de sucesos de LM
.-Iniciar formación de todo el personal del centro en LM
.-Ofrecer servicio de consulta de LM en las consultas de pediatría
.-Mantener Grupo semanal de LM
.-Realizar un tríptico informativo sobre LM
.-Realizar la primera visita al recién nacido a las 48-72 h del alata en maternidad

MÉTODO
.- Creación de comisión de lactancia de Torrero la paz
.-Estudio de prevalencia de LM mediante encuesta
.-Estudio de prevalencia de LM de en el día anterior a la primera visita en el CS
.-Habilitar el CS como espacio hábil para la Lactancia materna
.-Crear areas de privacidad para LM por si se solicitan
.-Monitorizar el cumplimiento sobre publicidad de sucesos de LM
.-Iniciar formación de todo el personal del centro en LM
.-Ofrecer servicio de consulta de LM en las consultas de pediatría
.-Mantener Grupo semanal de LM
.-Realizar un tríptico informativo sobre LM
.-Realizar la primera visita al recién nacido a las 48-72 h del alata en maternidad

RECURSOS:
.-Encuestas a realizar por MIR del Propio centro
.-Grupo de lactancia pediatra y matrona
.-Primera visita al RN en la primera semana : Admisión
.-Cumplimiento normativa de publicidad: Pediatría
.-Consulta de LM: pediatría y matrona
.-Formación: Pediatría Matrona y Dirección de AP para formación acreditada en sector II

INDICADORES
.-Edad primera visita en el CS
.-Num de LM exclusiva en la primera visita/RN atendidos (encuesta)
.-Monitorización de cumplimiento de normativa de publicidad en CS Cada 6 meses. Num de incidencias /6 m
.-Num de consultas de LM/Num de consultas menores de 2 a
.-Num de sesiones de grupo de LM con registro de asistencia
.-Prevalencia de LM por encuesta en menores de 2 años (encuesta)
.-Num de profesionales que reciben formación acreditada sobre LM 207-2018/num profesionales del CS

DURACIÓN
.-Realizar acreditación IHAN primera fase y superar la auditoría IHAN 2018
.-Acreditación completa del CS en 2020

OBSERVACIONES
.-Programa ya comentado con dirección de AP pendiente de firma por parte de la gerencia del sector II ya que las auditorías externas y la propia formación acreditada generan costes.
Sin embargo existe la evidencia internacional de lo rentable de la acreditación IHAN en términos de salud así como también económicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1564

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1583

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA VALTUEÑA CAMACHO
· Profesión MIR
· Centro CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA JULVEZ MARIA
SANZ MARTINEZ LAURA
VALENCIA DOBLAS MARIA ANGELES
MARTINEZ MILIAN JOSE ANGEL
MURILLO MARTIN ALBERTO
MARCOS MAYOR LAURA
MARIN SUBERO IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Abril de 2017 se creó el grupo de cirugía menor y se inició una revisión de bibliografía para la elaboración de un protocolo propio para el centro que detallara las actuaciones quirúrgicas que se iban a realizar, precisar la patología sugestiva de derivación y explicar el circuito asistencial y realizar una vía de derivación y recepción de solicitudes de intervención. Así mismo se detalló la documentación necesaria a reflejar en la historia clínica previa a la realización de la cirugía (descripción de la lesión y número, consentimiento informado firmado) . En dicho protocolo se detalló también el circuito de vuelta a la consulta de su equipo de atención primaria con la necesidad de una valoración a las 24-48 horas de la intervención para valorar las complicaciones y de existir notificarlas al equipo responsable de cirugía.

Así mismo se ha elaborado un cartel informativo para la consulta donde se realiza la cirugía para realizar una correcta limpieza y desinfección del material reutilizable usado durante la sesión quirúrgica.

Una vez realizado el protocolo se detalló un listado de material necesario para la realización de los actos quirúrgicos y tras la revisión del ya existente, se realizó solicitud a través del coordinador de enfermería del centro del material necesario para completar los equipos básicos.

En Junio de 2017 se realizaron varias sesiones de formación en primer lugar del equipo responsable de cirugía menor y posteriormente se extendió a todo el personal del centro sanitario que estuviera interesado en colaborar en la consulta de cirugía (tanto médicos como enfermeros)

En Septiembre de 2017 se presenta en sesión clínica el protocolo finalizado con la información de la patología que se va a intervenir, el circuito asistencial y otros detalles acerca del proceso realizado al equipo completo del centro de salud.

En Octubre de 2017 es creada la agenda de citas para iniciar la asistencia, así mismo en la sala donde se va a llevar la actividad se crea una base de datos donde poder reflejar la actividad realizada (detallando fecha y hora de la intervención, información del paciente y médico/enfermero responsable de la actividad, diagnóstico previo y resultados de anatomía patológica posterior). Debido a la falta de material en un inicio existen dificultades para llevar la actividad planificada al 100% por lo que se van realizando intervenciones aisladas a la espera de poder comenzar con la agenda completa cuando se disponga de material suficiente para asegurar la correcta asistencia.

En Enero 2018 aumenta el número de intervenciones realizadas y se va estableciendo entre los profesionales del centro la derivación de las patologías con posible intervención.

Febrero 2018 se evalúan los indicadores propuestos para la valoración asistencial que detallamos más adelante en el apartado de resultados alcanzados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

100% de cumplimentación de consentimiento informado previo a cirugía --> obtenido de base de datos de actividad; (Nº de pacientes intervenidos con el CI cumplimentado / No de pacientes intervenidos) x100

30% de cumplimentación de hoja de valoración prequirúrgica --> obtenido de base de datos de actividad; (Nº de pacientes intervenidos con la hoja de valoración prequirúrgica correctamente cumplimentada / No de pacientes intervenidos) x 100

9% de complicaciones (por infección de la herida quirúrgica)--> obtendo de base de datos de actividad; (Nº de pacientes con algún tipo de complicación postquirúrgica/No total de pacientes intervenidos) x 100

Demora media desde la derivación hasta la realización de la cirugía de 3 semanas --> calculado mediante la revisión de hojas de derivación

Grado de satisfacción de los pacientes intervenidos de 4,5/5. --> calculado por encuesta de satisfacción

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe una gran satisfacción tanto por parte de los profesionales que han sido instruidos y realizan una actividad nueva en su práctica clínica habitual con buenos resultados y posibilidad de continuar y profundizar en la formación; como por parte de los pacientes a los cuales se han realizado intervenciones que en consultas de atención especializada no se han realizado por sobre acumulo de trabajo y en muchos otros casos se ha realizado con mayor premura que si se hubiera realizado una derivación con buenos resultados.

Para esta nueva fase nos queda aún pendiente poder sistematizar de manera adecuada la agenda de la consulta, lo cual está preparado para hacer en el momento en el que exista una cantidad adecuada de material para poder

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1583

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

llevar a cabo todas las intervenciones planificadas.

Así mismo se ha estudiado la posibilidad de crear un nuevo espacio acondicionado tan sólo para esta actividad ya que en el momento actual se encuentra en una sala en la que se realizan otras actividades del centro.

Como recomendación acerca del proceso que hemos realizado es que para poder iniciar un proyecto de este calibre debe haber una buena planificación previa para asegurarse de poder contar con todo el personal necesario para llevarla a cabo y que la dotación material sea la adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1583 ===== ***

Nº de registro: 1583

Título
CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRERO - LA PAZ

Autores:
VALTUENA CAMACHO MARTA, GARCIA JULVEZ MARIA, SANZ MARTINEZ LAURA, VALENCIA DOBLAS MARIA ANGELES, MARTINEZ MILIAN JOSE ANGEL, MURILLO MARTIN ALBERTO, MARCOS MAYOR LAURA, MARIN SUBERO IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Cirugía Menor (CM) en Atención Primaria (AP) ha demostrado mejorar los tiempos de demora en Atención Especializada (AE) siendo además costo-efectiva y satisfactoria tanto para los pacientes como para el personal sanitario implicado. Esta actividad está incluida en el Real Decreto 63/1995 de Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y se encuentra dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Aragón.

Se ha planteado por tanto la creación de una consulta de cirugía menor, que al permitir abordar el tratamiento de lesiones por el equipo del centro de salud disminuiría el número de derivaciones al servicio de dermatología y cirugía general.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implantar un protocolo de cirugía menor en el Centro de Salud en el que se desarrolle el circuito de derivación desde la consulta hasta su resolución.
- Disminuir la carga asistencial y la lista de espera que estas patologías general en Atención Especializada.
- Formación del equipo de Atención Primaria en la realización de técnicas de cirugía menor.
- Acercar el servicio al usuario, evitando grandes desplazamientos y tiempos de espera que se darían en un servicio especializado.

Población diana: Pacientes del Centro de Salud Torrero - La Paz mayores de 18 años con lesiones tratables según la cartera de servicios de Atención Primaria.

MÉTODO
1.Creación del grupo de trabajo.
2.Revisión de la bibliografía y protocolos de otros centros.
3.Redacción de un protocolo de cirugía menor en el que se defina el circuito asistencial, la patología a tratar y el seguimiento posterior.
4.Información del proyecto al resto del equipo del Centro de Salud.
5.Elaboración de un listado con el material necesario, que debe estar disponible antes de comenzar la consulta de cirugía menor.
6.Realización de un cartel informativo sobre la limpieza y desinfección del material utilizado.
7.Creación de una base de datos en la que se registre la actividad realizada.
8.Formación del equipo de Atención primaria por un médico especialista en cirugía plástica y sesiones posteriores a cargo de los responsables del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1583

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

INDICADORES

Los datos se obtendrán de la base de datos donde se registre la actividad, la historia clínica y las encuestas de satisfacción.

Indicadores de proceso:

- Porcentaje de cumplimentación del consentimiento informado:

(Nº de pacientes intervenidos con el CI cumplimentado / Nº de pacientes intervenidos) x100.

- Porcentaje de cumplimentación de hoja de valoración prequirúrgica:

(Nº de pacientes intervenidos con la hoja de valoración prequirúrgica correctamente cumplimentada / Nº de pacientes intervenidos) x 100

Indicadores de resultado:

- Porcentaje aparición de complicaciones postquirúrgicas:

(Nº de pacientes con algún tipo de complicación postquirúrgica/Nº total de pacientes intervenidos) x 100.

- Demora desde la derivación del paciente hasta la intervención.

- Grado de satisfacción de los pacientes.

Se realizará encuesta a los pacientes durante la visita para revisión de herida quirúrgica o retirada de puntos en la que se valorará la satisfacción, el dolor y la aparición de complicaciones.

DURACIÓN

Abril 2017: Inicio del proyecto y creación del grupo de trabajo.

Abril, mayo y Junio 2017: Revisión de la bibliografía y protocolos de otros centros.

Mayo - Julio 2017: Redacción de un protocolo de cirugía menor en el que se defina el circuito asistencial, la patología a tratar y el seguimiento posterior.

Junio 2017: Elaboración de un listado con el material necesario, que debe estar disponible antes de comenzar la consulta de cirugía menor.

Junio 2017: Realización de un cartel informativo sobre la limpieza y desinfección del material utilizado.

Junio 2017: Creación de una base de datos en la que se registre la actividad realizada.

Junio - Septiembre 2017: Formación del equipo de Atención primaria por un médico especialista en cirugía plástica y sesiones posteriores a cargo de los responsables del proyecto.

Julio 2017: Información del proyecto al resto del equipo del Centro de Salud.

Mayo 2018: evaluación del proyecto para detectar oportunidades de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0158

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN EL IES BLECUA- CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ALMUDENA MARCO IBAÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABAT PONS RAQUEL ESTHER
GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA
MARCOS MAYOR LAURA
SANZ MARTINEZ LAURA
BABIANO CASTELLANO BELEN
GARCIA CACHO MILAGROS
GIMENO SANZ ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente se creó un equipo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente del centro escolar, se revisó bibliografía disponible y actividades similares realizadas en otras instituciones, se consensuó población diana y se elaboró el contenido de ambos talleres (Hábitos de vida saludable y Escuela de espalda sana, unificándose ambos en un mismo Proyecto de Mejora de Calidad, identificado con el número 2018_0158 de los Acuerdos de Gestión), utilizando como material de apoyo diapositivas en formato ppt, programa Kahoot (para favorecer la participación interactiva de los estudiantes y fomentar el trabajo en grupo) y uso de las instalaciones del gimnasio del centro de salud para poner en práctica los conocimientos aprendidos, bajo la supervisión de la fisioterapeuta. También precisamos de la utilización de ordenador portátil, proyector, sala multiusos con sillas y colchonetas y material impreso en papel (encuestas de evaluación de conceptos adquiridos). La elaboración de las dos ediciones de estos talleres (año 2018 y año 2019), fueron posibles gracias a la coordinación de las Trabajadoras Sociales del Centro de Salud y el centro escolar, con la participación del personal sanitario encargado de su impartición y el profesorado asistente. Fue posible realizar las actividades programadas de acuerdo al calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El total de asistentes a cada taller fue de 70 alumnos de edades comprendidas entre los 12 y los 14 años, valor concordante con lo planificado, lográndose una asistencia global del 100%. En ambas ediciones, en el test de evaluación del taller de Hábitos de vida saludables, se plantearon 5 preguntas sobre los conceptos teóricos explicados, cada una de ellas con 4 posibles respuestas, obteniéndose un porcentaje global de aciertos del 76%; por su parte tras el taller de Escuela de espalda sana se entregó una encuesta de evaluación con 10 preguntas, con 4 posibles respuestas cada una, siendo el porcentaje total de aciertos del 70%. Tanto por el grado de participación de los asistentes como por los resultados numéricos registrados, el resultado alcanzado en estos talleres fue satisfactorio tanto para los organizadores como para los participantes en ellos (satisfacción de 4.5 sobre 5 en escala de 1-5), consensuándose programar futuras ediciones, para aclarar y afianzar conceptos, y valorar la posibilidad de ampliar los temas abordados con temática como RCP básica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a esta actividad hemos mejorado nuestro conocimiento acerca de la elaboración y puesta en marcha de un programa de educación para la salud, hemos podido acercar el centro de salud e informar sobre sus recursos y componentes a los alumnos de un centro escolar de nuestra Zona y hemos podido apreciar como nuestro trabajo y recomendaciones pueden llegar a tener una importante repercusión sobre su salud y su calidad de vida. Esperamos que en años venideros sea posible la permanencia de esta iniciativa con la implicación de otros compañeros y la continua colaboración multidisciplinar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/158 ===== ***

Nº de registro: 0158

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL IES BLECUA - CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ

Autores:
MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, LABAT PONS RAQUEL ESTHER, VALTUEÑA CAMACHO MARTA, MARCOS MAYOR LAURA, GARCIA JULVEZ MARIA, SANZ MARTINEZ LAURA, BABIANO CASTELLANO BELEN, GARCIA CACHO MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0158

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN EL IES BLECUA- CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades Comunitarias
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde hace dos años en nuestro centro de salud se organizan talleres teórico - prácticos sobre estilos y hábitos de vida saludables (higiene bucodental, alimentación, educación sexual, tóxicos, actividad física, primeros auxilios, higiene del sueño y uso adecuado del sistema sanitario) en adolescentes de uno de los centros educativos de la zona. La iniciativa partió desde los distintos niveles asistenciales de atención primaria (trabajo social, médicos, enfermería y odontología) y profesores ya que se detectó un deficit de conocimientos en los campos mencionados previamente.

El taller se diseñó con una primera intervención teórica sobre higiene bucodental y una segunda parte con ayuda de la plataforma Kahoot, que permitía la participación activa de los alumnos, la cual fue utilizada para la explicación de los distintos conceptos planteados con una encuesta final de evaluación.

Consideramos necesaria esta intervención por el impacto que los determinantes de la salud tienen en la calidad de vida y la morbimortalidad. Así mismo, es importante concienciar a los jóvenes sobre la importancia de adquirir una actitud activa sobre su propia salud desde edades tempranas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Afianzar conceptos básicos sobre higiene bucodental
2. Eliminar mitos establecidos en nuestra sociedad sobre alimentación
3. Fomentar ejercicio físico en adolescentes
4. Educación sexual
5. Introducción a técnicas básicas de primeros auxilios
6. Uso adecuado de recursos sanitarios
7. Reforzar conocimientos adquiridos sobre el consumo de tóxicos
8. Establecer un vínculo de soporte entre el centro de salud y el centro educativo.
9. Ampliar conocimientos en educación para la salud de MIR/EIR y estudiantes que se forman en nuestro centro de salud.

Los objetivos 1-8 están dirigidos a alumnos de educación secundaria en edades comprendidas entre los 12 y los 14 años.

MÉTODO

1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente
2. Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros
3. Determinar población diana
4. Establecer objetivos docentes
5. Elaboración del contenido del taller
6. Redacción de encuestas de evaluación de conocimientos adquiridos
7. Estudio de los resultados de las encuestas para plantear posibles mejoras en futuras intervenciones

INDICADORES

1. Grado de satisfacción de los participantes valorado en escala (1-5)
2. Porcentaje de asistencia: N° de asistentes/ N° de asistentes previstos
3. Porcentaje de aciertos: N° de aciertos/ N° total de preguntas

DURACIÓN

Agosto: Creación del grupo de trabajo y planteamiento del proyecto
Septiembre: Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros
Octubre: Determinación de población diana. Establecimiento de objetivos docentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0158

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN EL IES BLECUA- CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

Noviembre y Diciembre: Elaboración del Taller. Redacción de encuestas de evaluación de conocimientos adquiridos
Enero: Taller para alumnos
Febrero y marzo: Estudio de los resultados de las encuestas para plantear posibles mejoras en futuras intervenciones
Mayo: Planteamiento de posibles líneas de mejora: Escuela de espalda

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0158

1. TÍTULO

PROMAGRMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN IES BLECUA - CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ALMUDENA MARCO IBAÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCOS MAYOR LAURA
LABAT PONS RAQUEL ESTHER
GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA
SANZ MARTINEZ LAURA
BABIANO CASTELLANO BELEN
GARCIA CACHO MILAGROS
GIMENO SANZ ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras crear un equipo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente del centro escolar, se elaboraron dos talleres dirigidos a alumnos entre los 12 y 14 años de edad. Uno de ellos sobre Hábitos de vida saludable y otro basado sobre una Escuela de espalda sana. En las dos ediciones realizadas hasta el momento, el método utilizado ha sido diapositivas en formato ppt, como apoyo teórico para ambos talleres, además del programa Kahoot para el primer taller y las instalaciones del gimnasio del centro de salud para el segundo taller, ambos con el objetivo de incentivar la participación de los asistentes y favorecer el aprendizaje. Fue posible realizar las actividades programadas de acuerdo al calendario previsto, gracias a la coordinación de las trabajadoras sociales del centro de salud y el centro escolar, la participación de la odontóloga y fisioterapeuta, así como del personal sanitario y el profesorado participantes en el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La media de asistentes a cada taller fue de 70 alumnos de edades comprendidas entre los 12 y 14 años, valor concordante con lo planificado. En ambas ediciones el porcentaje de aciertos a las preguntas planteadas mediante el programa Kahoot superaba el 75% (se plantearon 25 preguntas con cuatro posibles respuestas con solo una verdadera), frente al 70% para la encuesta de evaluación posterior al taller de Escuela de espalda sana (se plantearon 10 preguntas con 4 posibles respuestas con solo una verdadera). La satisfacción de los usuarios, en ambos casos, fue de 4.5 sobre una escala de 5 puntos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esta actividad nos ha permitido conocer la elaboración y puesta en marcha de un programa de educación para la salud, así como su impacto en los alumnos de un centro escolar de nuestra zona, por lo que consideramos que esto puede ser la base de futuras colaboraciones que acerquen el centro de salud a la población de su barrio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/158 ===== ***

Nº de registro: 0158

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL IES BLECUA - CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ

Autores:
MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, LABAT PONS RAQUEL ESTHER, VALTUEÑA CAMACHO MARTA, MARCOS MAYOR LAURA, GARCIA JULVEZ MARIA, SANZ MARTINEZ LAURA, BABIANO CASTELLANO BELEN, GARCIA CACHO MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades Comunitarias
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0158

1. TÍTULO

PROMAGRMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN IES BLECUA - CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ

PROBLEMA

Desde hace dos años en nuestro centro de salud se organizan talleres teórico - prácticos sobre estilos y hábitos de vida saludables (higiene bucodental, alimentación, educación sexual, tóxicos, actividad física, primeros auxilios, higiene del sueño y uso adecuado del sistema sanitario) en adolescentes de uno de los centros educativos de la zona. La iniciativa partió desde los distintos niveles asistenciales de atención primaria (trabajo social, médicos, enfermería y odontología) y profesores ya que se detectó un déficit de conocimientos en los campos mencionados previamente.

El taller se diseñó con una primera intervención teórica sobre higiene bucodental y una segunda parte con ayuda de la plataforma Kahoot, que permitía la participación activa de los alumnos, la cual fue utilizada para la explicación de los distintos conceptos planteados con una encuesta final de evaluación.

Consideramos necesaria esta intervención por el impacto que los determinantes de la salud tienen en la calidad de vida y la morbimortalidad. Así mismo, es importante concienciar a los jóvenes sobre la importancia de adquirir una actitud activa sobre su propia salud desde edades tempranas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Afianzar conceptos básicos sobre higiene bucodental
2. Eliminar mitos establecidos en nuestra sociedad sobre alimentación
3. Fomentar ejercicio físico en adolescentes
4. Educación sexual
5. Introducción a técnicas básicas de primeros auxilios
6. Uso adecuado de recursos sanitarios
7. Reforzar conocimientos adquiridos sobre el consumo de tóxicos
8. Establecer un vínculo de soporte entre el centro de salud y el centro educativo.
9. Ampliar conocimientos en educación para la salud de MIR/EIR y estudiantes que se forman en nuestro centro de salud.

Los objetivos 1-8 están dirigidos a alumnos de educación secundaria en edades comprendidas entre los 12 y los 14 años.

MÉTODO

1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente
2. Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros
3. Determinar población diana
4. Establecer objetivos docentes
5. Elaboración del contenido del taller
6. Redacción de encuestas de evaluación de conocimientos adquiridos
7. Estudio de los resultados de las encuestas para plantear posibles mejoras en futuras intervenciones

INDICADORES

1. Grado de satisfacción de los participantes valorado en escala (1-5)
2. Porcentaje de asistencia: N° de asistentes/ N° de asistentes previstos
3. Porcentaje de aciertos: N° de aciertos/ N° total de preguntas

DURACIÓN

Agosto: Creación del grupo de trabajo y planteamiento del proyecto
Septiembre: Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros
Octubre: Determinación de población diana. Establecimiento de objetivos docentes
Noviembre y Diciembre: Elaboración del Taller. Redacción de encuestas de evaluación de conocimientos adquiridos
Enero: Taller para alumnos
Febrero y marzo: Estudio de los resultados de las encuestas para plantear posibles mejoras en futuras intervenciones
Mayo: Planteamiento de posibles líneas de mejora: Escuela de espalda

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0158

1. TÍTULO

PROMAGRMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN IES BLECUA - CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0709

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE CATERINA GRAMUGLIA NUÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO IBAÑEZ ALMUDENA
LABAT PONS RAQUEL ESTHER
SANZ MARTINEZ LAURA
MARCOS MAYOR LAURA
GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE
BABIANO CASTELLANO BELEN
SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras crear un grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente, se reviso bibliografía disponible, se consensuó población diana y se elaboró el contenido del taller con diapositivas en formato ppt (como apoyo para breve explicación teórica), word con casos prácticos (para afianzar las habilidades prácticas enseñadas), hoja de registro de asistentes, encuesta de valoración y evaluación. Para poder llevar a cabo este taller, precisamos la utilización de maniqués de RCP, sala multiusos con sillas, colchonetas y proyector, ordenador portátil y material impreso en papel. Se difundió propaganda del taller a través de los profesionales del centro de salud, de miembros del consejo de salud y algunos comercios del barrio, disponiendo de hoja de inscripción en admisión del centro de salud, tanto para horario de mañana como de tarde en el mismo día, llevado a cabo el 6 de noviembre de 2018. Los resultados del proyecto se recogieron con ayuda de un documento en formato excel. Todas las actividades se realizaron de acuerdo al calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se limitó el número de asistentes a 20 por turno, acudiendo un total de 40, por lo que se alcanzó un porcentaje de asistencia del 100%. El grado de satisfacción medido mediante escala del 1 al 5 obtuvo una puntuación media entre 4 y 5, valorándose el planteamiento de ejemplos por los profesores, los materiales utilizados, las condiciones del aula, la resolución de dudas planteadas y la evaluación global de los profesores. Respecto al test de evaluación, se plantearon 5 preguntas sobre los aspectos teórico-prácticos planteados en el taller, obteniéndose una puntuación media de 8,32 sobre 10. El porcentaje de asistentes que realizaron adecuadamente la técnica de RCP a juicio del evaluador/total de participantes fue del 70%, El porcentaje de los que realizaron la secuencia correcta de RCP fue del 80%. El porcentaje de los que realizaron adecuadamente la maniobra de desobstrucción de vía aérea fue de un 80%. Globalmente los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios tanto para los organizadores del taller como para los asistentes, demandándose por parte de estos últimos futuras ediciones del mismo y organizar otros talleres sobre otros temas de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a este proyecto, hemos aprendido a elaborar un programa de educación para la salud, y hemos podido apreciar como nuestra intervención puede repercutir en la salud de la población. La adecuada aceptación de esta iniciativa creemos que favorecerá la organización de futuras ediciones y la difusión de las mismas. Nos gustaría conseguir crear una red de apoyo que fomente la colaboración entre distintos centros de nuestra área de salud para poder compartir tanto recursos materiales como humanos, que aseguren la continuidad del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

Para futuras ediciones, sería interesante disponer de maniqués de RCP y simulador de DEA más nuevos para poder realizar la parte práctica de talleres como éste con mejor calidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/709 ===== ***

Nº de registro: 0709

Título
PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ

Autores:
GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA, MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, LABAT PONS RAQUEL ESTHER, SANZ MARTINEZ LAURA, MARCOS MAYOR LAURA, GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE, BABIANO CASTELLANO BELEN, SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0709

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ACTIVIDAD COMUNITARIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el Consejo de Salud de nuestro barrio se solicito la posibilidad de impartir talleres teórico-prácticos sobre primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar básica y uso de desfibrilador externo automático (DEA). El objetivo es proporcionar conocimientos y habilidades básicas necesarias para una primera asistencia ante una potencial emergencia, puesto que el inicio precoz de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) mejora el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Proporcionar conocimientos anatómicos básicos.
2. Instruir en el reconocimiento de la gravedad de la situación clínica y la necesidad de actuación urgente.
3. Proporcionar un protocolo adecuado de actuación y adaptarlo a los recursos disponibles.
4. Entrenamiento técnico en maniobras de RCP básica y uso de DEA.
5. Eliminar mitos establecidos en nuestra sociedad sobre técnicas de actuación inadecuadas.
6. Resaltar la importancia del trabajo en equipo para mejorar el pronóstico de los pacientes.

MÉTODO

1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente.
2. Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros
3. Determinar población diana
4. Establecer objetivos docentes
5. Elaboración del contenido del taller
6. Conseguir los recursos materiales necesarios para el desarrollo del taller.
7. Estudio del resultado de encuestas de satisfacción

INDICADORES

1. Grado de satisfacción de los participantes valorado en escala (1-5)
2. Porcentaje de asistentes: N° asistentes/ N° de asistentes previstos
3. Porcentaje de técnica adecuada: Porcentaje de participantes que realizan masaje cardiaco correcto (a juicio del evaluador)/ Total de participantes
4. Porcentaje de secuencia correcta: N° de asistentes capaces de realizar una secuencia correcta de comprobación tras detectar que el paciente está inconsciente a la finalización del curso/ Total de asistentes
5. Porcentaje de desobstrucción adecuada de vía aérea: N° de asistentes que resuelven correctamente una situación de desobstrucción de vía aérea al finalizar el curso / Total de asistentes

DURACIÓN

Julio 2018: Creación del equipo de trabajo y planteamiento del proyecto.
Agosto 2018: Revisión de la bibliografía, determinación de la población diana y objetivos.
Septiembre 2018: Elaboración e impartición del taller.
Octubre 2018: Estudio de los resultados para valorar posibles líneas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0709

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO LA PAZ

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE CATERINA GRAMUGLIA NUÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO IBAÑEZ ALMUDENA
MARCOS MAYOR LAURA
LABAT PONS RAQUEL ESTHER
SANZ MARTINEZ LAURA
GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE
BABIANO CASTELLANO BELEN
SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vez creado un equipo de trabajo multidisciplinar, con personal sanitario, se elaboró el contenido del taller con diapositivas en formato ppt, como apoyo para breve explicación teórica inicial, word con 5 casos prácticos para afianzar las habilidades aprendidas, varios videos explicativos y encuestas de valoración y evaluación del taller. Se difundió propaganda del taller através de los profesionales del centro de salud, miembros del consejo del salud y algunos comercios del barrio. Los participantes podían inscribirse en admisión del centro de salud en horario de mañana o tarde del mismo día, con un total de dos ediciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados de las encuestas de valoración y evaluación del taller se recogieron mediante un formato excel. El número total de asistentes se limitó a 20 por turno, con un total de 40 para cada edición. El grado de satisfacción en escala del 1 al 5 obtuvo una media de 4.5, valorándose el planteamiento de ejemplos, los materiales utilizados, las condiciones del aula, la resolución de dudas planteadas y la elaboración global del taller. En el test de evaluación se plantearon 5 preguntas con 4 posibles respuestas, siendo la puntuación media de aciertos de 8 sobre 10. Respecto a la habilidades prácticas entrenadas (técnica y secuencia de RCP, maniobra de desobstrucción de vía aérea) el porcentaje de éxito oscilaba entre el 70% y 80% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a este proyecto hemos podido percibir como nuestra intervención puede repercutir positivamente en la salud de la población. El alto grado de aceptación de esta iniciativa nos ha permitido conocer el gran interés que suscita este tipo de actividades en los usuarios, y como gracias a su impliación se puede fomentar la creacción de redes de colaboración mutua.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/709 ===== ***

Nº de registro: 0709

Título
PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ

Autores:
GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA, MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, LABAT PONS RAQUEL ESTHER, SANZ MARTINEZ LAURA, MARCOS MAYOR LAURA, GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE, BABIANO CASTELLANO BELEN, SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ACTIVIDAD COMUNITARIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0709

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO LA PAZ

PROBLEMA

Desde el Consejo de Salud de nuestro barrio se solicito la posibilidad de impartir talleres teórico-prácticos sobre primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar básica y uso de desfibrilador externo automático (DEA). El objetivo es proporcionar conocimientos y habilidades básicas necesarias para una primera asistencia ante una potencial emergencia, puesto que el inicio precoz de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) mejora el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Proporcionar conocimientos anatómicos básicos.
2. Instruir en el reconocimiento de la gravedad de la situación clínica y la necesidad de actuación urgente.
3. Proporcionar un protocolo adecuado de actuación y adaptarlo a los recursos disponibles.
4. Entrenamiento técnico en maniobras de RCP básica y uso de DEA.
5. Eliminar mitos establecidos en nuestra sociedad sobre técnicas de actuación inadecuadas.
6. Resaltar la importancia del trabajo en equipo para mejorar el pronóstico de los pacientes.

MÉTODO

1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente.
2. Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros
3. Determinar población diana
4. Establecer objetivos docentes
5. Elaboración del contenido del taller
6. Conseguir los recursos materiales necesarios para el desarrollo del taller.
7. Estudio del resultado de encuestas de satisfacción

INDICADORES

1. Grado de satisfacción de los participantes valorado en escala (1-5)
2. Porcentaje de asistentes: N° asistentes/ N° de asistentes previstos
3. Porcentaje de técnica adecuada: Porcentaje de participantes que realizan masaje cardiaco correcto (a juicio del evaluador)/ Total de participantes
4. Porcentaje de secuencia correcta: N° de asistentes capaces de realizar una secuencia correcta de comprobación tras detectar que el paciente está inconsciente a la finalización del curso/ Total de asistentes
5. Porcentaje de desobstrucción adecuada de vía aérea: N° de asistentes que resuelven correctamente una situación de desobstrucción de vía aérea al finalizar el curso / Total de asistentes

DURACIÓN

Julio 2018: Creación del equipo de trabajo y planteamiento del proyecto.
Agosto 2018: Revisión de la bibliografía, determinación de la población diana y objetivos.
Septiembre 2018: Elaboración e impartición del taller.
Octubre 2018: Estudio de los resultados para valorar posibles líneas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0818

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE VICENTE VILLAR SEBASTIAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA
LABAT PONSÀ RAQUEL ESTHER
MARCO IBAÑEZ ALMUDENA
MARCOS MAYOR LAURA
MURILLO MARTIN ALBERTO
SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO
SIMON SERRANO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:

1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Vicente Villar Sebastian como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.

2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA "De la teoría a la acción: un paso adelante" celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas las políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.

3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.

En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación. Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.

Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelera que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.

En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de "Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP".

Esta información se difundió al equipo el día 28 septiembre de 2018

La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:

- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.

- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada "Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón"

Vicente Villar Sebastian impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 27/11/2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0818

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:

- Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.
Esa persona es Vicente Villar Sebastian, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
- El día 29 de noviembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 48% del equipo.
o Estándar 2018: 80%
Resultado 2018: 48%
- Se ha realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
o Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
- Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre. El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En Torrero el indicador seleccionado fue:

- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 17,9 %
Objetivo 2018: =18 %
Resultado 2018: 17,6%

Este resultado muestra que se ha mantenido el mismo porcentaje de consumo de macrólidos respecto al total de antibióticos, por lo que se plantea que es necesario trabajar con el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, no logrando alcanzar algunos de los objetivos marcados para el año 2018. Por este año consideramos finalizado este proyecto.
En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.

Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas. Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/818 ===== ***

Nº de registro: 0818

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA). CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ . SECTOR II. ZARAGOZA

Autores:
VILLAR SEBASTIAN VICENTE, MARCOS MAYOR LAURA, LABAT PONS RAQUEL ESTHER, DA SILVA PEREIRA JOAO, SIMON SERRANO MIGUEL, MURILLO MARTIN ALBERTO, SANGROS GONZALEZ FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0818

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas. En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos. A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN). Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria. Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP TORRERO ESTE se considera una oportunidad de mejora revisar la prescripción de macrólidos respecto al total, ya que en los últimos tres años se ha observado un aumento del uso relativo de este subgrupo terapéutico.

RESULTADOS ESPERADOS

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar. Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria. Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO

1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES

Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 17,9 %
Objetivo 2018: =18 %

DURACIÓN

Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0167

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD: TORRERO-LA PAZ

Fecha de entrada: 04/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA SANZ MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZAMORA LANDA JAVIER LUIS
FERRER GAZOL ANA CARMEN
MALLOR BERNAD MARIA PILAR
DIEZ ROMEO ANA ISABEL
VAZQUEZ ARIZA JAVIER
CASAS BIELSA JULIA
RASAL MELUS MARIA BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de mayo del 2019 se presentó el proyecto al equipo con las actividades y objetivos que se pretendían alcanzar. Fue una oportunidad para incluir a miembros del equipo que querían colaborar con el proyecto, así como dar a conocer al resto de compañeros la iniciativa para que la difundieran a los pacientes en su consulta.

En los meses de verano se formó al personal y se preparó el material para llevar a cabo los cuatro talleres sobre alimentación saludable, ejercicio físico, adherencia al tratamiento y deshabituación tabáquica.

Se pretende que los talleres sean participativos por lo que se preparó una presentación en Power Point como apoyo visual, y otros recursos como etiquetas o envases de alimentos para hacerlo más dinámico. Se fijó una duración de 1 hora aproximadamente con un número máximo de 15 participantes por taller.

También se consiguieron los recursos materiales necesarios para llevar a cabo los talleres: sala multiusos del centro de salud, portátil y proyector.

Para llevar a cabo los talleres se está esperando una lista con los pacientes pertenecientes al CS de Torrero La Paz que finalizaron la fase II de RHC en el hospital provincial y en el hospital Miguel Servet para poder empezar a captar a los pacientes.

En el mes de octubre, se aprovechó unas jornadas de la Sociedad Aragonesa de Enfermería Cardiológica para establecer una mejor coordinación entre los distintos niveles asistenciales con el fin de mejorar la captación por parte de atención primaria de los pacientes que han terminado la fase II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Continuamos a la espera de conseguir una lista de pacientes que hayan finalizado la fase II de RHC para iniciar la captación de pacientes.

Aprovechando la formación del equipo del centro de salud se ha utilizado para reforzar la educación a nivel individual en cada consulta a pacientes cardiológicos.

En cuanto se consiga un número suficiente de pacientes interesados darán comienzo los talleres, puesto que ya se cuenta con la formación, profesionales y medios para llevarlo a cabo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La falta de una buena comunicación entre los distintos niveles asistenciales ha complicado la puesta en marcha de los talleres.

También hace falta mejorar la visibilidad de la enfermería para que aquellos pacientes que acaban la fase II de RHC no solo acudan a su médico de atención primaria para dar el informe de alta de cardiología, sino también a su enfermera/o referente. De esta forma aumentaría la captación de pacientes lo que permitiría iniciar un seguimiento individual y poner en marcha la educación grupal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/167 ===== ***

Nº de registro: 0167

Título
IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD: TORRERO-LA PAZ

Autores:
SANZ MARTINEZ LAURA, ZAMORA LANDA JAVIER LUIS, FERRER GAZOL ANA CARMEN, MALLOR BERNAD MARIA PILAR, DIEZ ROMEO ANA ISABEL, VAZQUEZ ARIZA JAVIER, CASAS BIELSA JULIA, RASAL MELUS MARIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0167

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD: TORRERO-LA PAZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La alta prevalencia y coste económico de los Enfermedades Cardiovasculares (ECV) hacen necesario ampliar el enfoque de su tratamiento con la prevención y promoción de la salud a la vez que se controlan los factores de riesgo ligados a estas patologías. Una actuación importante en el campo de la prevención secundaria de las ECV son los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC).
Son numerosos los estudios que evidencian una mejoría en la calidad de vida así como disminución de la mortalidad tras los programas de rehabilitación cardíaca. Sin embargo, pese a los resultados y al efecto positivo coste-efectividad el desarrollo de estos programas es insuficiente en el mundo.
En la actualidad, la fase I y II de los PRC se encuentran en activo en nuestro sector. Sin embargo, la fase III, que consiste en mantener los hábitos de vida saludables adquiridos en las fases previas del programa y la cual se debería abordar desde atención primaria, no se encuentra implantada en este momento.

RESULTADOS ESPERADOS

Generales

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cardiovascular.
Reducir la mortalidad global y de causa cardiovascular en cardiopatía isquémica y en insuficiencia cardíaca, así como los reingresos.

Específicos

Mantener la capacidad funcional adquirida en la Fase II.
Disminuir los signos y síntomas de la enfermedad de base, tanto en reposo como en el esfuerzo, mejorando así la calidad de vida.
Promover un estilo de vida activo y saludable, mejorando la reinserción socio-laboral.
Mejorar la función cardiovascular, la capacidad física de trabajo, fuerza y flexibilidad.
Apoyo psicológico del paciente y sus familiares para entender y saber llevar la ECV con conciencia y corrección del estilo de vida.
Educar a los pacientes para el control de factores de riesgo coronario, alimentación saludable e incorporación de la actividad física.

MÉTODO

La población diana a la que va dirigido el programa son pacientes con ECV que hayan realizado la Fase II del PRC y pertenezcan al centro de salud Torrero-La Paz.
Las actividades que se van a ofertar son 4 talleres grupales sobre los siguientes temas:
Alimentación saludable: promoción de la dieta mediterránea, conocimiento del etiquetado nutricional y elaboración de la cesta de la compra.
Ejercicio físico: habituación al ejercicio físico, correcto desarrollo de la actividad y conocimiento de los limitantes físicos.
Adherencia al tratamiento: aprendizaje de su enfermedad y del tratamiento con la finalidad de que adquieran conocimientos para involucrarse de forma activa en su tratamiento.
Deshabitación tabáquica: reforzar la conducta de abandono del hábito tabáquico y prevenir recaídas en el consumo. Con el fin de garantizar la continuidad en la atención de estos pacientes en consultas de AP, se realizará una sesión formativa al EAP para orientar su actividad en el seguimiento de los pacientes que hayan realizado la Fase II de RHC.
Los talleres tendrán una duración entorno a 1 hora y media y con un número máximo de 15 participantes por taller. Se irán repitiendo ciclos de talleres, según se vayan captando pacientes.

INDICADORES

No pacientes interesados en realizar los talleres/No pacientes que han pasado por la Fase II de RHC
No pacientes acuden al taller de alimentación en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
No pacientes acuden al taller de ejercicio físico en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
No pacientes acuden al taller de adherencia al tratamiento en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
No pacientes acuden al taller de deshabituación tabáquica en el CS/Pacientes que terminan la Fase II de RHC pertenecientes al centro de salud.
Estándar 60%
No pacientes que valoran con una puntuación de 8 o más su satisfacción con el programa de fase III/ Pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0167

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA FASE III DE RHC EN ATENCION PRIMARIA. CENTRO DE SALUD: TORRERO-LA PAZ

que participan en la encuesta de satisfacción.
Estándar 80%

DURACIÓN

Mayo de 2019: presentación del proyecto en equipo
Junio, julio y agosto de 2019: Organización del equipo de trabajo y preparación de los talleres
Septiembre de 2019: captación de los pacientes
Octubre, noviembre, diciembre y enero de 2019: realización de los talleres
Febrero de 2020: evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1183

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE VICENTE VILLAR SEBASTIAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA
LABAT PONSÀ RAQUEL ESTHER
MARCO IBAÑEZ ALMUDENA
MARCOS MAYOR LAURA
MURILLO MARTIN ALBERTO
SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO
SIMON SERRANO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- FIRMA DEL "COMPROMISO DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA CON LOS PRINCIPIOS DE BUEN USO DE ANTIBIOTICOS " POR LA MAYOR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO.
- COLOCACION DEL CARTEL DE DICHO COMPROMISO BIEN, AL LADO DE LAS PUERTAS DE ACCESO A LAS CONSULTAS O DENTRO DE LAS MISMAS.
- IMPARTICION DE SESIONES CLINICAS AL EAP:
- PRESENTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA (PROA-AP) PARA ARAGON.
- ACTUALIZACION EN PATOLOGIA INFECCIOSA RESPIRATORIA .GUIA DE TRATAMIENTO ANTIBIOTICO IRASPROA-AP.
- RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO AÑO 2019.
- ACTUALIZACION EN PATOLOGIA INFECCIOSA URINARIA.GUIA DE TRATAMIENTO ANTIBIOTICO IRASPROA-AP.
- COLOCACION DEL CARTEL "GRIPE ... PASALA EN CASA" EN EL TABLON DE ANUNCIOS AL LADO DE ADMISION DEL CENTRO DE SALUD.
- ASISTENCIA A REUNIONES DE RESPONSABLES DE ANTIBIOTICOS DE EAP.
- ASISTENCIA A REUNIONES DE GRUPO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA PRIMARIA).
- PRESENTACION DE CASOS CLINICOS EN SESIONES DOCENTES DE EQUIPO SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS.
- UTILIZACION HABITUAL DE METODOS DE DIAGNOSTICO RAPIDO (STREPTOTEST).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- CONCIENCIACION DEL EQUIPO SOBRE UTILIZACION RACIONAL DE ANTIBIOTICOS .
- DISMINUCION DE CONSUMO DE ANTIBIOTICOS DE USO SISTEMICO POR EAP DE 2019 (12,6 - 12) RESPECTO A 2018.(SERVICIO DE FARMACIA DE AP).
- AUMENTO DE CONSUMO RELATIVO DE ANTIBIOTICOS DE ESPECTRO REDUCIDO RESPECTO AL TOTAL EN EL MISMO PERIODO (43,1%-47,1%) MISMA FUENTE .
- AUMENTO DEL CONSUMO DE AMOXICILINA SIN CLAVULANICO (61,9%-65,9%), MISMO PERIODO, MISMA FUENTE .
- DISMINUCION DEL CONSUMO DE MACROLIDOS (17,6%-1515,1%), MISMO PERIODO, MISMA FUENTE .
- DISMINUCION DEL CONSUMO DE FLUORQUINOLONAS RESPECTO AL TOTAL (9,3%-6,2%), MISMO PERIODO, MISMA FUENTE .
- NO CONSECUACION DE OBJETIVO DE CONSUMO DE CEFALOSPORINAS DE 3ª GENERACION RESPECTO AL TOTAL (2,4%-3,9%), SIENDO EST UN OBJETIVO DE MEJORA. MISMO PERIODO, MISMA FUENTE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONSIDERAMOS COMO IMPORTANTE LA CONSECUACION DE MEJORA EN LA PRESCRIPCION ANTIBIOTICA Y LA PERMANENCIA EN LA MISMA DINAMICA .LA UTILIZACION DE METODOS DE DIAGNOSTICO RAPIDO HA CONTRIBUIDO TAMBIEN A UNA MEJORA DE LA PRESCRIPCION ANTIBIOTICA .QUEDA PENDIENTE LA CONSECUACION DEL OBJETIVO DE DISMINUCION DE PRESCRIPCION DE CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACION.
SON IMPRESCINDIBLES LAS SESIONES CLINICAS SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y LA MEJORA EN LOS DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS DE LAS MISMAS.

7. OBSERVACIONES.

CONSIDERO MEJORABLE EL METODO DE REMISION DE ESTA MEMORIA .SERIA CONVENIENTE UNA SIMPLIFICACION DEL MISMO .

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1183 ===== ***

Nº de registro: 1183

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP TORRERO-LA PAZ

Autores:
VILLAR SEBASTIAN VICENTE, GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA, LABAT PONSÀ RAQUEL ESTHER, MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, MARCOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1183

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

MAYOR LAURA, MURILLO MARTIN ALBERTO, SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO, SIMON SERRANO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).

A nivel autonómico el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) está impulsando una promoviendo y ofertando diferentes acciones en esta línea. Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP TORRERO LA PAZ se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente macrólidos a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias de vías altas y bajas, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 17,7 % de envases prescritos de antibióticos (Sector Zaragoza: 20,8%).

RESULTADOS ESPERADOS

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.

Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio.

MÉTODO

1. Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.

2. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.

3. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con macrólidos para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica

4. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario

Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico

Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100

Valor 2018: 17,7 %

Objetivo 2019: <16 %

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

% de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias

Valor 2018: 82,40 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1183

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

Cronograma:

- Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
- Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo
- Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de macrólidos durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1209

1. TÍTULO

UN BEBE QUE ADQUIERE BUENOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SERA UN ADULTO MAS SANO

Fecha de entrada: 26/12/2019

2. RESPONSABLE CARMEN VILLANUEVA RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ MARTINEZ LAURA
ZAMORA LANDA JAVIER LUIS
GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE
SANCHEZ-CABALLERO CARAVANTES JOSE ENRIQUE
SIMON SERRANO MIGUEL
SAINZ ARELLANO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El taller es totalmente interactivo. Los participantes se colocan en forma de rueda con intervenciones (preguntas, dudas y resolución de dudas) de todos los integrantes.
Se realizan escenificaciones de situaciones en forma de teatrillo con cambio de roles (el pediatra pregunta como cuidador y este contesta como pediatra).
Visualización de vídeos
Elaboración de menús de forma interactiva
Recursos: Ordenador, proyector, pizarra
Material : Realización de un folleto que se entrega a las familias que acuden por primera vez al taller con la recopilación de ideas de comidas e información básica para leer una etiqueta nutricional y hacer una cesta de la compra saludable
Utilizamos envases o cajas de productos procesados para leer y conocer los ingredientes y saber interpretar la etiqueta nutricional

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La encuesta de satisfacción (al año de su puesta en marcha): sobre el taller y las actividades realizadas, si resuelve las dudas, su utilidad y que cuestiones importantes no son explicadas en el taller. No realizada por no haber cumplido ese año
Se realizó una encuesta a los seis meses de puesta en marcha para conocer las dudas o temas que más interesaba conocer a las familias y tratar esto en el taller y saber si coinciden con los temas de interés para los sanitarios. Se presentaron los resultados en las jornadas de Teruel

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Importancia de la alimentación. Para las familias es un acontecimiento la primera comida del bebe
Existe una variabilidad que depende de la cultura, tradición y gustos en la alimentación de las familias que hay que respetar
Hay mitos y falsas creencias en alimentación muchas veces inducidas por los mensajes publicitarios
A veces nos cuentan como toda la familia mejora la forma de comer cambiando a hábitos más saludables

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1209 ===== ***

Nº de registro: 1209

Título
UN BEBE QUE ADQUIERE BUENOS HABITOS ALIMENTARIOS SERA UN ADULTO MAS SANO

Autores:
VILLANUEVA RODRIGUEZ CARMEN, SANZ MARTINEZ LAURA, ZAMORA LANDA JAVIER LUIS, GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE, ENRIQUE SANCHEZ-CABALLERO JOSE, SIMON SERRANO MIGUEL, SAINZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1209

1. TÍTULO

UN BEBE QUE ADQUIERE BUENOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SERA UN ADULTO MAS SANO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La creación de estilos de alimentación saludables comienza desde el nacimiento y los primeros años de vida. Los estilos de vida saludables nos permiten prevenir enfermedades futuras como la obesidad, la diabetes, la hipertensión, el cáncer de colon, etc. Por ello la alimentación correcta desde el principio es clave para el desarrollo adecuado del bebe en el presente y llegar sano a la vida adulta en el futuro. Diariamente las familias nos plantean sus dudas y preguntas sobre la alimentación de sus hijos no solo en las consultas programadas si no cuando viene al centro de salud por otros motivos. ¿Qué alimentos pueden tomar? ¿Cuándo le pueden dar una fruta determinada, unos frutos secos, etc.? ¿Qué cantidad de comida necesita un bebe? En nuestro CS hay un Taller de Lactancia y nos pareció que podíamos dar cierta continuidad a este, podíamos responder a estas preguntas y favorecer unos hábitos de nutrición saludables Queríamos resolver estas cuestiones con tranquilidad, con tiempo y sobre todo de forma dinámica y participativa.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del taller es contribuir a la capacitación para la promoción de estilos de vida saludables en la familia.

Otros objetivos:

- Conseguir que las familias y/o cuidadores conozcan como introducir los alimentos de la forma más saludable posible
- Aprender buenos hábitos de alimentación para conseguir una actitud favorable y trasmitirla para que se mantengan en la etapa adulta.
- Adquirir habilidades para identificar los ingredientes en alimentos procesados y conocer cómo elegir mejor estos productos

MÉTODO

Fecha y lugar de realización. Centro de Salud Torrero La Paz. Sala multiuso.
Tienen una periodicidad de un taller cada dos semanas. Miércoles (primero y tercero de cada mes) a las 12h 30'. Pueden asistir padres y/o madres o cualquier cuidador interesado en la alimentación del bebe, pudiendo acudir sin problemas acompañados de los bebes.
Publicitado. Al inicio con carteles en el CS. Informando de su existencia en las consultas de pediatría (medicina y enfermería) y en el taller de Lactancia materna. Actualmente a través de redes sociales
Material empleado. Soporte audiovisual de proyector: power point y videos. Pizarra
Material para entregar a los participantes. Hoja con las recomendaciones de introducción de alimentos de forma saludable realizada en el CS (siguiendo recomendaciones de Aepap y Esghan)
Actividades. El taller es totalmente interactivo. Los participantes se colocan en forma de rueda con intervenciones (preguntas, dudas) de todos los integrantes.
Se realizan escenificaciones de situaciones en forma de teatrillo con cambio de roles (el pediatra pregunta como familia y la familia contesta como pediatra).
Visualización de videos
Elaboración de menús de forma interactiva.
Está prevista la realización de un texto (libreto) con la recopilación de estos menús y pequeños trucos en la alimentación aportados por las familias.
Contenidos.
-Introducción de la alimentación complementaria. ¿Cómo? ¿Cuándo?
-Conocer el método aprendo a comer solo (ACS) o baby-led-weaning (BLW, o alimentación complementaria guiada por el bebé). Ventajas e inconvenientes
-Etiquetado nutricional de los alimentos

INDICADORES

Realizar una encuesta de satisfacción (al año de su puesta en marcha): sobre el taller y las actividades realizadas, si resuelve las dudas, su utilidad y que cuestiones importantes no son explicadas en el taller. Estándar planteado. Nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes.

DURACIÓN

Inicio enero de 2019 de los talleres
Se realizan de forma periódica. El día es fijo, siempre los miércoles primero y tercero del mes. Si es festivo no hay taller no se modifica la fecha.
La finalización del taller la supeditamos a la asistencia o interés de la población por asistir.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1209

1. TÍTULO

UN BEBE QUE ADQUIERE BUENOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SERA UN ADULTO MAS SANO

Queremos que sea un recurso sostenible en el tiempo
Evaluación diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0889

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO DE LA CARPETA DE SALUD Y HERRAMIENTAS DE SALUD INFORMA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE VALENTIN CAZAÑA MAELLA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JAEN BAYARTE ESTEBAN
BENEDI BUIL MARIA JESUS
SAMPERIZ TAPIA LIGIA ELENA
VAZQUEZ SANCHEZ MERCEDES
NAVARRO BARRADO ESTHER
OJEDA SEUMA DIEGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Diseño de la estrategia para facilitar la información a los usuarios.
- Difusión del proyecto al resto del EAP.
- Se ha elaborado una presentación con información de la app Salud informa, para su difusión en la pantalla disponible en el Servicio de Admisión. -
- Difusión y promoción de las herramientas incluidas en la web y en la app Saludinforma.
- Información básica sobre cómo acceder a @clave y la obtención del certificado electrónico.
- Se ha informado específicamente a los usuarios que han tramitado nuevas tarjetas sanitarias por extravío, rotura o deterioro o desplazamientos temporales, sobre la posibilidad de obtener el pin y las aplicaciones de salud informa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han facilitado un número de 2.066 PIN en el Servicio de Admisión, acreditados por los formularios cumplimentados por los usuarios.

Estimamos que se ha informado a más de 3.000 usuarios sobre las aplicaciones de salud informa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos positivamente el crecimiento en el número de PIN entregados, y el mayor conocimiento de salud informa por parte de los usuarios del Centro. Aún así, consideramos que todavía se puede incidir más en su conocimiento, especialmente entre la población más mayor.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/889 ===== ***

Nº de registro: 0889

Título
INCENTIVAR EL USO DE LA CARPETA DE SALUD Y HERRAMIENTAS DE SALUD INFORMA

Autores:
CAZAÑA MAELLA VALENTIN, JAEN BAYARTE ESTEBAN, BENEDI BUIL MARIA JESUS, SAMPERIZ TAPIA LIGIA ELENA, VAZQUEZ SANCHEZ MERCEDES, NAVARRO BARRADO ESTHER, OJEDA SEUMA DIEGO, QUINTILLA MUÑOZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Centro de Salud de Valdespartera tiene, a fecha de 31 de diciembre de 2018, un número de 31930 TIS adscritas. Si bien se trata de una zona con población joven, con una labor de difusión e información sobre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0889

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO DE LA CARPETA DE SALUD Y HERRAMIENTAS DE SALUD INFORMA

Las posibilidades que ofrecen las herramientas incluidas en la web y en la app saludinforma, se puede potenciar más su uso por los usuarios, simplificando y facilitando un buen número de gestiones, sin necesidad de desplazarse al Centro de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar el uso de la app salud informa entre los usuarios de nuestro Centro de Salud.
- Aumentar el conocimiento y uso de las herramientas de la web y la app Salud informa.

MÉTODO

- Diseño de la estrategia para facilitar la información a los usuarios.
- Difusión del proyecto al resto del EAP.
- Elaboración de una presentación con información de la app Salud informa, para su difusión en la pantalla disponible en el Servicio de Admisión.
- Difusión y promoción de las herramientas incluidas en la web y en la app Saludinforma.
- Información básica sobre cómo acceder a @clave y la obtención del certificado electrónico.
- Informar a los usuarios que tramiten nuevas tarjetas sanitarias por extravío, rotura o deterioro o desplazamientos temporales, que ambas gestiones se pueden realizar en saludinforma.es con el número PIN.

INDICADORES

De actividad:

- Número de usuarios que han recibido información sobre las aplicaciones incluidas en la web y en la app salud informa.

De impacto:

- Número de códigos PIN facilitados, acreditados por los formularios rellenados por los usuarios.

Indicador:

El objetivo sería incrementar un 25% el número de pin facilitados en 2018, respecto de la población asignada al Centro.

DURACIÓN

Marzo- Abril:

- Diseño de la estrategia para facilitar de forma activa la información a los usuarios.
- Difusión del proyecto al resto del EAP.
- Elaboración de una prestación con información de la pp Salud Informa, para su difusión en la pantalla disponible en el servicio de admisión

Mayo-Diciembre:

- Difusión y promoción de las herramientas incluidas en la web y en la app Salud Informa.
 - Información básica sobre cómo acceder a @clave y el certificado electrónico.
 - Informar a los usuarios que tramiten nuevas tarjetas sanitarias por extravío, rotura o deterioro o desplazamientos temporales, que ambas gestiones se pueden realizar en saludinforma.es con el número PIN.
- Enero 2020: Evaluación; según los resultados se valorará la continuidad del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0459

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO-9001

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GALVE GORRIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JAEN BAYARTE ESTEBAN
MARTINEZ LAVILLA MARIA JOSE
GAROS SIMAL BEGOÑA
RELANZON SANCHEZ GABRIEL MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La implantación y funcionamiento del sistema Gestión de Calidad supone la necesidad de mejorar continuamente, por lo tanto, el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación UNE/ISO 9001, para ello se realizan las siguientes actividades:
Se presentan otros dos proyectos de calidad: " Mejora en la valoración oftalmologica infantil en AP", cuya responsable es Sara Beltran. " Implantación programa Apoyo a la lactancia materna" responsable Eva Jimenez.

Se constituye el grupo de atención comunitaria el 22 de junio, entre otras actividades se realizaron en el mes de diciembre dos visitas escolares al Centro de salud,
El Consejo de salud se reúne en cuatro sesiones: 22 de marzo; 31 de mayo; 21 septiembre; 13 diciembre

Durante este año se revisa el equipamiento del Centro, su correcta codificación. Seguimiento de incidencias (29 incidencias) y NC, (2 cerradas en 2017, NC-SA(P)E-VP16 006 Y 16 003, 3 abiertas 17 002,003,004) responsable José Antonio Galve.

Se realizan reuniones de Equipo: 15 de febrero, 26 abril, 22 junio, 29 de noviembre sobre el acuerdo de gestión, en estas reuniones se presentan los objetivos para el acuerdo de gestión 2017; Revisión por la dirección 18 abril Actualización del manual de acogida, 30 de junio . Plan de formación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre los resultados de la auditoria interna destacan:

Puntos fuertes;

Sistema de calidad muy implantado en la dinámica del equipo a pesar de los múltiples cambios de personal;

Revisiones periódicas de la documentación;

Como oportunidades de mejora

Control de material en unidad de apoyo de matrona, falta evidencias control caducidades en almacén y farmacia;

registro de las incidencias

El objetivo del proyecto asistencial era mantener la certificación ISO. Se han desarrollado las actividades mencionadas y el resultado ha sido alcanzado con satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Entre las dificultades encontradas destacan:

Falta de comunicación con el Hospital de la Defensa.

Falta de recursos humanos en un Centro de población creciente. Estas cuestiones están pendientes de resolverse.

A pesar de las dificultades encontradas hemos aprendido a cambiar la actividad asistencial diaria con las tareas propias del proyecto de calidad. Con la mejora que ello supone para la atención al usuario

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/459 ===== ***

Nº de registro: 0459

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO-9001

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0459

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO-9001

GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, JAEN BAYARTE ESTEBAN, MARTINEZ LAVILLA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La implantación y funcionamiento del S. Gestión de Calidad supone la necesidad de mejorar continuamente por lo tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación ISO 9001,

RESULTADOS ESPERADOS

Mantener la certificación ISO-9001.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad para la mejora continua.

Mejorar el Registro de OMI.

Formación adecuada a nuestras deficiencias en cuanto a los indicadores previstos en el contrato de gestión.

Mejorar la comunicación con especializada del H.Militar.

Responsables:

José Antonio Galve Gorriz

Esteban Jaen Bayarte

Maria Jose Martinez Lavilla

INDICADORES

La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la Dirección y Auditoria Externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: abril 2017.

Revisión por la Dirección: mayo 2017

Auditoria Externa: junio 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en las auditorias interna: abril-diciembre de 2017.

Externa: junio-diciembre de 2017.

Formación de los profesionales y sesiones del servicio en las fechas previstas.

Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados.

Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017; Diciembre 2017/enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1299

1. TÍTULO

MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE SARA BELTRAN GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ GARCIA DIANA
REMON GARIJO LEON
RAMIRO MILLAN PATRICIA
CEMELI CANO MERCEDES
JIMENEZ PEREZ EVA
VIDAL VILLANUEVA SUSANA
PUEYO ROYO NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesiones teórico-prácticas de 1 hora en el centro de salud:
Claves para una exploración ocular básica en pediatría 5 octubre 2017.
Alteraciones del segmento anterior y reflejo rojo. 19 octubre 2017
Enfermedades de la retina y nervio óptico. 19 octubre 2017
Estrabismos y ambliopía. 13 noviembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Hoja de Asistencia: firmaron la hoja de asistencia a la sesión 23/35 profesionales sanitarios el día 5 octubre; 20 el día 19 octubre y 14 el día 13 noviembre. La asistencia del personal que atiende niños fue la predominante a las sesiones.
2.- Encuesta satisfacción: Se paso una encuesta donde se valoraron del 1 (en desacuerdo) al 10 (acuerdo/satisfacción) los siguiente ítems: objetivos alcanzados, la exposición teórica, habilidades prácticas, la duración, la sala, los docentes, satisfacción general. Siendo valorados todos los ítems con una valoración numérica de 8 o mas puntos.
3.-Evaluación agudeza visual en consulta: En la revisiones del niño sano realizadas por enfermeras o pediatras según la edad del paciente, se hizo hincapié gracias a las sesiones formativas en la evaluación visual acorde a la edad: exploración ocular externa, reflejo rojo, test hisberg, cover test, test pigasouu y como novedad test de Lang.
El material necesario disponible en el centro era: linterna, oftalmoscopio, y test de agudeza visual. Como novedad se dotó al centro de las laminas del test de lang para estudiar la visión estereoscópica y se pasaron en la revisión de 3-4 años.
Se derivó al servicio de oftalmología pediátrica a los niños en los que se detecto un defecto o alteración visual, para diagnosticar y prevenir lo mas precozmente la ambliopía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cribado de las alteraciones visuales tiene una importancia especial en la infancia para detectar precozmente aquellos trastornos que distorsionan o suprimen la imagen visual normal y pueden causar problemas en el desarrollo de la visión.
La patología varia según la edad, así en el recién nacido y el lactante, el cribado busca la detección precoz de problemas oculares graves aunque infrecuentes, como la catarata congénita o el retinoblastoma. En la edad preescolar tiene como objetivo la detección de la ambliopía y determinados trastornos que suponen un factor de riesgo para desarrollarla. En la edad escolar, el cribado se basa en la detección de la disminución de la agudeza visual por errores de refracción.
Se recomienda el cribado de las alteraciones visuales a edades tempranas para mejorar el pronóstico visual. En el lactante inspección ocular, reflejo rojo (menores de 6meses), y test Hisberg. El cribado ambliopía se recomienda en niños 3-5 años, mediante test estereopsis,cover test ..y los errores de refracción entre los 6 y 14 año

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1299 ===== ***

Nº de registro: 1299

Título
MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1299

1. TÍTULO

MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BELTRAN GARCIA SARA, PEREZ GARCIA DIANA, REMON GARIJO LEON, RAMIRO MILLAN PATRICIA, CEMELI CANO MERCEDES, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, VIDAL VILLANUEVA SUSANA, PUEYO ROYO NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: mejorar la asistencia oftalmológica pediátrica

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El periodo de maduración visual comienza al nacimiento y finaliza aproximadamente a los 7 años. Cualquier alteración que interfiera en el buen desarrollo de la visión puede dejar como secuela una incapacidad de la misma si no se diagnostica y se trata a tiempo.
Los primeros años de vida son un periodo crítico, por ello es importante detectar los defectos de refracción precozmente, ya que pueden conllevar un bajo rendimiento escolar y producir una ambliopía (ojo vago) irreversible, con disfunciones oculares importantes en la edad adulta.
El pronóstico visual va a depender del defecto de refracción, del grado de anisometropía, del comienzo del tratamiento y del cumplimiento del paciente. Precozmente los resultados son mucho mejores, por ello en un centro de salud emergente en población pediátrica como es el C.S Valdespartera, actualmente con 7508 niños de 0-14 años, de ellos 4781 niños entre 0-6 años. Consideramos importante una adecuado cribado de la ambliopía, formando para ello al personal sanitario (enfermeras y pediatras) en la adecuada valoración oftalmológica a edades tempranas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la formación de los sanitarios de atención primaria para evaluar la agudeza visual pediátrica en las revisiones del niño sano.
- Detectar los problemas de refracción, y ambliopía lo mas precozmente posible.
- Población diana del proyecto, niños de 0-14 años, fundamentalmente entre los 0 y 6 años.

MÉTODO

Se realizara un programa de formación del personal del CS Valdespartera, durante la jornada laboral, con talleres teórico - prácticos. Los responsables de docencia serán oftalmólogos con formación específica en pediatría.
- Se realizara una hoja de registro de asistencia a las clases de formación.
- Encuesta de opinión para los participantes.
- Se evaluara adecuadamente la agudeza visual a los niños en las revisiones del programa del niño sano del centro de salud Valdespartera.
- Se derivara para ser evaluado por parte del servicio de oftalmología a los niños en los que se detecte un defecto visual, intentando detectar y evitar precozmente la ambliopía.

INDICADORES

- Numero de profesionales de la unidad que han realizado el programa de formación (hoja de asistencia)
- Satisfacción de los distintos profesionales que hayan participado a través de una encuesta
- Evaluación de la agudeza visual en revisión niño sano (programa OMI AP)

DURACIÓN

- Durante 2017 (septiembre- diciembre) se impartirán seminarios teórico prácticos al personal sanitario: un seminario al mes
- o 1.- Exploración al paciente pediátrico: oftalmológica adaptada atención primaria
- o 2.- Alteraciones del segmento anterior y reflejo rojo. Enfermedades de la retina y nervio óptico.
- o 3.- Estrabismos y ambliopía.
- o 4.- Urgencias oftalmológicas. Casos y criterios de derivación.
- Evaluación de los indicadores enero- abril 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1299

1. TÍTULO

MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE EVA JIMENEZ PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNARDOS LAZARO PAULA
VIDAL VILLANUEVA SUSANA
MARTIN-ALBO FRANCES VERONICA
MORELLA BAILO DIANA
BELTRAN GARCIA SARA
CEMELI CANO MERCEDES
OÑATE CALVO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.-Realización de sesión clínica en el Centro de Salud para poner en conocimiento el proyecto, así como indicar unas pautas básicas de LM: Realizado en Junio 2016
2.-Se han realizado las sesiones del Grupo de Apoyo a la lactancia todos los Miércoles de 12-12:30, de forma ininterrumpida hasta el momento actual.
3.- Captación de embarazadas en el último trimestre para recomendar su asistencia prenatal y postnatal al grupo de lactancia
4.-Se ha realizado la primera visita de Recién Nacido a las 24-48 horas tras el alta hospitalaria reforzando el establecimiento de la lactancia.
5.- Se han reforzado los beneficios de continuar con LM en exclusiva hasta los 6 meses y acompañada por otros alimentos hasta los 2 años, en cada una de las revisiones del programa de salud infantil.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- % de niños alimentados con LM al nacimiento:98%
2.- % de niños alimentados con LM a las 6 semanas de vida: 94%
3.- % de niños alimentados con LM a los 3 meses de vida.: 93%
4.-% de niños alimentados con LM a los 6 meses de vida:84%
5.- % de niños alimentados con LM a los 12 meses de vida: pendiente de calcular cuando el proyecto cumpla un año.
6.- % de niños alimentados con LM con más de 12 meses de vida: pendiente de valorar en las próximas memorias.
7.- Grado de satisfacción de los usuarios: pendiente de recibir las respuestas a la encuesta de evaluación remitida a los usuarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos hasta el momento actual son muy satisfactorios. Se han conseguido unas tasas de mantenimiento de la LM muy por encima de la media nacional. Según los datos publicados por el INE 2011-2012, las tasas de lactancia a las 6 semanas, 3 y 6 meses son 68%, 63% y 43% respectivamente. Muy inferior a las conseguidas en las madres que asisten a nuestro grupo de lactancia, que son: 94%, 93% y 84%. Incluso en las madres que no asisten al grupo, las tasas conseguidas son muy superiores a las nacionales (95%, 80% y 55%). Es por ello, que consideramos muy importante la implicación de todos los profesionales de la salud, en la promoción de la LM.

7. OBSERVACIONES.

Dado que el Proyecto tiene menos de un año de historia, nos ha sido imposible conocer todos los indicadores marcados al inicio. El proyecto tiene continuidad en los próximos años, por lo que estos resultados se incluirán en futuras memorias.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1323 ===== ***

Nº de registro: 1323

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

Autores:
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, BERNARDOS LAZARO PAULA, BELTRAN GARCIA SARA, VIDAL VILLANUEVA SUSANA, CEMELI CANO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

MERCEDES, MORELLA BAILO DIANA, OÑATE CALVO CARMEN, MEDRANO HOMBRO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PARTICIPACION ACTIVA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Lactancia Materna (LM) es el patrón de oro en la alimentación del Recién Nacido y el niño pequeño. Es una de las actividades preventivas con mayor impacto en la salud, tanto del niño como de la madre. Además, es generadora de equidad en salud y protege el medio ambiente. Es por todo ello que en nuestro centro de salud vamos a realizar diferentes intervenciones encaminadas a aumentar la prevalencia de la lactancia, ofreciendo información a las familias y mejorando la autoconfianza de las mujeres para poder llevarla a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Aumentar el número de niños que se benefician de las propiedades de la leche materna.
- 2.-Reforzar la autoconfianza de las madres para llevar a cabo una lactancia materna exitosa.
- 3.-Mejorar los índices de satisfacción respecto a los servicios prestados tras el parto.

MÉTODO

- para poner en conocimiento el proyecto, así como indicar unas pautas básicas de LM.
- 2.-Creación de un grupo de apoyo a la LM, con reuniones semanales de 1.5 horas de duración:
 - Información teórica que permita a las familias una elección informada de como alimentar a sus Recién Nacidos.
 - Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia y sus posibles problemas (leche insuficiente, dolor al amamantar, sueño...).
 - Resolución de problemas y dudas planteadas por las familias.
 - Información práctica sobre técnicas de amamantamiento.
 - Información sobre el manejo y conservación de la leche materna.
 - 3.- Captación de embarazadas en el último trimestre para recomendar su asistencia prenatal y postnatal al grupo de lactancia
 - 4.-Realizar la primera visita de Recién Nacido a las 24-48 horas tras el alta hospitalaria para reforzar el establecimiento de la lactancia.
 - 5.- Reforzar los beneficios de continuar con LM en exclusiva hasta los 6 meses y acompañada por otros alimentos hasta los 2 años, en cada una de las revisiones del programa de salud infantil, realizadas por pediatras y enfermeras de pediatría.
 - 6.-Encuesta para evaluar el grado de satisfacción de las familias.

INDICADORES

- 1.- % de niños alimentados con LM al nacimiento.
- 2.- % de niños alimentados con LM a las 6 semanas de vida.
- 3.- % de niños alimentados con LM a los 3 meses de vida.
- 4.-% de niños alimentados con LM a los 6 meses de vida.
- 5.- % de niños alimentados con LM a los 12 meses de vida.
- 6.- % de niños alimentados con LM con más de 12 meses de vida.
- 7.- Grado de satisfacción de los usuarios.

DURACIÓN

- 1.- Sesión con el equipo de Atención Primaria: Junio 2017.
- 2.-Reuniones con el grupo de apoyo: todos los miércoles de 12-13:30.
- 3.- Captación de embarazadas en el último trimestre: De mayo a Diciembre 2017.
- 4.-Adelantar la primera visita del RN: De mayo a Diciembre 2017.
- 5.- Reforzar los beneficios de continuar con LM: De mayo a Diciembre 2017.
- 6.- Encuesta de satisfacción: Noviembre a Diciembre 2017.
- 7.- Evaluación de resultados: Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DEVALDESPARTERA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0363

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE SARA BELTRAN GARCIA
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VIDAL VILLANUEVA SUSANA
GALVEZ GORIZ JOSE ANTONIO
JUSTE LOPEZ ESTHER
CALVO AZNAR MARIA JESUS
INGLES BELBEZE MARIA CARMEN
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA
HERNANDEZ GONZALEZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 2 grupos de alumnos de 4º de primaria que acudieron al centro acompañados por el profesorado, el día 12 de diciembre 22 alumnos y el 13 diciembre 21 alumnos (Total 43 alumnos).

Las actividades realizadas fueron:

- Video de presentación del centro de salud Valdespartera-Montecanal; explicando la organización. (en la sala de reuniones del centro)
- Visita guiada por el centro realizado por profesionales de Medicina y enfermería
- Taller de heridas y vendajes dirigido por personal de enfermería. (realizada en el gimnasio)
- Taller role playing sobre las funciones del medico dirigido por pediatra o medico de familia (en una consulta de pediatría)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La valoración de la actividad por parte del Colegio San Jorge (escuela promotora de salud) fue muy positiva, tanto por parte de los alumnos como la de los profesores. Agradecieron al personal del centro las actividades realizadas y destacaron la amabilidad y entusiasmo con lo que las realizaron. Les resulto todo muy práctico y activo, y a los niños se les hizo hasta corto.

La actividad quedo registrada en el blog del colegio. Se adjunta enlace:

<http://efceipsanjorge.blogspot.com.es/2017/12/visitamos-el-centro-de-salud.html>

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La escuela es uno de los ámbitos mas importantes para realizar educación sanitaria, intentando establecer conocimientos, actitudes y comportamientos sobre la salud. Al ser la primera vez que nos acercábamos como centro de salud a la escuela, reconocemos que además de para los alumnos y profesores, la experiencia fue muy gratificante para los profesionales de la salud (médicos pediatra y enfermeras), que al principio teníamos cierto miedo a fracasar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/363 ===== ***

Nº de registro: 0363

Título
ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Autores:
BELTRAN GARCIA SARA, VIDAL VILLANUEVA SUSANA, GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, JUSTES LOPEZ ESTHER, CALVO AZNAR MARIA JESUS, INGLES BELBEZE MARIA CARMEN, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, HERNANDEZ GONZALEZ MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0363

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque
Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Todas las definiciones de educación sanitaria (ES) contienen un elemento básico: la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los receptores de la educación. La escuela es uno de los ámbitos mas apropiados para la ES.

Desde hace tiempo se ha venido planteando un abanico de iniciativas en el marco escolar, que cubre diversos ámbitos desde: los cuidados personales, relaciones, educación nutricional, prevención y educación vial, drogas, educación sexual, etc. Nosotros queremos colaborar con una de las Escuelas Saludables/promotoras del barrio en las actividades enmarcadas como Comunitarias.

Los niños de 10-11 años acuden al Centro de Salud acompañados por sus familiares, solo por actividades asistenciales y de promoción de salud en el programa del niño sano y solo mantienen una relación asistencial con pediatras y enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:

- Que los estudiantes de 4º de primaria conozcan el Centro de Salud, los profesionales que en él trabajan y las funciones que desempeñan.

Objetivos específicos:

- Dar a conocer el Centro de Salud a la Comunidad.
- Identificación de los profesionales que trabajan en el Centro de Salud.
- Conocimiento práctico de las diferentes funciones que los profesionales desarrollan en el Centro de Salud.
- Fomentar el buen comportamiento en el Centro de Salud.

MÉTODO

Población diana:

- Niños de 4º de Primaria del Colegio San Jorge de Zaragoza.
 - Profesores/tutores de los niños del Colegio San Jorge de Zaragoza
- La captación se realizó desde el Equipo de Pediatría del Centro de Salud, a través de correo electrónico con el Colegio San Jorge y ellos fueron los que propusieron la actividad y el grupo de edad con el que trabajar.

Actividades:

- Vídeo presentación del Centro de Salud Valdespartera-Montecanal.
- Visita guiada por el Centro realizada por profesionales de Medicina y Enfermería.
- Taller de cura de heridas y vendajes con profesionales de Enfermería
- Taller "role playing" sobre las funciones del Médico.

INDICADORES

Satisfacción de los alumnos y profesorado en la primera toma de contacto con el centro de salud.

DURACIÓN

Dos grupos de 20-25 alumnos acompañados por el profesorado, y visita de 1-2h por grupo al centro. Inicialmente se expone un video de presentación, a continuación damos a conocer las diferentes salas del centro y por ultimo la realización de talleres prácticos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0718

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GALVE GORRIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INGLES BELBEZE MARIA CARMEN
GRIMAL ALIACAR CARLOS
ALBO RITUERTO PILAR
HUERTAS BADOS AUREA
BOIX JULIA TERESA
JAEN BAYARTE ESTEBAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación a los miembros del EAP mediante charla sobre EPOC y registro en OMI. Formación al equipo de enfermería sobre técnica de la espirometría. Apertura consulta monografica tabaquismo en el Centro de Salud

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora de los indicadores de intervención en tabaquismo respecto a años anterior del 60% al 63%. Atención al paciente en consulta monografica tabaquismo 91 pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos detectado que sigue sin registrarse correctamente en OMI la actividad, por lo que no podemos valorar resultados. Proponemos seguir con la formación de los profesionales para mejorar este objetivo en 2019

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/718 ===== ***

Nº de registro: 0718

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS DE VALDESPARTERA

Autores:
GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, INGLES BELBEZE MARIA CARMEN, GRIMAL ALIACAR CARLOS, ALBO RITUERTO PILAR, HUERTAS BADOS AUREA, BOIX JULIA TERESA, JAEN BAYARTE ESTEBAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Fomentar la detección y registro del hábito tabáquico e intervención activa sobre el mismo. Creación de una consulta monográfica.
Diagnóstico de EPOC mediante espirometría realizada en el centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar los indicadores de intervención en tabaquismo del 2017 (60,13 %)
Mejorar indicadores de diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en 2017 (5.77 %)
Realizar espirometría a todos los usuarios que cumplan los criterios expuestos en la población diana.

MÉTODO
Formación a los miembros del EAP en EPOC mediante charla sobre la enfermedad y registro en OMI.
Formación a enfermería sobre la técnica de la espirometría.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0718

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS VALDESPARTERA

Formación en tabaquismo para los miembros del EAP.

INDICADORES

Estratificación del riesgo de los pacientes con EPOC según la guía GesEPOC 2017.
Determinación del Fenotipo.
Cuestionario CAT que mide el impacto que la EPOC tiene en la vida y bienestar del paciente.
Registro de agudizaciones en el último año o ingreso hospitalario.

DURACIÓN

Junio: Sesión formativa en EPOC
Septiembre: Taller de espirometría.
Registro en historia clínica de síntomas de pacientes con EPOC ya diagnosticados en OMI.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0718

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CENTRO DE SALUD VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GALVE GORRIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INGLES BELBEZE MARIA CARMEN
GRIMAL ALIACAR CARLOS
ALBO RITUERTO PILAR
HUERTAS BADOS AUREA
BOIX JULIA TERESA
JAEN BAYARTE ESTEBAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto de mejora que se inicia en 2018, tras el análisis realizado, detectándose un déficit en la atención a nuestros pacientes crónicos EPOC, así como un déficit en el registro del hábito tabaquico y déficit en la intervención activa sobre el mismo. Así como mejorar el diagnóstico de EPOC mediante espirometrías realizadas en nuestro centro de salud.
Tras el primer año de la iniciativa y sin haber conseguido los objetivos marcados se decide seguir en nuestro empeño de mejorar la atención de estos pacientes. Con este objetivo el 19/02/2019 se reúne el grupo de mejora para analizar de nuevo el proyecto y marcar las actividades a realizar este año.
El primer problema con el que se encontró el grupo fue que los indicadores marcados en el proyecto inicial nos resultaban muy difíciles de medir, dado que muchos de ellos era necesario mirar historia por historia si se habían cumplido los requisitos, sin aportarnos mucho, así que se decide un cambio en la medición de nuestros objetivos, que nos sea más fácil medir y nos aporten la información que deseamos para saber si cumplimos nuestros objetivos que no han cambiado. Utilizando para ello el cuadro de mandos así para medir primer objetivo utilizaremos:
Intervención sobre tabaquismo (%) ; para medir segundo objetivo: EPOC - Síntomas respiratorios (%) Pacientes incluidos en el Denominador con al menos un registro en el si tiene síntomas respiratorios en el periodo de evaluación/Población entre 40-79 años con diagnóstico de EPOC y algún registro en el periodo de evaluación. Para medir 3 objetivo: abrir consulta monográfica de deshabituación tabaquismo y de espirometrías

Se pone en conocimiento del equipo la continuidad del proyecto de mejora que se inicio en 2018 en la reunión de equipo con fecha 15/04/2019.

Durante este año se ha puesto en marcha la consulta de deshabituación tabaquica donde se ha atendido a a 282 pacientes con una tasa de abandono del tabaco de 60 % aproximadamente ya que nuestros paciente todavía no llevan un año de abstinencia como marcan las guías para considerarlos ex-fumadores.

Así mismo se ha abierto la consulta monográfica de Espirometrías en la que se han realizado 96 espirometrías a Pacientes ya con EPOC diagnosticado, así como a pacientes fumadores mayores de 40 años fumadores de más de 10 paquetes /año

Se han realizado 2 sesiones clínicas para la formación del equipo en espirometría y registro de EPOC y tabaquismo durante el año, la primera el 25 de junio donde se realizó sesión clínica de registro en OMI, así como la utilización del cuadro de mandos. La segunda 11/12/2019 en la que actualizaron conceptos de EPOC, nuevas Guías, Tratamientos en la deshabituación tabaquica (próxima financiación)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante este año hemos conseguido cumplir con nuestros objetivos con mejoría en los indicadores:

Intervención tabaquica 2019: 64,05 frente al 60,13 % en 2017

síntomas ePOC 17,01, frente a un 5,77 en 2017.

Así mismo hemos conseguido el poner en funcionamiento las consultas de deshabituación tabaquica y la de espirometría, con buenos resultados de las mismas.

En la revisión de nuestras historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de EPOC se ha visto que 10,04 % tenían realizada la estratificación del riesgo según las guías Gesepoc, un 7,31 % tenían determinado fenotipo en la historia clínica, Un 7,04 % tenían registrado que se les había realizado el cuestionario CAT para medir el impacto del EPOC en su vida. Un 16 % estaba registrado las agudizaciones e ingresos hospitalarios. No tenemos datos del 2017 con lo que no se puede realizar comparación de estos indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de la mejoría en los marcadores no hemos conseguido aumentar la prevalencia en EPOC, tema en el debemos seguir trabajando para una mejor atención a nuestros pacientes crónicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/718 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0718

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CENTRO DE SALUD VALDESPARTERA

Nº de registro: 0718

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS DE VALDESPARTERA

Autores:
GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, INGLES BELBEZE MARIA CARMEN, GRIMAL ALIACAR CARLOS, ALBO RITUERTO PILAR, HUERTAS BADOS AUREA, BOIX JULIA TERESA, JAEN BAYARTE ESTEBAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Fomentar la detección y registro del hábito tabáquico e intervención activa sobre el mismo. Creación de una consulta monográfica.
Diagnóstico de EPOC mediante espirometría realizada en el centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar los indicadores de intervención en tabaquismo del 2017 (60,13 %)
Mejorar indicadores de diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en 2017 (5.77 %)
Realizar espirometría a todos los usuarios que cumplan los criterios expuestos en la población diana.

MÉTODO
Formación a los miembros del EAP en EPOC mediante charla sobre la enfermedad y registro en OMI.
Formación a enfermería sobre la técnica de la espirometría.
Formación en tabaquismo para los miembros del EAP.

INDICADORES
Estratificación del riesgo de los pacientes con EPOC según la guía GesEPOC 2017.
Determinación del Fenotipo.
Cuestionario CAT que mide el impacto que la EPOC tiene en la vida y bienestar del paciente.
Registro de agudizaciones en el último año o ingreso hospitalario.

DURACIÓN
Junio: Sesión formativa en EPOC
Septiembre. Taller de espirometría.
Registro en historia clínica de síntomas de pacientes con EPOC ya diagnosticados en OMI.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0739

1. TÍTULO

PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL GRIMA BARBERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones
- Presentación del Programa (2 de Junio de 2018)
- Presentación de indicadores de consumo de antibióticos (20 de Diciembre de 2018)
Comunicación a los pacientes (carteles)
Documento de adhesión de los profesionales
Hojas de asistencia a sesiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendientes de recepción por los profesionales (medicos de familia y pediatras) de los resultados de consumo de antibioticos en 2018 en el C de Salud
Concienciación del uso abusivo de antibióticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Correcto uso y elección de antibióticos en los diferentes cuadros infecciosos.
Dosis y duración de la antibioterapia en los principales cuadros infecciosos.
Manejo de pruebas de diagnóstico rápido de infección
Recogida correcta de muestras biológicas
Incompatibilidades de antibioticos con otras medicaciones

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/739 ===== ***

Nº de registro: 0739

Título
PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

Autores:
GRIMA BARBERO JOSE MIGUEL, GRIMAL ALIACAR CARLOS, INGLES BELZEBE MARIA CARMEN, CALONGE VERGARA ISABEL, CEMELI CANO MERCEDES, LALIENA AZNAR SARA, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades infecciosas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes del resto, puesto que no solo tienen efecto sobre el individuo que lo recibe sino que tienen una trascendencia ecológica, puesto que de una u otra manera, su presencia en el ambiente o entorno será inevitable. Sus efectos ecológicos pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas. En los últimos se ha agravado la aparición de resistencias complicando el tratamiento de las infecciones.

En el análisis de los indicadores básicos en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN, consideramos una oportunidad de mejora en el EAP de Valdespartera trabajar en la optimización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0739

1. TÍTULO

PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

del uso de antibióticos de espectro reducido, así como de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la utilización de antibióticos de espectro reducido, de amoxicilina y de amoxicilina-clavulánico según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica, invirtiendo la tendencia descendente en los últimos tres años en la prescripción de antibióticos de espectro reducido respecto al total de los antibióticos y de amoxicilina respecto a amoxicilina-clavulánico.
- 1, Designar una persona clave o referente PROA en el EAP: José Miguel Grima Barbero.
- 2- Asistencia del referente del PROA de cada equipo de AP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
- 3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales del PROA-AP de IRASPROA.
- 4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico.
- 5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

MÉTODO

1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP
- 2 Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios general de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico

INDICADORES

Existencia de una persona clave PROA en el EAP: objetivo: SI
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP: Objetivo : firma por parte de >80% de los profesionales del centro del documento.
Sesiones PROA-AP Realización de 2 relacionadas con el uso de antibióticos.+
Objetivo: Asistencia media > de 50%.
Mejorar el consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto del total.
Mejorar el porcentaje del consumo de amoxicilina respecto amoxicilina-clavulánico.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados: Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%): $DDD\ ATB\ espectro\ reducido * / DDD\ antibióticos\ (J01) \times 100$
Valor 2017: 40,7%
Objetivo 2018: >42%
*Antibióticos de espectro reducido: amoxicilina (J01CA04), bencilpenicilina (J01CE01), fenoximetilpenicilina (J01CE02), bencilpenicilina-benzatina (J01CE08), bencilpenicilina-procaína (J01CE09), fenoximetilpenicilina-benzatina (J01CE10), cloxacilina (J01CF02), fosfomicina (J01XX01).

DURACIÓN

- Marzo-Abril: designación de la persona referente del PROA en el EAP.
- Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica.
- Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA.
- Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico.
- Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0739

1. TÍTULO

PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL GRIMA BARBERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRIMAL ALIACAR CARLOS
INGLES BELBEZE MERCEDES
CALONGE VERGARA ISABEL
CEMELI CANO MERCEDES
LALIENA AZNAR SARA
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones:
- Presentación del programa (2 de Junio de 2018)
- Presentación de indicadores de consumo de antibióticos (20 de Diciembre de 2018)
Comunicación a los pacientes (carteles)
Documento de adhesión de los profesionales
Hojas de asistencia a sesiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendientes de recepción por los profesionales de consumo de antibióticos en 2018 en el C de Salud
Concienciación del uso abusivo de antibióticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendientes de recibir resultados, el equipo tiene ahora una conciencia de que se están empleado los antibióticos más allá de sus indicaciones y una clara conciencia de restringir su uso a los casos en los que son útiles

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/739 ===== ***

Nº de registro: 0739

Título
PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

Autores:
GRIMA BARBERO JOSE MIGUEL, GRIMAL ALIACAR CARLOS, INGLES BELZEBE MARIA CARMEN, CALONGE VERGARA ISABEL, CEMELI CANO MERCEDES, LALIENA AZNAR SARA, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades infecciosas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes del resto, puesto que no solo tienen efecto sobre el individuo que lo recibe sino que tienen una trascendencia ecológica, puesto que de una u otra manera, su presencia en el ambiente o entorno será inevitable. Sus efectos ecológicos pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas. En los últimos se ha agravado la aparición de resistencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0739

1. TÍTULO

PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

complicando el tratamiento de las infecciones.

En el análisis de los indicadores básicos en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN, consideramos una oportunidad de mejora en el EAP de Valdespartera trabajar en la optimización del uso de antibióticos de espectro reducido, así como de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la utilización de antibióticos de espectro reducido, de amoxicilina y de amoxicilina-clavulánico según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica, invirtiendo la tendencia descendente en los últimos tres años en la prescripción de antibióticos de espectro reducido respecto al total de los antibióticos y de amoxicilina respecto a amoxicilina-clavulánico.
- 1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP: José Miguel Grima Barbero.
- 2- Asistencia del referente del PROA de cada equipo de AP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
- 3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales del PROA-AP de IRASPROA.
- 4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico.
- 5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

MÉTODO

- 1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP
- 2 Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica
- 3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios general de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
- 4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico

INDICADORES

Existencia de una persona clave PROA en el EAP: objetivo: SI
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP: Objetivo : firma por parte de >80% de los profesionales del centro del documento.
Sesiones PROA-AP Realización de 2 relacionadas con el uso de antibióticos.+
Objetivo: Asistencia media > de 50%.
Mejorar el consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto del total.
Mejorar el porcentaje del consumo de amoxicilina respecto amoxicilina-clavulánico.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados: Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%): $DDD\ ATB\ espectro\ reducido * / DDD\ antibióticos\ (J01) * 100$
Valor 2017: 40,7%
Objetivo 2018: >42%
*Antibióticos de espectro reducido: amoxicilina (J01CA04), bencilpenicilina (J01CE01), fenoximetilpenicilina (J01CE02), bencilpenicilina-benzatina (J01CE08), bencilpenicilina-procaína (J01CE09), fenoximetilpenicilina-benzatina (J01CE10), cloxacilina (J01CF02), fosfomicina (J01XX01).

DURACIÓN

- Marzo-Abril: designación de la persona referente del PROA en el EAP.
- Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica.
- Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA.
- Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico.
- Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0060

1. TÍTULO

ESCUELA Y SALUD

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES CEMELI CANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BELTRAN GARCIA SARA
VALIENTE LOZANO JOSE VICTOR
GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO
JUSTES LOPEZ ESTHER
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA
CALVO PERALTA CARMEN
ARIZA ORTIZ REBECA MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Participaron 46 niños del Colegio San Jorge de Zaragoza de 5ª de primaria. Se realizo en dos dias consecutivos, en grupos de 23 niños, acompañados de dos profesores. Duracion de la actividad 1 hora y media aproximadamente. Se inicio la actividad con un vídeo de presentación del Centro de Salud y aplicado a la practica con una visita guiada por el centro realizada por profesionales de medicina y enfermería. Se enseñaban las instalaciones, material, tecnicas...que en algunos casos eran desconocidas para los niños. Posteriormente se impartieron dos talleres teorico-practicos (personal de enfermeria), uno de ellos de higiene personal y lavados de manos, y otro de RCP (reanimación cardiopulmonar) básica y atragantamiento (pediatra y enfermeria).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al finalizar la actividad, se evaluo mediante encuestas de satisfaccion; una para profesores y otra adaptada a los niños. La actividad en general, fue calificada como muy buena en el 92% de los niños y en un 87% de los profesores. El taller de higiene personal fue el mejor valorado en cuanto a nuevo aprendizaje, sin embargo el de RCP fue considerado como el mas importante. Todos los participantes recomendarian la actividad a otros compañeros e incluso repetirla en años posteriores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La escuela es uno de los ámbitos más importantes para la educacion para la salud. Por ellos, es importante mantener actividades de este tipo que promuevan actividades saludables de forma teorica-practica desde edades tempranas. El conocimiento de las personas que trabajamos en el centro de salud, de los metodos de higiene y prevencion de enfermedades infecciosas y de tecnicas de RCP ayuda a hacer participe a la poblacion de como mantener un buen nivel de salud.
Por todo ello, calificamos la actividad como muy buena con puntos a mejorar: reducir grupos de niños y adecuar contenido de los talleres de forma que sigan ofreciendo conocimientos nuevos y atractivos para los niños.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/60 ===== ***

Nº de registro: 0060

Título
ESCUELA Y SALUD

Autores:
CEMELI CANO MERCEDES, BELTRAN GARCIA SARA, VALIENTE LOZANO JOSE VICTOR, GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, JUSTES LOPEZ ESTHER, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, CALVO PERALTA CARMEN, ARIZA ORTIZ REBECA MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCION DE ENFERMEDADES Y ATENCION URGENTE
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0060

1. TÍTULO

ESCUELA Y SALUD

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La educación para la salud (EPS) puede definirse desde dos vertientes. Por una parte, consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y la protección de la salud. Por otro lado, la educación para la salud contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud. La escuela es uno de los ámbitos más importantes para la EPS. Como personal sanitario, seguimos siendo esenciales en la instrumentación de los esfuerzos para crear, organizar e implementar cambios en la comunidad que pueden modificar significativamente la salud de los niños, por ello queremos colaborar con una de las Escuelas Saludables del barrio. Los niños acuden al Centro de Salud acompañados por sus familiares, por actividades asistenciales y de promoción de salud en el programa del niño sano.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:

Que los estudiantes conozcan el Centro de Salud, a sus profesionales y las funciones que desempeñan.

Objetivos específicos:

Dar a conocer el Centro de Salud a la Comunidad.

Conocimiento de las funciones que los profesionales desarrollan en el Centro de Salud.

Conocimiento práctico de cómo podemos evitar el contagio de determinadas enfermedades más frecuentes en el colegio

Conocimiento práctico de cómo actuar en determinados casos de riesgo vital.

MÉTODO

Población diana:

Niños del Colegio San Jorge de Zaragoza.

Profesores/tutores de los niños del Colegio San Jorge de Zaragoza

La captación se realizará desde el Equipo de Pediatría del Centro de Salud, a través de correo electrónico con el Colegio San Jorge y ellos fueron los que propusieron la actividad y el grupo de edad con el que trabajar.

Actividades:

- Vídeo presentación del Centro de Salud Valdespartera-Montecanal.
- Visita guiada por el Centro realizada por profesionales de Medicina y Enfermería.
- Taller de lavado de manos y prevención en la transmisión de infecciones con profesionales de enfermería
- Taller de RCP (reanimación cardiopulmonar) básica y atragantamiento con profesionales médicos y personal de enfermería.

INDICADORES

Satisfacción de los alumnos y profesorado en la primera toma de contacto con el centro de salud.

DURACIÓN

Diferentes grupos de un número reducido de alumnos acompañados por el profesorado, y visita de 1-2h por grupo al centro. Inicialmente se expone un video de presentación, a continuación, damos a conocer las diferentes salas del centro y por último la realización de talleres prácticos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0885

1. TÍTULO

ACTIVACION DE ESCOLARES ANTE UNA EMERGENCIA VITAL

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE INES GALE ANSO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RONCALES SAMANES MARIA DEL PILAR
SAEZ DE ADANA PEREZ MARIA ESPERANZA
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA
TAPIA RUIZ MARIA
CEMELI CANO MERCEDES
ROYO PEREZ NIEVES DELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el Colegio de Educación Infantil y Primaria Valdespartera 1 durante los días 10, 11 y 12 de Abril de 2019, se llevó a cabo una actividad llamada "La Feria Científica". Dentro de su programa, pediatras del CS Valdespartera-Montecanal impartieron 6 talleres de RCP a alumnos de 1º y 3º de educación primaria. Por parejas y en horario de 9-10h, 11:30-12:30h y de 15-16h, las pediatras se desplazaron al colegio para realizar dichos talleres. Las sesiones duraron 1 hora cada una, dividida en cuatro partes. La primera parte, en la que se presentaba la actividad, se proyectó un audiovisual con la canción de la reanimación cardiopulmonar (RCP) adaptada para niños y un video de un simulacro de RCP realizado por una niña. Así mismo se expuso la parte teórica del taller, con la ayuda de peluches, las propias pediatras y la profesora. En la segunda parte de la sesión los alumnos, cada uno con la ayuda de un peluche, hicieron practicas de RCP básica. En la tercera parte, los alumnos, en parejas, hicieron practicas de desobstrucción de la vía aérea y en la cuarta parte del taller se resolvieron dudas y se volvió a proyectar la canción de la RCP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para la evaluación de los talleres y tras realización de la actividad se repartieron encuestas a los docentes del colegio que acompañaron a los niños en los talleres y a los alumnos que lo recibieron.

La encuesta para los alumnos constaba de tres preguntas de fácil respuesta:

¿TE HA GUSTADO? NO/ SI

¿HAS APRENDIDO COSAS NUEVAS? NO/ SI

¿TE GUSTARÍA QUE TUS AMIGOS LO HICIESEN TAMBIÉN? NO/ SI

Nuestro objetivo era que el 80% de los alumnos contestase "SI" a cada una de la preguntas.

En 1º de Primaria contestaron la encuesta 70 alumnos con 1 encuesta no contestada, así pues n=71. A la primera y segunda pregunta contestaron SI 67 alumnos (95.7%) y a la tercera 64 alumnos (91.4%).

En 3º de Primaria contestaron la encuesta 79 niños. En las tres preguntas contestaron "SI" 78 alumnos (98.7%).

La encuesta de satisfacción que se entregó a las profesoras que acompañaron a los alumnos a los talleres constaba de tres preguntas con respuestas en forma de escala de 0 a 5 (0 En desacuerdo; 5 Muy de acuerdo)

1: ¿TE PARECE ADECUADA PARA LA EDAD LA METODOLOGIA UTILIZADA EN LOS TALLERES?

2: ¿CREES QUE LOS CONCEPTOS EXPLICADOS EN EL TALLER HAN QUEDADO CLAROS?

3: ¿TE PARECE QUE DEBERIA SER OBLIGATORIO EL CONOCIMIENTO DE LAS TECNICAS EXPLICADAS POR TODO EL PROFESORADO DEL CENTRO ESCOLAR?

Fueron 6 los docentes que contestaron la encuesta. La primera y segunda pregunta obtuvieron como respuesta 4 cincos y 2 cuatros. La tercera pregunta obtuvo 5 cincos y 1 cuatro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En términos generales la satisfacción con respecto a los talleres impartidos ha sido muy buena.

Por parte del CEIP Valdespartera 1 hubo gran predisposición e interés desde el momento en el que se planteó la realización de las sesiones. Esto resultó determinante para el buen curso de los talleres. Las profesoras y dirección del colegio quedaron muy satisfechos con el trabajo realizado. Realizar una buena presentación del proyecto al colegio y explicar la necesidad de que los escolares reciban este tipo de talleres facilita que el colegio acceda a su realización.

Desde el punto de vista de los profesionales que dimos impartimos las clases, resulta satisfactorio ver cómo los niños atienden, comprenden y aplican los conocimientos adquiridos. La única observación común entre todas las pediatras que impartimos los talleres fue que quizás los niños de 1º de Primaria resultan algo pequeños para mantener la atención durante toda la hora que duraba el taller. Creemos imprescindible la educación para la salud en las escuelas. Dentro de ésta, el conocimiento de la RCP básica y la activación al 112 en casos de emergencia vital es primordial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/885 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0885

1. TÍTULO

ACTIVACION DE ESCOLARES ANTE UNA EMERGENCIA VITAL

Nº de registro: 0885

Título
ACTIVACION DE ESCOLARES ANTE UNA EMERGENCIA VITAL

Autores:
GALE ANSO INES, RONCALES SAMANES MARIA DEL PILAR, SAEZ DE ARANA PEREZ MARIA ESPERANZA, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, TAPIA RUIZ MARIA, CEMELI CANO MERCEDES, ROYO PEREZ NIEVES DELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sin patologia
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar, en España se producen alrededor de unas 30.000 muertes súbitas al año fuera del hospital. En el 80% de los casos, estos eventos tienen lugar en el hogar de los pacientes. La supervivencia al año de los pacientes que sufren un paro cardiaco, varía de unos países a otros, siendo la media de apenas el 10%. Actualmente está demostrado que si se realizan una serie de acciones encadenadas, que pueden ser realizadas por la mayoría de las personas, de nominadas cadena de supervivencia, por parte de los testigos presenciales, se podría aumentar la supervivencia en 2-3 veces. Hoy en día se realizan estas maniobras en apenas 1 de cada 5 personas que sufren un paro cardiaco fuera del hospital. En los países donde la realización de técnicas de RCP por parte de testigos es alta, como Países Bajos o Suecia, las tasas de supervivencia pueden llegar al 40%. Según el European Resuscitation Council, y de acuerdo con lo expone la OMS en su declaración publicada en 2015 " Kids Save Lives", la capacitación obligatoria a nivel nacional de los niños en edad escolar tiene el impacto más alto para mejorar la tasa de RCP de los transeúntes. Esta parece ser la forma más exitosa de llegar a toda la población. El real Decreto 126/2104 de 28 de Febrero obliga a los colegios a incluir la enseñanza de primeros auxilios en el currículo básico de Educación Primaria. Pero todavía no se hace ni en todos los colegios ni de forma reglada.

RESULTADOS ESPERADOS
Instruir en cómo actuar ante una situación de posible emergencia vital, la cadena de supervivencia, a alumnos de centros escolares pertenecientes a la Zona Básica de Salud de Valdespartera-Montecanal. La población diana: escolares de 1º y 3º de primaria del CEIP Valdespartera 1 (150 alumno aproximadamente).

MÉTODO
La actividad se desarrollará mediante talleres de 50-60 minutos de duración. Los talleres se impartirán por clases, en grupos de 24-25 alumnos. En cada taller participaran 2 pediatras del Centro de salud de Valdespartera-Montecanal además de la profesora o profesor que acompañe a los alumnos. Los objetivos específicos a conseguir serán:
1) Aprender a contactar y dar información relevante al servicio 112: : cómo llamar al 112, saber responder a las preguntas que les formulen en dicha llamada(explicarles que tendrán que hablar con diferentes personas, contestar las preguntas que les hagan de la forma más clara posible...)
2) Aprenderse su dirección. Así mismo como a esta edad los niños ya saben leer y escribir se le aconseja tener escrita la dirección postal en un papel cerca del teléfono.
3) Aprender a reconocer una persona inconsciente: Se explica la diferencia entre estar dormido e inconsciente.
4) Aprender a reconocer si una persona respira: realizar la maniobra frente- mentón para comprobar si la persona respira (oír, ver, sentir).
5) Aprender qué hay que hacer si una persona inconsciente respira: Practicar la posición lateral de seguridad con la ayuda de los compañeros de la clase.
6) Aprender cómo actuar si una persona inconsciente no respira: RCP básica con compresiones torácicas sobre un muñeco de peluche.
7) Practicar técnicas de desobstrucción de vía aérea superior y saber cómo actuar en las diferentes situaciones que se planteen (la persona realiza tos efectiva, no puede toser, persona inconsciente) Así mismo se pondrá "la canción de la reanimación", a modo de repaso y como broche final al taller.

INDICADORES
A) Los alumnos rellenarán la encuesta de satisfacción al final del taller en la que valorarán la actividad mediante tres preguntas y una escala de iconos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0885

1. TÍTULO

ACTIVACION DE ESCOLARES ANTE UNA EMERGENCIA VITAL

INDICADOR 1: ¿TE HA GUSTADO?

NO ? SI ? Objetivo: SI 80 %

INDICADOR 1: ¿HAS APRENDIDO COSAS NUEVAS?

NO ? SI ? Objetivo: SI 80 %

INDICADOR 1: ¿TE GUSTARÍA QUE TUS AMIGOS LO HICIESEN TAMBIÉN?

NO ? SI ? Objetivo: SI 80 %

B) Se pasará una encuesta de satisfacción a las profesoras que acompañen a los alumnos a los talleres con una escala de 0 a 5 (0 En desacuerdo; 5 Muy de acuerdo)

INDICADOR 1: ¿TE PARTECE ADECUADA PARA LA EDAD LA METODOLOGIA UTILIZADA EN LOS TALLERES?

INDICADOR 2: ¿CREES QUE LOS CONCEPTOS EXPLICADOS EN EL TALLER HAN QUEDADO CLAROS?

INDICADOR 3: ¿TE PARECE QUE DEBERIA SER OBLIGATORIO EL CONOCIMIENTO DE LAS TECNICAS EXPLICADAS POR TODO EL PROFESORADO DEL CENTRO ESCOLAR?

DURACIÓN

Los talleres se impartirán como parte del programa de la "Feria Científica", actividad que se va a llevar a cabo en el CEIP Valdespartera 1 durante los días 10, 11 y 12 de Abril de 2019. Durante esos días, y en horario escolar, las pediatras se desplazaran por parejas al colegio para impartir los talleres a los alumnos de 1º y 3º de primaria.

La actividad se modificará para el siguiente curso escolar en función de los indicadores obtenidos a través de las encuestas de satisfacción contestadas por los alumnos y el profesorado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA SOBRE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA CUESTA SAMPER
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SORINAS DELGADO NOELIA
FRAJ VALLE MARIA DEL MAR
MARTIN GRACIA EVA
CARCELLE AYUDA MARIA JOSEFA
ARIZA GRACIA REBECA
CORTES BELANCHE ANDRES
SANCHEZ SANCHEZ CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

15/4/2019: en una reunión del EAP de Valdespartera, se presenta el proyecto al resto de los componentes del equipo. Se recuerda e incide en el uso de cuadros de mandos y OMI.

16/5/2019: Se realiza una sesión clínica conjunta: medicina (M^a Teresa Cuesta Samper) y enfermería (Clara Sanchez Sanchez) dirigida a todo el personal del EAP del centro de salud de Valdespartera, donde se aborda:
-Las Recomendaciones para la utilización de hipolipemiantes en el manejo de la dislipemia cómo factor de riesgo cardiovascular.

-Recordo sobre el uso del cuadro de mandos y OMI.

-Sesión sobre las medidas dietéticas y cambios de estilo de vida antes de comenzar el tratamiento hipolipemiente.

4/12/2019: Se realiza una nueva sesión clínica por parte de medicina (M^a Teresa Cuesta Samper) dirigida a todo el personal del EAP del centro de Salud de Valdespartera, basada en una Revisión de Casos Clínicos, con el fin de Recordar las recomendaciones del tratamiento de las dislipemias; así cómo recordar la importancia del abordaje correcto de OMI y la utilización del cuadro de mandos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre los objetivos de nuestro proyecto se encontraba la actuación a nivel de factores modificables para mejorar la cobertura en el tratamiento de las dislipemias en atención primaria. Así cómo una mejora en la evaluación de Riesgo Cardiovascular (RCV), puesto que todas las guías actuales sobre prevención cardiovascular, dicen que se debe adaptar dicha prevención al tipo de RCV que presenta cada individuo. Todo ello nos ayudaría a mejorar la cobertura de evaluación en el tratamiento de las dislipemias en prevención primaria.

Según esto:

- Hemos observado una mejora en la DETECCION TABACO(47,51-33,11)(% detección tabaco=>15 años a los que se les ha preguntado por consumo de tabaco): pasando de un 33% a un 37,07% .

- También hemos observado, aunque no se incluyó en el inicio del proyecto, una mejora en la INTERVENCION TABACO(64,52-53,39) (% intervención tabaquismo=>15 años a los que se les ha hecho intervención relacionada con el tabaquismo): de un 62,17 a un 64,06%

- Hemos observado una mejora en el RCV(63,13-55,5) (proporción de pacientes entre 35 y 74 años con algún factor de riesgo en quién consta que se ha valorado y estratificado el riesgo cardiovascular) : pasando del 50,76 al 53,22%

- No hemos mejorado sin embargo en el TRATAMIENTO COMBINADO HIPOLIPEMIANTE EN PREVENCION PRIMARIA (10,98-5,17): donde partíamos de 12,03 y hemos pasado a 12,39%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque no se han alcanzado todos los objetivos, entendemos que éste en un proyecto con vías de continuidad, por su necesidad para la mejora las Enfermedades cardiovasculares, que constituyen la primera causa de muerte en la mayoría de los países industrializados; siendo que en España, las enfermedades del sistema circulatorio, se mantienen como la primera causa de muerte.

Entre las conclusiones que hemos sacado al realizar el proyecto y para tener en cuenta a la hora de mejorar todos los objetivos, a valorar en nuevos proyectos, encontramos:

1-insistir en una utilización correcta de OMI y del cuadro de mandos: es fundamental tener diagnosticados a los pacientes e incluidos con su correcto CIAP, así como dejar constancias de las detecciones e intervenciones de tabaco, todo ello para un correcto cálculo de RCV, que debemos reflejar.

2-Nos hemos dado cuenta al realizar éste proyecto, que la población a la que iba dirigida, centro de salud de Valdespartera, es una población mayoritariamente joven. (a fecha 30/11/2019: éste centro cubre a 32.982 usuarios de los cuales 22.491 tienen de 14 a 64 años, y tan sólo un 5,4% : 1769 pacientes son mayores de 65 años.) . Por lo que a la hora de analizar la No mejoría en el objetivo en el TRATAMIENTO COMBINADO HIPOLIPEMIANTE EN PREVENCION PRIMARIA (10,98-5,17), observamos muchos casos de Hipercolesterolemia primaria (heterocigótica familiar o no familiar) dónde puede estar indicado el uso de combinación con estatinas mas ezetimiba. Quizás al tratarse de un mayor nº de población de éste tipo en comparación con otros centros de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA SOBRE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA

salud, habría que tener en cuenta el porcentaje de pacientes con ésta patología, a la hora de cubrir el rango del contrato programa.
Como Recomendación, podríamos sugerir la realización de un CIAP en OMI exclusivo para éstos pacientes, que pudiera excluirlos a la hora de valorar el tratamiento hipolipemiente combinado en prevención primaria.

3- También nos hemos encontrado otras patologías con códigos CIAP distintos a K74, K75, K76 y K90, consideradas como prevención secundarias; que los especialistas consideran de Alto riesgo cardiovascular, y dónde se ha visto incrementada la acción hipolipemiente, con combinaciones desde la actuación especializada, como son el K71 (estenosis aórtica severa), el U99 o U28 (trasplante renal).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1105 ===== ***

Nº de registro: 1105

Título
PROYECTO DE MEJORA SOBRE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA

Autores:
CUESTA SAMPER MARIA TERESA, SORINAS DELGADO NOELIA, FRAJ VALLE MARIA DEL MAR, MARTIN GRACIA EVA, CARCELLE AYUDA MARIA JOSEFA, ARIZA GRACIA REBECA, CORTES BELANCHE ANDRES, SANCHEZ SANCHEZ CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cobertura de evaluación en el tratamiento de las dislipemias en prevención primaria es mejorable. En la actualidad en nuestro centro es del 12,3%.
Muchos pacientes con ésta patología los tenemos en la actualidad con tratamientos combinados de ezetimiba-estatina, ezetimiba sola o fibratos, solos o combinados. Por lo que estaríamos " sobretratando" a unos pacientes, no siendo adecuado el balance riesgo/ beneficio; así como tampoco sería el adecuado el balance entre costes y uso de los recursos.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la primera causa de muerte en la mayoría de los países industrializados. En España, el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio se mantienen como primera causa de muerte.
La PREVENCIÓN PRIMARIA de la enfermedad cardiovascular es el conjunto de actuaciones dirigidas a reducir el riesgo de un primer evento coronario o cerebro vascular. Siendo la primera estrategia a seguir, el impulsar cambios de estilo de vida e identificar aquellos pacientes con mayor riesgo.

Todas las guías actuales sobre prevención de ECV en la práctica clínica recomiendan la evaluación del riesgo de EC o riesgo cardiovascular (RCV) total. Ya que la ECV aterosclerótica suele ser el resultado de diversos factores de riesgo, la prevención de la ECV en una persona determinada, se debe adaptar a su riesgo CV total: a mayor riesgo, se debería aplicar una cobertura más intensa.

Al analizar nuestros datos, nos damos cuenta que el cálculo de RCV entre nuestros pacientes sólo había alcanzado el 50,76% y la detección de tabaco el 33,4%. Como todas las guías de práctica clínica sobre tratamiento de dislipemias en prevención primaria se considera que las funciones de riesgo son el mejor instrumento actualmente disponible para detectar a los pacientes de alto riesgo, aunque su rendimiento predictivo a nivel individual es bajo. Y dado que estudios de cohortes han demostrado que las ecuaciones de riesgo, cuando se aplican a poblaciones similares a aquellas a partir de las cuales se han elaborado, predicen con un alto grado de exactitud lo estimado previamente. Y la actuación a nivel de los factores de riesgo modificables es la primera acción a tomar en cuenta... hemos decidido actuar sobre éstos para mejorar nuestra cobertura en el tratamiento de dislipemias en atención primaria .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA SOBRE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la cobertura ineficiente de tratamiento hipolipemiante combinado en prevención primaria.

Para lo cual incidiríamos:

- 1- Actualizar los conocimientos a los profesionales sobre guías de tratamiento de dislipemias.
- 2- Actualizar los conocimientos a los profesionales de cómo usar el cuadro de mandos.
- 3- mejorar la cobertura en el cálculo de RCV en nuestros pacientes, fijándonos en las tablas de riesgo.
- 4- mejorar las coberturas en detección e intervención de tabaquismo.
- 5- Insistir en las medidas dietéticas y cambios de estilo de vida antes de iniciar un tratamiento.

MÉTODO

- 1- Comunicar el proyecto a los componentes de equipo del centro de salud .
- 2- Sesión clínica sobre el uso de cuadro de mandos y OMI.
- 3- Sesión clínica de recomendaciones para la utilización de hipolipemiantes en el manejo de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular .
- 4- Sesión clínica sobre medidas dietéticas y cambios de estilo de vida.

INDICADORES

- Pacientes con prescripción activa de tratamiento combinado en prevención primaria (%) / pacientes con prescripción activa de hipolipemiante y diagnóstico de prevención primaria.

Objetivo 2019: máx 10,98% y mín 5,17% . En 2018 nuestro centro : 12,03%

RCV personas con factor de riesgo : Proporción de pacientes entre 35 y 74 años con algún factor de riesgo en quién consta que se ha valorado y estratificado el riesgo cardiovascular.

Objetivo 2019 : máx 67,13 % y mín 55,55%. En 2018 nuestro centro : 50,76%

- Detección de tabaco.% pacientes que fuman

Objetivo 2019: máx 47,51% y mín 33,11. En 2018 nuestro centro : 33,4%

DURACIÓN

1ª sesión abril- mayo

2ª sesión mayo- junio

3º sesión antes de fin de junio

Revisar a finales de septiembre y si fuera preciso, nuevas reuniones del grupo con el equipo para recordar términos e incidir en la importancia del problema.

Diciembre: memoria de evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1107

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE NOELIA SORINAS DELGADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUESTA SAMPER MARIA TERESA
MARTIN GRACIA EVA
CARCELLE AYUDA MARIA JOSEFA
GRIMAL ALIACAR CARLOS
CALVO PERALTA CARMEN
VELASCO MARTINEZ MARTA VEGA
RITA GALE ANSO INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas. El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a Estos, sino también en el resto de la comunidad.

Por este motivo, y alineado con el objetivo propuesto por la OMS de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción de macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, midecamicina y roxitricina), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP Valdespartera para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

- El responsable de antibióticos del EAP ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratorias y urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/2019 y 12/06/2019.

- Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

- Abordaje de infecciones respiratorias: 09/05/2019
- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: 07/11/2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se han recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales.

En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevarla a cabo.

2. Revisión de casos clínicos

- La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP 4 Diciembre 2019. Se ha revisado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1107

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA

también el estado de los indicadores del proyecto asistencial.

En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. También hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con macrólidos en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito un macrólido junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- La selección de casos clínicos ha sido posible gracias al envío por correo electrónico en Junio de 2019, y desde el Servicio de Farmacia de AP, de los listados por CIAS de pacientes tratados en el último año con macrólidos así como del diagnóstico asociado a éstos, de tal modo que cada profesional revisó dicho listado y seleccionó alguno de los pacientes incluidos en el mismo para reevaluar la necesidad de utilizar dicho antibiótico de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP hemos dado 3 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico.

Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de macrólidos.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos

La información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

En nuestro EAP para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de macrólidos.

En diciembre 2018 el valor era 23% siendo en diciembre 2019 de 20.80%

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

• El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de macrólidos de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias cuyos valores en 2018 fueron 85.38 %

En el año 2019 el % uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias ha sido de 81.93%. Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro.

Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas.

Pero en estas revisiones de casos también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1107

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA

hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios.

En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias.

Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones.

Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1107 ===== ***

Nº de registro: 1107

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA

Autores:
SORINAS DELGADO NOELIA, CUESTA SAMPER MARIA TERESA, MARTIN GRACIA EVA, CARCELLE AYUDA MARIA JOSEFA, GRIMAL ALIACAR CARLOS, VELASCO MARTINEZ MARTA VEGA, GALE ANSO INES, CALVO PERALTA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP VALDESPARTERA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente macrólidos a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias de vías altas y bajas, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 22,8 % de envases prescritos de antibióticos (Sector Zaragoza: 20,8%).

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1107

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VALDESPARTERA

MÉTODO

- Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento.
- Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria.
- Revisión de los pacientes tratados en 2018 con macrólidos para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica
- Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

1. N° de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario
Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
2. N° de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico
Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
3. Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 22,8 %
Objetivo 2019: <18 %
4. Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
% de uso de macrólidos en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 82,32 %
Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

- Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
- Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo.
- Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de macrólidos durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1173

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LOS PADRES EN UNA CONSULTA DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GALVE GORRIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALE ANSO INES
VELASCO MANRIQUE MARTA VEGA
CAZAÑA MAELLA VALENTIN
SAEZ DE ADANA PEREZ MARIA ESPERANZA
HERRERO CIRUJEDA MARIA JOSE
ALBESA BENAVENTE ANA
GARCIA MATEO DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto nace en 2019, dado que nuestro centro, es el centro de Aragón que mas población infantil recoge, en torno a unos 8000 niños, dada la evidencia existente del efecto nocivo sobre la salud del niño el habito tabaquico de los padres o convivientes, y dado que en el centro contamos con consulta de deshabitacion tabaquica, surge este proyecto para la captación de padres con habito tabaquico y realizar un tratamiento del mismo para mejorar salud de los padres y de los niños.

Con Fecha de 19/02/2019 se reunió el grupo de mejora y se inicio el trabajo de la creación de una encuesta a pasar a los padres que asistiese a la revisión del niño sano, se planteo la cuestión si se pasaba a todos los padres que acudían a revisión del niño sano o solo a un grupo en concreto, de mutua acuerdo se decidió iniciar el proyecto pasándose solo a los pacientes que acudiesen a la revisión del niño sano en el primer año de vida, ya que es la población mas vulnerable.

Con el trabajo de decidir que items incluir en la encuesta, nos reunimos el 20/03/2019, donde cada uno apporto los items que le parecían relevantes incluir, así se realizo una encuesta con 6 Items (intentaban sondear desde si es fumador, si alguien que convive con el niño es fumador, si saben efectos del tabaco sobre la salud del niño, si les gustaría dejar de fumar ect...). Se decide que si son fumadores y desean dejar de fumar se elaborara una hoja informativa con información relevante para proporcionarles a estos pacientes. Así como elaborar información para darles a todos los padres fumadores con los efectos nocivos del tabaco sobre sus hijos. En la encuesta se han puesto dos recuadros para el control y posterior recuento, uno en el que se marca en la consulta en la que realizo la encuesta, y el número de orden. Todas las encuestas son anónimas. Posteriormente los datos se vuelcan en una base de datos para poder realizar estudios estadísticos.

Se pone en conocimiento del equipo el proyecto de mejora en la reunión de equipo con fecha 15/04/2019.

El 15/09/2019 se reúne el equipo se preparan las hojas de información, Si contesto si, a la pregunta si desea recibir información sobre los efectos que el humo del tabaco produce en la salud de sus hijos, se le da la hoja informativa, en la que informa sobre las enfermedades relacionadas con la exposición al humo del tabaco en los niños, que cuentan con un grado de evidencia suficiente. Y se creo la base de datos para volcado de los datos. Así mismo se decide que se iniciara en diciembre a pasar la encuesta a los niños que acudan a la revision de niño sano durante el primer año de vida.

Se han realizado 2 sesiones clínicas para la formación del equipo en abordaje del Tabaquismo, la primera el 25 de junio donde se realizo sesión clínica de registro en OMI, así como la utilización del cuadro de mandos. La segunda 11/12/2019 Tratamientos en la deshabitación tabaquica (próxima financiación).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante este año de trabajo podemos medir algunos indicadores que han mejorado con respecto al año previo como son % de intervención tabaquismo que sube al 64,04, % de detección de tabaquismo que subió del 31,69 al 35,73 de los indicadores porcentaje de fumadores con intento serio de dejar de fumar y la información y captación de usuarios a través de las historias todavía no tenemos datos para poder aportar en estos momentos ya que se esta iniciando proceso.

Otros indicadores que nos habíamos propuesto como indicadores de actividad, el número de pacientes atendidos en la consulta de tabaquismo que provienen de las consultas de pediatría. Y como indicadores de impacto el grado de satisfacción de los pacientes, y su sensación de mejora en cuento a su salud (encuesta al final del periodo de seguimiento un año). No podemos dar datos de ellos ya que estamos iniciando proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Ha tenido un buen impacto entre Pediatría y enfermería pediátrica.
- Comenzamos en diciembre 2019, la entrega de encuestas y el seguimiento de los pacientes.
- Realizaremos estudio estadístico para valoración de impacto en la población y análisis de datos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1173

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LOS PADRES EN UNA CONSULTA DE PEDIATRIA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1173 ===== ***

Nº de registro: 1173

Título
ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LOS PADRES EN UNA CONSULTA DE PEDIATRIA

Autores:
GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, CAZAÑA MAELLA VALENTIN, GALE ANSO INES, VELASCO MANRIQUE MARTA VEGA, SAEZ DE ADANA PEREZ MARIA ESPERANZA, HERRERO CIRUJEDA MARIA JOSE, ALBESA BENAVENTE ANA, GARCIA MATEO DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTEA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tabaquismo es un problema de salud pública que afecta de manera directa a la población infantil. Hay evidencia científica de los efectos patológicos devastadores tanto en el tabaquismo activo como en el pasivo. El pediatra como cuidador de la salud del niño y el adolescente tiene una importante responsabilidad en la lucha antitabaco. En el C.S.Valdespartera disponemos de una consulta de tratamiento para el Tabaquismo, siendo un Centro en el que atendemos una masa de población infantil de alrededor de 8.000 niños y existiendo evidencia de patología en niños relacionada con el hábito de fumar en los padres o convivientes, nos proponemos mediante una encuesta a pasar en las consultas de pediatría del Centro, lograr la captación de padres fumadores y efectuar un tratamiento individualizado de forma que podamos mejorar la salud de los padres y de los niños, en cuanto a las enfermedades relacionadas con la exposición al humo del tabaco.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejora de intervención en tabaquismo, subiendo del 62% al 67% anual.
- Mejora de salud de la población infantil y adultos mediante el tratamiento del tabaquismo.
- Disminuir incidencia de enfermedades relacionadas con la exposición al humo del tabaco en población infantil.

MÉTODO
- Sesión formativa en EAP para explicación de Proyecto.
- Sesión formativa en EAP para el registro de tabaquismo en OMI.
- Información/captación de usuarios fumadores convivientes con población infantil.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes en intervención en tabaquismo. Del 62% al 67%.
- Aumento del porcentaje de pacientes en detección del tabaquismo. Del 33,40% al 38%.
- Porcentaje de fumadores con intento serio de dejar de fumar.
- Fuente de datos: Cuadro de mandos
- Información/captación de usuarios en registro manual a través de encuesta.

DURACIÓN
- De mayo a junio de 2019, sesiones formativas en EAP y elaboración de encuestas.
- De julio de 2019 a diciembre de 2019, captación/información de usuarios.
- Enero de 2020, memoria del Proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1173

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LOS PADRES EN UNA CONSULTA DE PEDIATRIA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE EVA JIMENEZ PEREZ
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS VALDESPARTERA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERNARDOS LAZARO PAULA
HERRERO CIRUJEDA MARIA JOSE
MARTIN-ALBO FRANCES VERONICA
BELTRAN GARCIA SARA
CEMELI CANO MERCEDES
JAEN BAYARTE ESTEBAN
VALIENTE LOZANO JOSE VICTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de este segundo año de proyecto hemos dado continuidad a las actividades que dieron buenos resultados el año previo, especialmente al Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna (LM). En él nos hemos ido reuniendo de forma semanal, un pediatra y una matrona con un grupo de madres y padres con bebés en sus primeros meses de vida. En dichas reuniones se ofrecen charlas informativas sobre temas de interés entre los asistentes (técnicas de lactancia, introducción de alimentación complementaria, incorporación de la madre al trabajo, sueño del bebe, porteo ergonómico...), y se resuelven numerosas dudas e inquietudes planteadas por ellos, implementando de forma respetuosa y apoyada por la evidencia, la lactancia materna. Como el año previo, se ha dado una sesión informativa al Equipo de Atención Primaria del centro de salud. En la misma se expusieron los resultados del programa del año previo y se explicó el nuevo camino a seguir. Todo el Equipo de Atención Primaria de Valdespartera, trabaja por conseguir mejorar la atención a los recién nacidos y sus padres, favoreciendo el establecimiento de una lactancia materna exitosa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para valorar los resultados alcanzados, hemos llevado a cabo un estudio a través de una encuesta que han rellenado aleatoriamente algunos de los asistentes al grupo de apoyo a la lactancia. Se han obtenido 68 respuestas. Entre otros indicadores estudiados:

-% de niños alimentados con LM exclusiva o predominante al nacimiento: 90.3 %
-% de niños alimentados con LM exclusiva o predominante a las 6 semanas de vida: 94.4%
-% de niños alimentados con LM exclusiva o predominante a los 3 meses de vida: 98.6%
-% de niños alimentados con exclusiva o predominante a los 6 meses de vida: 90.4%.
-% de niños alimentados con LM a los 12 meses de vida: 84%.

Además, se ha pasado entre los asistentes una encuesta de satisfacción valorándose diferentes ítems, obteniendo un 4 como valoración global. (Siendo 5 el máximo nivel de satisfacción). Se obtiene 5 en los apartados que valoran a los profesionales, a la resolución de dudas e inquietudes y a la necesidad de continuidad del grupo. Sin embargo se manifiesta necesidad de mejorar, en cuanto al espacio físico donde se realizan las reuniones, ya que a veces se queda pequeño para tanta demanda de asistentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como el año anterior los resultados obtenidos son muy satisfactorios. Los índices de lactancia materna obtenidos al mes y medio, a los 3, 6 meses y 12 meses son muy superiores a la media nacional. Además, los comentarios que han hecho llegar los asistentes a través de las encuestas de satisfacción, indican que consideran este proyecto como imprescindible para lograr una lactancia materna exitosa. Queda pendiente solventar el tema de como organizar las reuniones para evitar la masificación de asistentes en algunas ocasiones y así poder ofrecer una atención más personalizada y de mayor calidad.

7. OBSERVACIONES.

Quiero volver a incidir en las excelentes valoraciones y muestras de agradecimiento de las familias que han asistido al Grupo de Apoyo. Lo consideran de vital importancia para conseguir una lactancia materna exitosa, por lo que el proyecto, en nuestro caso va a continuar. Algo que sería deseable también para otros centros sanitarios en los que las familias no disponen de este recurso.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1323 ===== ***

Nº de registro: 1323

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, BERNARDOS LAZARO PAULA, BELTRAN GARCIA SARA, VIDAL VILLANUEVA SUSANA, CEMELI CANO MERCEDES, MORELIA BAILO DIANA, OÑATE CALVO CARMEN, MEDRANO HOMBRO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PARTICIPACION ACTIVA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Lactancia Materna (LM) es el patrón de oro en la alimentación del Recién Nacido y el niño pequeño. Es una de las actividades preventivas con mayor impacto en la salud, tanto del niño como de la madre. Además, es generadora de equidad en salud y protege el medio ambiente. Es por todo ello que en nuestro centro de salud vamos a realizar diferentes intervenciones encaminadas a aumentar la prevalencia de la lactancia, ofreciendo información a las familias y mejorando la autoconfianza de las mujeres para poder llevarla a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Aumentar el número de niños que se benefician de las propiedades de la leche materna.
- 2.-Reforzar la autoconfianza de las madres para llevar a cabo una lactancia materna exitosa.
- 3.-Mejorar los índices de satisfacción respecto a los servicios prestados tras el parto.

MÉTODO

para poner en conocimiento el proyecto, así como indicar unas pautas básicas de LM.

2.-Creación de un grupo de apoyo a la LM, con reuniones semanales de 1.5 horas de duración:

- Información teórica que permita a las familias una elección informada de como alimentar a sus Recién Nacidos.
 - Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia y sus posibles problemas (leche insuficiente, dolor al amamantar, sueño...).
 - Resolución de problemas y dudas planteadas por las familias.
 - Información práctica sobre técnicas de amamantamiento.
 - Información sobre el manejo y conservación de la leche materna.
- 3.- Captación de embarazadas en el último trimestre para recomendar su asistencia prenatal y postnatal al grupo de lactancia
 - 4.-Realizar la primera visita de Recién Nacido a las 24-48 horas tras el alta hospitalaria para reforzar el establecimiento de la lactancia.
 - 5.- Reforzar los beneficios de continuar con LM en exclusiva hasta los 6 meses y acompañada por otros alimentos hasta los 2 años, en cada una de las revisiones del programa de salud infantil, realizadas por pediatras y enfermeras de pediatría.
 - 6.-Encuesta para evaluar el grado de satisfacción de las familias.

INDICADORES

- 1.- % de niños alimentados con LM al nacimiento.
- 2.- % de niños alimentados con LM a las 6 semanas de vida.
- 3.- % de niños alimentados con LM a los 3 meses de vida.
- 4.-% de niños alimentados con LM a los 6 meses de vida.
- 5.- % de niños alimentados con LM a los 12 meses de vida.
- 6.- % de niños alimentados con LM con más de 12 meses de vida.
- 7.- Grado de satisfacción de los usuarios.

DURACIÓN

- 1.- Sesión con el equipo de Atención Primaria: Junio 2017.
- 2.-Reuniones con el grupo de apoyo: todos los miércoles de 12-13:30.
- 3.- Captación de embarazadas en el último trimestre: De mayo a Diciembre 2017.
- 4.-Adelantar la primera visita del RN: De mayo a Diciembre 2017.
- 5.- Reforzar los beneficios de continuar con LM: De mayo a Diciembre 2017.
- 6.- Encuesta de satisfacción: Noviembre a Diciembre 2017.
- 7.- Evaluación de resultados: Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE CANAL IMPERIAL VENECIA 2017

Fecha de entrada: 02/03/2018

2. RESPONSABLE JORGE ISLA COBETA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VENECIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURILLO MATEO RAQUEL
ELENA VERDURAS MARIA
DUEÑAS GIL EVA
NUÑEZ ALONSO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron reuniones de equipo para enfatizar el uso del protocolo de atención continuada, se recordó la necesidad de rotular adecuadamente y desechar tras la fecha los envases multidosis, se respondió en tiempo y forma a todas las reclamaciones registradas, mediante el cauce oficial y se realizaron todas las sesiones clínicas programadas cumpliendo el calendario y el contrato programa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todo esto que registrado en la Auditoría Interna que se pasó en octubre de 2017, donde quedaron patentes las correcciones de las no conformidades de la auditoria anterior, no apareciendo este año desviaciones que generen no conformidades a corregir, si ciertas recomendaciones de organización y gestión, que se intentaran llevar a cabo a lo largo de 2018, tales como mejorar las revisiones de electromedicina, mejorar el numero y seguimiento de incidencias, actividades dirigidas a mejorar la gestión de agendas, así como la creación de un grupo de calidad en el centro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con estos datos podemos decir, que se ha cumplido el calendario propuesto, pese a que la auditoria fue en fecha posterior a la prevista, por causas ajenas al centro, que no se apreciaron faltas ni no conformidades, siendo bien recibidas las recomendaciones propuestas en la misma, y que se plantearan en la próxima reunión de equipo para la integración y cumplimiento de todos los miembros de este, en especial la creación de un grupo de calidad con mayor numero de participantes, así como revisar la distribución horaria de las agendas en base a las nuevas demandas generadas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1409 ===== ***

Nº de registro: 1409

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE VENECIA 2017

Autores:
ISLA COBETA JORGE, BURILLO MATEO RAQUEL, VERDURAS SANCHEZ ELENA, DUEÑAS GIL EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no actuaremos sobre patologias sino sobre procesos
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro equipo de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE CANAL IMPERIAL VENECIA 2017

Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP de Venecia del sector Zaragoza II se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2017
Nuestro planteamiento es mantener la certificación.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es avanzar en la implicación de todos los miembros del equipo y mantener la certificación ISO 9001 en el próximo año.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del sistema de Gestión de la Calidad como son los informes de auditoría, resultados del seguimiento de objetivos, de indicadores, el análisis de incidencias, reclamaciones y estudio de las no conformidades para la mejora continua.

INDICADORES

Mejorar del cumplimiento de los servicios, mejorando el registro de actividades.
Mejorar de la utilización del protocolo de atención continuada.
Actualización de las normas en utilización de envases multidosis.
Atender a las demandas según reclamaciones y encuesta de satisfacción.
Impulsar sesiones clínicas impartidas por los profesionales del equipo.
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

-Revisión por la dirección abril 2017
-Auditoria interna mayo 2017
-Auditoria externa en junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de las no conformidades abiertas en la auditoria interna de abril a diciembre de 2017
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. junio y diciembre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. junio y diciembre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA DIANAZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

Fecha de entrada: 25/05/2018

2. RESPONSABLE JORGE ISLA COBETA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VENECIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA RUIZ DIANA
NUÑEZ ALONSO ESTHER
BERNAL HERNANDO MATILDE
LOZANO JOSA SUSANA
GONZALO PEÑA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hasta la fecha de esta memoria parcial de seguimiento, se han realizado las siguientes actividades con el siguiente cronograma:

-Mayo 2017: coordinación del grupo de trabajo del centro de salud, para evaluar lo realizado en 2016 y continuar con proyecto en mayo/junio del 2017 y adaptación del proyecto dentro del AGC a la línea estratégica de atención comunitaria, preparación documentación proyecto

-Mayo/Junio 2017 Reuniones de coordinación con CEIP Luis Vives

-Junio 2017 participación en la formación del SALUD de la línea de Atención Comunitaria de todos los miembros (5 personas) del equipo en el Curso de como iniciar una actividad comunitaria.

-septiembre y octubre 2017 Actividades de revisión, diseño y preparación actividades y reuniones de coordinación con CEIP Luis Vives

-noviembre 2017 Sesión al EAP sobre atención comunitaria y el marco de nuestro proyecto en los AGC y línea comunitaria

-noviembre 2017 Participación de un miembro del equipo en formación sobre evaluación

-enero 2018 reunión del equipo del proyecto y la trabajadora social del centro de salud con agentes sociales de la Zona Básica para realizar un grupo focal (salud-educación) para el diagnóstico comunitario de acciones en infancia

-enero 2018 elaboración memoria seguimiento

El cronograma de las actividades previstas del proyecto ha debido ser modificadas por la situación de traslados de personal y ceses del SALUD en noviembre de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta la fecha de esta memoria no tenemos resultados finales del proyecto ya que no ha sido finalizado. Parcialmente podemos decir que si se ha mejorado la coordinación del equipo de trabajo y el conocimiento del proyecto por parte del resto del EAP. También se ha mejorado la formación de todos los miembros del equipo de trabajo en distintos aspectos de atención comunitaria y se ha difundido a todo el EAP el marco del proyecto y el proyecto en si mismo. El cronograma de las actividades previstas del proyecto han debido ser modificadas por la situación de traslados de personal y ceses del SALUD en noviembre de 2017. Tres personas del equipo de salud han terminado su relación laboral y una de las personas del equipo del proyecto ha tenido que asumir la coordinación de enfermería del centro. Por ello las actividades en los imposible organizar reuniones de coordinación con los otros colegios interesados. Los colegios han adaptado sus proyectos al cambio sin ningún problema. En este primer trimestre se está reorganizando el equipo de trabajo y se han añadido varias personas nuevas al mismo: María Dupla (Pediatría) y Belén Benedé (Medicina de Familia). No se han podido realizar las actividades de evaluación del proyecto y se está preparando la evaluación. Las de difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras se llevarán a cabo cuando se realicen las actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La situación acaecida nos refuerza nuestra idea de que es importante prever en los proyectos que las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los participantes. Esto ha hecho que la participación no se resienta y que el proyecto sea sostenible. En este caso con tres miembros del equipo de trabajo cesados y con uno de los restantes asumiendo la coordinación de enfermería del centro ha sido un momento de crisis importante que ha de ser tenido en cuenta y que se ha solventado por la gran comunicación que existe en el centro de salud y la buena disposición. Se procura realizar todo en horario laboral para disminuir el grado de voluntarismo ya que es un proyecto ligado al acuerdo de gestión y un servicio del centro de salud. El poder acceder a los miembros del equipo a formación en salud comunitaria y promoción de la salud se valora como muy importante y positivo para el equipo y el proyecto.

Que del proyecto surjan espacios como el grupo focal diagnóstico en infancia es muy interesante y novedoso en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

nuestro equipo y se considera como relevante.

En este semestre se terminarán las actividades postpuestas y se iniciará la coordinación del siguiente curso escolar.

7. OBSERVACIONES.

Se cambió al responsable del proyecto por los traslados

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1412 ===== ***

Nº de registro: 1412

Título
JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

Autores:
GRACIA RUIZ DIANA, NUÑEZ ALONSO ESTHER, BERNAL HERNANDO MATILDE, LOZANO JOSA SUSANA, GONZALO PEÑA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción de la salud, salud escolar
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Marzo de 2015 la dirección del CEIP Luis Vives se pone en contacto con la responsable de Enfermería del CS para informar de la inclusión del colegio en un programa de escuela promotora de salud del Gobierno de Aragón y valorar la coordinación con el Centro de Salud en materia de Educación Sanitaria. El equipo de Enfermería se reúne para evaluar la situación y decide planificar un programa de actividades. Se estudian los déficits de la población diana conjuntamente con la dirección del colegio y se priorizan la higiene bucodental y la alimentación saludable. En 2016 se amplía otros colegios de la zona como el colegio Rincón de Goya Como continuidad del proyecto durante el año 2016 se extiende la actuación al CEEP Rincón de Goya (educación especial) a demanda de dicho centro. Se priorizan la higiene y la alimentación. Dado los resultados positivos obtenidos desde 2015 se decide continuar con el mismo y ampliarlo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar educación sanitaria grupal mediante el uso de recursos lúdicos.
- Refuerzar la alfabetización en salud sobre materias ya incluidas en curriculum escolar.
- Mejorar coordinación entre el centros escolares y centro de salud.
- Acercar a la población infantil de los profesionales sanitarios para "perder el miedo" de ir al Centro de Salud
- Mejora de los resultados en salud en los temas priorizados

MÉTODO

-Actividades de coordinación del grupo de trabajo, para evaluar lo realizado desde 2015 y continuar con proyecto (mayo-junio 2017). -Actividades de coordinación con centros educativo (mayo, junio y septiembre 2017) participantes en proyecto y se ofreciera a otros de la zona básica.
-Actividades de diseño y preparación actividades (junio, julio, agosto y septiembre 2017)
-Actividades para su realización durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre 2017 en los colegios (mínimo tres sesiones). Las actividades serán participativas utilizando la ludopedagogía y los recursos del juego en salud utilizando soportes de lectura, teatro y visuales. Se facilita la creatividad y el aprendizaje colaborativo a través del juego.

* Teatro guiñol sobre higiene bucodental en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 5 años.

*Teatro de guiñol sobre alimentación saludable en CEIP Luis Vives para niños de edades comprendidas entre 6 y 7 años.

* Teatros guiñol sobre higiene bucodental y alimentación saludable en CEEP Rincón de Goya para niños de edades entre 3 y 21 años
20 Mayo 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA DIANAZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

* Teatro de guiñol sobre piojos y medidas preventivas en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 7 años.
-Actividades de evaluación del proyecto: preparación de la evaluación participativa y evaluación de resultados (septiembre-diciembre)
-Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud (sesiones septiembre-diciembre), Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras
Las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los partipantes

INDICADORES

Se realizara evaluación de las actividades a través del profesorado del centro.
Tras cada actividad se realizarán encuestas personalizadas al personal docente sobre las mismas en cuanto a participación, alfabetización en salud, medios y recursos, claridad de los conceptos a asimilar y nuevos proyectos a desarrollar
A final del proyecto se evaluará con los docentes la consecución de los objetivos, las oportunidades de mejora, la coordinación colegio-CS y la posibilidad de nuevos proyectos

DURACIÓN

Inicio Mayo 2017- fin Diciembre 2017

-Actividades de coordinación del grupo de trabajo (coordinadora y miembros grupo)
-Actividades de coordinación con centros educativos participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica (coordinadora proyecto y un miembro equipo del CS y personal docente de los colegios)
-Actividades de diseño y preparación actividades (todo el equipo y personal docente de los colegios)
-Actividades para su realización en los colegios (todo el equipo y personal docente de los colegios). Sesiones de una hora de duración
-Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud, Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras (todo el equipo)
-Activades de evaluación (todo el equipo y el personal docente del centro educativo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ESTHER NUÑEZ ALONSO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VENECIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAL HERNANDO MATILDE
DUPLA ARENAZ MARIA
GUARDIA VALENZUELA MIRIAM
ROY GOMEZ MIRIAM
BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hasta la fecha de esta memoria parcial de seguimiento, se han realizado las siguientes actividades con el siguiente cronograma:

- Mayo 2017: coordinación del grupo de trabajo del centro de salud, para evaluar lo realizado en 2016 y continuar con proyecto en mayo/junio del 2017 y adaptación del proyecto dentro del AGC a la línea estratégica de atención comunitaria, preparación documentación proyecto
- Mayo/Junio 2017 Reuniones de coordinación con CEIP Luis Vives
- Junio 2017 participación en la formación del SALUD de la línea de Atención Comunitaria de todos los miembros (5 personas) del equipo en el Curso de como iniciar una actividad comunitaria.
- septiembre y octubre 2017 Actividades de revisión, diseño y preparación actividades y reuniones de coordinación con CEIP Luis Vives
- noviembre 2017 Sesión al EAP sobre atención comunitaria y el marco de nuestro proyecto en los AGC y línea comunitaria

- noviembre 2017 Participación de un miembro del equipo en formación sobre evaluación
- enero 2018 reunión del equipo del proyecto y la trabajadora social del centro de salud con agentes sociales de la Zona Básica para realizar un grupo focal (salud-educación) para el diagnóstico comunitario de acciones en infancia
- enero 2018 elaboración memoria seguimiento

El cronograma de las actividades previstas del proyecto ha debido ser modificadas por la situación de traslados de personal y ceses del SALUD en noviembre de 2017.

La previsión de las actividades descritas en el proyecto en los colegios se iniciará en febrero, marzo y abril. Se prevee la evaluación del proyecto en mayo y Junio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta la fecha de esta memoria no tenemos resultados finales del proyecto ya que no ha sido finalizado. Parcialmente podemos decir que si se ha mejorado la coordinación del equipo de trabajo y el conocimiento del proyecto por parte del resto del EAP. También se ha mejorado la formación de todos los miembros del equipo de trabajo en distintos aspectos de atención comunitaria y se ha difundido a todo el EAP el marco del proyecto y el proyecto en sí mismo. El cronograma de las actividades previstas del proyecto han debido ser modificadas por la situación de traslados de personal y ceses del SALUD en noviembre de 2017. Tres personas del equipo de salud han terminado su relación laboral y una de las personas del equipo del proyecto ha tenido que asumir la coordinación de enfermería del centro. Por ello las actividades en los imposible organizar reuniones de coordinación con los otros colegios interesados. Los colegios han adaptado sus proyectos al cambio sin ningún problema. En este primer trimestre se está reorganizando el equipo de trabajo y se han añadido varias personas nuevas al mismo. se está preparando la evaluación. Las de difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras se llevarán a cabo cuando se realicen las actividades

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La situación acaecida nos refuerza nuestra idea de que es importante prever en los proyectos que las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los participantes. Esto ha hecho que la participación no se resienta y que el proyecto sea sostenible. En este caso con tres miembros del equipo de trabajo cesados y con uno de los restantes asumiendo la coordinación de enfermería del centro ha sido un momento de crisis importante que ha de ser tenido en cuenta y que se ha solventado por la gran comunicación que existe en el centro de salud y la buena disposición. Se procura realizar todo en horario laboral para disminuir el grado de voluntarismo ya que es un proyecto ligado al acuerdo de gestión y un servicio del centro de salud. El poder acceder a los miembros del equipo a formación en salud comunitaria y promoción de la salud se valora como muy importante y positivo para el equipo y el proyecto.

Que del proyecto surjan espacios como el grupo focal diagnóstico en infancia es muy interesante y novedoso en nuestro equipo y se considera como relevante.

En este semestre se terminarán las actividades postpuestas y se iniciará la coordinación del siguiente curso escolar.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1412 ===== ***

Nº de registro: 1412

Título
JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

Autores:
GRACIA RUIZ DIANA, NUÑEZ ALONSO ESTHER, BERNAL HERNANDO MATILDE, LOZANO JOSA SUSANA, GONZALO PEÑA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción de la salud, salud escolar
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Marzo de 2015 la dirección del CEIP Luis Vives se pone en contacto con la responsable de Enfermería del CS para informar de la inclusión del colegio en un programa de escuela promotora de salud del Gobierno de Aragón y valorar la coordinación con el Centro de Salud en materia de Educación Sanitaria. El equipo de Enfermería se reúne para evaluar la situación y decide planificar un programa de actividades. Se estudian los déficits de la población diana conjuntamente con la dirección del colegio y se priorizan la higiene bucodental y la alimentación saludable. En 2016 se amplía otros colegios de la zona como el colegio Rincon de Goya Como continuidad del proyecto durante el año 2016 se extiende la actuación al CEEP Rincón de Goya (educación especial) a demanda de dicho centro. Se priorizan la higiene y la alimentación. Dado los resultado positivos obtenidos desde 2015 se decide continuar con el mismo y ampliarlo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar educación sanitaria grupal mediante el uso de recursos lúdicos.
- Refuerzar la alfabetización en salud sobre materias ya incluidas en curriculum escolar.
- Mejorar coordinación entre el centros escolares y centro de salud.
- Acercar a la población infantil de los profesionales sanitarios para "perder el miedo" de ir al Centro de Salud
- Mejora de los resultados en salud en los temas priorizados

MÉTODO

- Actividades de coordinación del grupo de trabajo, para evaluar lo realizado desde 2015 y continuar con proyecto (mayo-junio 2017).
- Actividades de coordinación con centros educativo (mayo, junio y septiembre 2017) participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica.
- Actividades de diseño y preparación actividades (junio, julio, agosto y septiembre 2017)
- Actividades para su realización durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre 2017 en los colegios (mínimo tres sesiones). Las actividades serán participativas utilizando la ludopedagogía y los recursos del juego en salud utilizando soportes de lectura, teatro y visuales. Se facilita la creatividad y el aprendizaje colaborativo a través del juego.

- * Teatro guiñol sobre higiene bucodental en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 5 años.
- * Teatro de guiñol sobre alimentación saludable en CEIP Luis Vives para niños de edades comprendidas entre 6 y 7 años.
- * Teatros guiñol sobre higiene bucodental y alimentación saludable en CEEP Rincón de Goya para niños de edades entre 3 y 21 años
20 Mayo 2016.
- * Teatro de guiñol sobre piojos y medidas preventivas en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 7 años.
- Actividades de evaluación del proyecto: preparación de la evaluación participativa y evaluación de resultados (septiembre-diciembre)
- Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud (sesiones septiembre-diciembre), Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras
Las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los partipantes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

INDICADORES

Se realizara evaluación de las actividades a través del profesorado del centro.
Tras cada actividad se realizarán encuestas personalizadas al personal docente sobre las mismas en cuanto a participación, alfabetización en salud, medios y recursos, claridad de los conceptos a asimilar y nuevos proyectos a desarrollar
A final del proyecto se evaluará con los docentes la consecución de los objetivos, las oportunidades de mejora, la coordinación colegio-CS y la posibilidad de nuevos proyectos

DURACIÓN

Inicio Mayo 2017- fin Diciembre 2017

- Actividades de coordinación del grupo de trabajo (coordinadora y miembros grupo)
- Actividades de coordinación con centros educativos participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica (coordinadora proyecto y un miembro equipo del CS y personal docente de los colegios)
- Actividades de diseño y preparación actividades (todo el equipo y personal docente de los colegios)
- Actividades para su realización en los colegios (todo el equipo y personal docente de los colegios). Sesiones de una hora de duración
- Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud, Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras (todo el equipo)
- Actividades de evaluación (todo el equipo y el personal docente del centro educativo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 02/03/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL BURILLO MATEO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VENEZIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ PEÑA JORGE
MARTINEZ PEREZ JULIA PILAR
ISLA COBETA JORGE
DUEÑAS GIL EVA
VERDURAS SANCHEZ MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ha fecha de 30 de Noviembre de 2017, se ha realizado dos ciclos de 5 sesiones, con mismos temas, en total 10 sesiones, los temas de las sesiones fueron:

1. Lactancia materna, anatomía, fisiología, posiciones y problemas mas habituales
2. Extracción y conservación de la leche materna. Banco de leche. Alimentación y farmacos durante la lactancia
3. Duración recomendada de la lactancia
4. Actuación ante patologías agudas: fiebre, atragantamiento, trastornos gastrointestinales.
5. Uso del Chupete y/o biberon. Alimentación Complementaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con los siguientes resultados:

1. En las primeras 5 sesiones del ciclo se registró una asistencia de 10,8 personas de media a cada sesión, con una nota media de valoración de 9,37 sobre 10
2. En las segundas 5 sesiones del ciclo, donde se repitieron los temas tratados, se registro una asistencia media de 3,4 personas, obteniendo una cifra media de valoración de 9,84 sobre 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con estos datos podemos decir, que a mitad de duración del proyecto se realizaron todas las sesiones previas para ese periodo de tiempo, al realizar una sesion semanal, por lo que se cumple el primer indicador. Así como se obtuvo una buena valoración de las mismas por lo que se cumple el segundo indicador. Si bien, la afluencia al segundo ciclo de sesiones fue mas baja de lo esperado, y pese a que no es un indicador marcado a seguir en este proyecto si nos lleva a plantear nuevos objetivos de cara a la continuidad del proyecto, buscando nuevos temas y no repitiendo, así como se nos plantea la posibilidad de contactar con otros sectores, asociaciones... con objetivos afines a fin de captar mas personas interesadas y enriquecer los temas a tratar desde otras perspectivas e inquietudes. También se plantea la posibilidad de entregar información escrita en diferentes idiomas, al acudir madres de diferentes nacionalidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1486 ===== ***

Nº de registro: 1486

Título
GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
GONZALO PEÑA JORGE, MARIN JIMENEZ JULIA P, PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA, DUPLA ARENAZ MARIA, FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENEZIA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Madre de niños entre 0-2años
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general:

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.

Objetivos específicos:

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional

Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternas.

Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.

Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales

Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.

Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales.

MÉTODO

1. Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona, Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.

2. Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12'00 a 13'00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de "Canal Imperial". Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).

3. El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.

4. Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

INDICADORES

Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.

Indicador 2: Utilidad: Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1.

DURACIÓN

Inicio del proyecto: Mayo/2017

Fin del proyecto: Mayo/2018

Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.

2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.

Evaluación final en Mayo/18.

Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

OBSERVACIONES

El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0949

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL BURILLO MATEO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VENECIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ISLA COBETA JORGE
DUEÑAS GIL EVA
BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN
ARRABAL MARTINEZ YOLANDA
NUÑEZ ALONSO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:

1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Jorge Isla Cobeta, que ha sido sustituido por Sara Arquillue Varona como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.

2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA "De la teoría a la acción: un paso adelante" celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas las políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.

3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.

En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.

Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.

Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.

En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de "Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP".

Esta información se difundió al equipo el 21/9/2018.

La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:

- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.

- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada "Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón"

Sara Arquillue Varona impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 13/11/2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0949

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:

- Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.

Esa persona es actualmente Sara Arquillue Varona, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II

Resultado 2018: SI

- El día 13 de noviembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 53% del equipo.

Estandar 2018: 80%

Resultado 2018: 53 %

• Se han realizado dos sesiones relacionadas con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.

- Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.

De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre. El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.

En Venecia el indicador seleccionado fue:

Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100

Valor 2017: 2,3%

Objetivo 2018: =2%

Resultado 2018: 1.9%

Este resultado muestra un descenso 0,1 puntos por debajo del objetivo marcado y de 0,4 respecto al valor del año anterior, lo que es resultado del trabajo de todo el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos de amplio espectro, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018. Por este año consideramos finalizado este proyecto.

En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.

Limitaciones:

Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas. Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/949 ===== ***

Nº de registro: 0949

Título
INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
BURILLO MATEO RAQUEL, ISLA COBETA JORGE, DUEÑAS GIL EVA, BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN, ARRABAL MARTINEZ YOLANDA, NUÑEZ ALONSO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: IRASPROA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0949

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.

En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.

A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).

Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria:

Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP VENECIA se considera oportunidad de mejora trabajar revisar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación ya que se sitúa en niveles superiores a la media de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.

Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.

Revisar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO

1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.

2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.

3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA

4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico

5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES

Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)

Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico

Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.

Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): $\text{DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD)} / \text{DDD antibióticos (J01)} \times 100$

Valor 2017: 2,3%

Objetivo 2018: =2%

DURACIÓN

-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP

-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica

-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA

-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico

-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0949

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0917

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ELENA VERDURAS SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VENECIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARQUILLUE VARONA SARA
BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN
DUEÑAS GIL EVA
GOMEZ LANZUELA CRUZ CARMEN
MURILLO MORENO ROSA
CONDE ASENSIO VICTORIA
SAUCO JAQUES MARIA SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Comunicación por correo electrónico a la SUBDIRECCION DE AP el 15 de Julio y el 11 de septiembre 2019 exponiendo la necesidad de tener acceso al listado de profesionales de Atención Especializada responsables de las respuestas de la Interconsulta Virtual (ICV), para tener comunicación directa con el fin de modificar la forma de citación y MEJORAR LA EFECTIVIDAD DE LA INTERCONSULTA
Por parte de la Dra Belen Benedé :
-Elaboración de cuestionario para registro de variables que precisábamos para el estudio
-Facilitar a través de Google drive un enlace que dispusiéramos todos para que se pudieran incluir todos los datos
-Información a todos los médicos del Centro de Salud en charla formativa del proyecto de mejora el 30 de Septiembre 2019
Desde el 30 de Septiembre 2019 hasta el 17 de Enero de 2020 en el CS Venecia se han recogido datos de 65 pacientes derivados a través de ICV, con respuesta y recomendaciones y posterior citación por parte de Especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Del total de pacientes registrados según las variables estudiadas obtenemos los siguientes resultados .

-SEXO :femenino : 63,1% (41) Masculino 36,9% (24)
-Nº DE RESPUESTAS DE DIFERENTES ESPECIALIDADES : 65
Cardiología : 35,4% ((23)
Endocrinología : 18,5% (12)
Neurología: 15,4 (10)
Nefrología : 9,2% (6)
Urología : 4,6% (3)
Digestivo: 4,6% (3)
ORL : 3,1% (2)
Reumatología : 3,1% (2)
Unidad Músculoesquelética : 3,1 % (2)
Traumatología : 1,5% (1)
Neumología : 1,5% (1)
-TIPO DE CITACION : Preferente : 26,2 % (17) y Normal 73,8 % (48)
-SUGERENCIA 1 EN RESPUESTA DE INTERCONSULTA: 55
Analítica : 27,8 % (15)
Registro de control de ctes (TA, Pulso, Glucosa) : 13% (7)
RX : 9,3% (5)
ECG : 7,4% (4)
Ecografía : 5,6 % (3)
Control de FRCV /Estilo de vida : 3,7% (2)
Endoscopia : 1,9% (1)
Otra prueba complementaria :5,6% (3)
Otra sugerencia ; 25,9 % (14)
-SUGERENCIA 2 EN RESPUESTA DE INTERCONSULTA : 13
Analítica : 38,5% (5)
Ecografía : 15,4 % (2)
Espirometría : 7,7 % (1)
Registro / Control de ctes : 7,7 % (1)
Otra sugerencia :: 30,8 % (4)
-SUGERENCIA 3 EN RESPUESTA DE INTERCONSULTA : 4
Analítica : 25 % (1)
Control de FRCV /Estilo de vida :25 % (1)
Otra sugerencia :50% (2)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0917

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP

-OTRAS SUGERENCIAS : 20

Si palpitations sostenidas acudir a urgencias : 5,3 % (1)
Si síncope acudir a Urgencias ; 5,3% : (1)
Llevar informe de TAC : 5,3 % (1)
Control de filtrado glomerular para ajustar tratamiento : 5,3 % (1)
Retirar Salazopirina por RAM : 5,3% (1)
Añadir AAS y Nitritos transdermicos : 5,3 % (1)
Solicitud de TAC por Atencion Primaria : 5,3% (1)
Iniciar AAS : 5,3% (1)
Aumentar dosis de tratamiento : 5,3% (1)
Preguntar por Antecedentes Familiares : 5,3 % (1)
Retirar analgesia o limitarla :5,3 % (1)
Cuidados generales y medidas de apoyo : 5,3 % (1)
Petición de RNM por atención primaria : 5,3% (1)
Descartar clínica :5,3 % (1)
Medicación : 5,3 % (1)
Urocultivo previo a consulta : 5,3 % (1)
Realizar ECG : 5,3% (1)
Citar en traumatología y pedir RX preferente : 10 % (2)
Tratamiento diurético : 5,3 % (1)

-SE PROPONE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO : 60

Se propone tto farmacológico nuevo :30,7 % (20)
No se propone tto farmacológico nuevo: 43,1 % (28)
Intensificar tto farmacológico que ya llevaba : 1,5 % (1)
Intensificar/ajustar / modificar tto farmacológico que ya llevaba : 15,4 % : (10)
Otro : 1,5% (1)

-¿SE HA LLAMADO AL PACIENTE PARA CITARLE ¿

Si, le he llamado yo mismo : 66,1% (37)
Le han llamado de admisión para que citarle : 23,2% (13)
No se ha contactado : 10,7 % (6)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los médicos de AP revisamos todas las respuestas de las interconsultas y hemos recogido datos del grupo de pacientes en los que sí se va a hacer valoración presencial por parte de especializada (con lo cual no son avisados desde Admisión) y vienen con una indicación del especialista (realizar analítica, ECG previa a la cita, comenzar ya con un fármaco antes de la cita ...). El médico de AP avisa directamente a los pacientes o da la orden de aviso a través del Servicio de Admisión.

Del total de 65 pacientes de los que hemos recogido datos comprobamos que las especialidades que con más frecuencia responden con recomendación son :

Cardiología : 35,4% ((23) y Endocrinología : 18,5% (12).
El carácter de la citación es: Preferente : 26,2 % (17) y Normal 73,8 % (48)

En cuanto las recomendaciones de tratamiento :Se propone tto farmacológico nuevo :30,7 % (20) e Intensificar/ajustar / modificar tto farmacológico que ya llevaba : 15,4 % : (10)

Dada la frecuencia con que se realizan las respuestas con estas recomendaciones es necesario que se modifique el sistema de citación para que las respuestas de ICV lleguen al Servicio de Admisión para citación con la denominación " PRESENCIAL CON RECOMENDACIÓN".
Seguiremos recogiendo datos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/917 ===== ***

Nº de registro: 0917

Título
MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP

Autores:
VERDURAS SANCHEZ MARIA ELENA, ARQUILLUE VARONA SARA, BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN, DUEÑAS GIL EVA, GOMEZ LANZUELA CRUZ CARMEN, MURILLO MORENO ROSA, CONDE ASENSIO VICTORIA, SAUCO JAQUES MARIA SOLEDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0917

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las interconsultas virtuales
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

ANÁLISIS DE LA SITUACION .PERTINENCIA DE PROYECTO

La interconsulta virtual AP-AE comenzó a implantarse en nuestro Centro de Salud en Octubre 2017. Desde entonces se ha ido ampliando progresivamente a la mayoría de las especialidades en la actualidad .
Cuando se hace la valoración de nuestra interconsulta por parte de Especializada hay dos posibilidades: que se quiera valorar al paciente de forma presencial citándolo por carta o por teléfono o que se le avise telefónicamente por parte del Servicio de Admisión de nuestro centro para que transmitamos al paciente la respuesta de la interconsulta en el caso de que no se requiera valoración presencial .
Hay un grupo de pacientes en los que sí se va a hacer valoración presencial(con lo cual no son avisados desde Admisión) y vienen con una indicación del especialista (realizar analítica, ECG previa a la cita, comenzar ya con un fármaco antes de la cita ...)
Los médicos de AP revisamos todas las respuestas de las interconsultas y se avisa personalmente por teléfono al paciente para indicarles la recomendación pero hay determinadas situaciones : sustituciones, vacaciones, permisos ...en las que estos pacientes pueden no ser llamados y sobre todo si la citación es preferente o para diagnóstico rápido pueden acudir a la consulta sin la recomendación hecha previamente
Hemos elaborado un proyecto de mejora para evitar estas situaciones . Con ello contribuimos a mejorar el flujo de comunicación de la Interconsulta Virtual AP-AE reduciendo en el beneficio de la atención al paciente

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general .
Mejorar la efectividad de la interconsulta virtual recientemente implantada en nuestro Equipo de Atención Primaria

Objetivo específico:

Que el 100% de los pacientes a los que se realiza ICV que van a ser valorados en consulta especializada y lleven una recomendación sean citados en Atención Primaria

MÉTODO

Informar via personal -teléfono y con carta informativa del proyecto a la Dirección de AP y a los responsables de la interconsulta virtual de las diferentes especialidades .
En dicha carta se explicará que habrá que hacer una selección en la respuesta de la interconsulta haciendo constar la siguiente notificación :PRESENCIAL CON RECOMENDACIÓN para que a la recepción en nuestro EAP, el Servicio de Admisión lo pueda reflejar así en nuestras agendas
Informar a todos los médicos del EAP para que una vez que esté el proyecto en marcha registren los que se han quedado sin citar porque no ha llegado al Centro la respuesta con este sistema para posteriormente cuantificar el total de pacientes

INDICADORES

Una vez que se ponga en marcha el proyecto necesitaremos los siguientes datos :
Numero de respuestas de interconsultas virtuales que se citan en nuestro EAP
Numero de respuestas de interconsultas virtuales que se citen como PRESENCIAL CON RECOMENDACIÓN
Numero de respuestas de interconsultas virtuales que deberían de haber sido PRESENCIALES CON RECOMENDACIÓN y que detectemos que no han llegado al EAP de esta manera
De esta manera elaboraremos los indicadores para valora si hemos obtenido el porcentaje deseado

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio : una vez aceptado el proyecto de mejora
Elaboración de carta para enviar a Dirección de EAP y responsables de ICV de las diferentes especialidades : 1 mes

Puesta en marcha tras obtener respuesta

Recogida de datos : 6 meses -1 año

Evaluación periódica con comunicación de incidencias en reuniones de EAP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0917

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL AP-AE RECIENTEMENTE IMPLANTADA EN NUESTRO EAP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0939

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VENECIA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE SARA ARQUILLUE VARONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VENECIA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARRABAL MARTINEZ YOLANDA
BURILLO MATEO RAQUEL
CONDE ASENSIO VICTORIA
DUEÑAS GIL EVA
DUPLA ARENAZ MARIA
PUEYO GINES ANA
VERDURAS SANCHEZ MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condiciona su eficacia en el futuro. Este es el hecho que convierte la gestión de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas.

El empleo de antibióticos de espectro más amplio representa un problema mayor puesto que su contribución a la expansión de las resistencias es mayor, no sólo en aquellos pacientes expuestos a éstos, sino también en el resto de la comunidad. Por este motivo, y alineado con el objetivo el propuesto por la OMS, de optimizar la utilización de aquellos antibióticos que considera de importancia crítica y que por tanto su uso debe ser más restrictivo con objeto de preservar su eficacia, durante el año 2019 en este EAP se priorizó la optimización del uso de estos antibióticos, centrando los esfuerzos en la reducción de su prescripción cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno) y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para facilitar esta tarea desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en el que se han realizado recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En el EAP Venecia, para facilitar la implementación de las recomendaciones de tratamiento realizadas por la guía IRASPROA centrando el objetivo en la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas:

-El responsable de antibióticos del EAP, Sara Arquillué Varona ha asistido a las dos reuniones (14/03/2019 y 11/06/2019) convocados desde el grupo PROA AP SECTOR II, en las que se ha transmitido la sesión de infecciones respiratoria y la de urinarias en paciente adulto respectivamente. Por su parte los pediatras también fueron convocados a sendas reuniones con fecha 08/05/219 y 12/06/2019.

-Posteriormente, el responsable de antibióticos del EAP, Sara Arquillué Varona, ha llevado a cabo dos sesiones formativas:

-Abordaje de infecciones respiratorias: fecha 16 de Abril del 2019

- Abordaje infecciones urinarias en población adulta: fecha 26 de Noviembre del 2019

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas.

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

-El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión presentando los informes de consumo de antibióticos y los indicadores monitorizados, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0939

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VENECIA

de cada profesional con su equipo, sector y Aragón y en periodos interanuales. En esta sesión también se ha transmitido información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

2. Revisión de casos clínicos

-La actividad formativa se ha reforzado con la revisión de algún caso clínico propio del equipo en una nueva sesión clínica realizada de nuevo por el responsable de antibióticos del EAP, en esta sesión también se ha revisado el estado de los indicadores del proyecto asistencial.

En estas sesiones formativas hemos reforzado y hemos recordado la necesidad de optimizar el uso de antibiótico de amplio espectro, comprobando que la mayor parte de procesos infecciosos que podemos diagnosticar en AP podríamos tratarlos con antibióticos de espectro reducido. En estas sesiones también hemos revisado el perfil de seguridad de los antibióticos, recordando los efectos adversos más frecuentemente asociados a ellos.

- La selección de casos clínicos ha sido posible porque desde mayo de 2019, se dispone a través de la herramienta de Cuadro de Mandos de Farmacia de un indicador que monitoriza el número de pacientes en tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación en los últimos doce meses, de tal modo que tanto los médicos de familia como los pediatras hemos podido revisar el listado de pacientes de nuestro cupo a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación junto con el diagnóstico asociado. A partir de este listado hemos revisado algunos de los pacientes que aparecen en el mismo con el objeto de reevaluar dicha prescripción de acuerdo a las recomendaciones realizadas en la guía IRASPROA y los conceptos reforzados en las sesiones impartidas en el equipo.

- Además, con objeto de concienciar a la población de reducir el consumo de antibióticos, se han colgado unos carteles sobre la gripe preparados por el grupo PROA AP Sector II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

En el EAP Venecia hemos dado 2 sesiones con una asistencia superior al 50% de miembros del equipo médico. Como resultado de todas las actividades se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir, pudiéndose limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Indicadores de consumo de antibióticos, la información de estos indicadores ha sido proporcionada por el Servicio de Farmacia, que nos ha enviado los informes de consumo trimestralmente.

En cuanto a resultados:

1. Es destacable que en el EAP Venecia se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 10,3, lo que ha supuesto una reducción respecto a 2018 (DHD enero-diciembre 2018 :13,15).

2. En nuestro EAP Venecia para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación. En diciembre 2018 el valor era 2,40% siendo en diciembre 2019 de 1,60% de

% DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos:

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

3. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados

Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores:

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el equipo se ha trabajado en la línea del objetivo marcado cuando se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª generación de forma considerable.

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP nos han proporcionado información acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0939

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VENECIA

de vías urinarias, cuyos valores en 2018 fueron de 28,83% y 51,35% respectivamente. En el año 2019 el % uso de cefalosporinas 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias ha sido de 33,33% y 25% respectivamente. Es decir, ha habido una reducción importante en el uso de antibióticos de amplio espectro en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro. Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto de formación en una primera fase y posterior revisión de casos clínicos, nos ha servido de gran ayuda y nos ha permitido valorar nuestra prescripción, y modificar pautas de prescripción que hasta hace unos meses considerábamos que eran las más adecuadas. Pero en estas revisiones de caso también hemos encontrado que algunos de los antibióticos de amplio espectro habían sido prescritos en los centros de atención de urgencias, tanto de atención primaria como a nivel hospitalario sin ingreso, por lo que consideramos clave que haya en todos a nivel de toda la atención sanitaria se apliquen los mismos criterios. En otras ocasiones su utilización estaba justificada por la presencia de alergias, algunas de las cuales no han sido adecuadamente establecidas, por lo que sería aconsejable disponer de un circuito ágil para valoración de alergias. Por otra parte, en muchas ocasiones el limitado tiempo que se puede dedicar a cada paciente, no permite una adecuada información a éstos, que junto con la presión que ejerce en muchas circunstancias, ha podido justificar la prescripción de antibióticos no necesarios en determinadas situaciones. Por tanto la estrategia planteada en este proyecto, se puede aplicar a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/939 ===== ***

Nº de registro: 0939

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VENECIA

Autores:
ARQUILLUE VARONA SARA, ARRABAL MARTINEZ YOLANDA, BURILLO MATEO RAQUEL, CONDE ASENSIO VICTORIA, DUEÑAS GIL EVA, DUPLA ARENAZ MARIA, PUEYO GINES ANA, VERDURAS SANCHEZ MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Infecciones
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor. La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados, incluyendo, además, las indicaciones principales de los ATB recomendados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina). La práctica clínica del médico de familia y del pediatra de atención primaria tienen unas características que inciden directamente sobre la indicación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0939

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN EL EAP VENECIA

del uso de ATB y su adecuación. Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en el EAP VENECIA se considera una oportunidad de mejora trabajar para reducir y adecuar la prescripción de antibióticos de amplio espectro, especialmente cefalosporinas de tercera generación a aquellos procesos en los que estarían indicados, según las recomendaciones de la Guía de tratamiento antibiótico empírico de Aragón en infecciones respiratorias y urinarias, reduciendo de este modo el uso de los mismos, que en el año 2018 supuso en el equipo el 2,1% de las DDDs de antibióticos prescritas (Aragón: 2.1%).

RESULTADOS ESPERADOS

Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección y no haya otras alternativas disponibles. Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario. Revisar la utilización de cefalosporinas de tercera generación según las recomendaciones de la guía antibiótica empírica autonómica en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.

MÉTODO

Realizar al menos dos sesiones formativas, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario, a partir del material proporcionado por el grupo IRASPROA, para actualizar los conocimientos de acuerdo a las recomendaciones de estas guías elaboradas de acuerdo a las características epidemiológicas locales y a las recomendaciones de las sociedades en cuenta a duración y pauta de tratamiento. Reforzar las actividades formativas de las dos sesiones, con otras de revisión de casos clínicos identificados en el propio equipo de atención primaria. Revisión de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación para valorar la adecuación de la prescripción de acuerdo con las recomendaciones de la Guía autonómica. Adecuar el registro de procesos infecciosos en OMI-AP.

INDICADORES

Nº de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Nº de sesiones de revisión del consumo de antibióticos del EAP y de algún caso clínico. Objetivo: 1 sesión con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2018: 2,1 %. Objetivo 2019: =2,0%
Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias Valor 2018: 28,38
% Objetivo 2019: Disminuir
% de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias Valor 2018: 51,35 % Objetivo 2019: Disminuir

DURACIÓN

Marzo-Julio: Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
Septiembre-Diciembre: Revisión de casos clínicos del equipo. Revisión de los pacientes identificados con prescripciones realizadas de cefalosporinas de tercera generación durante el año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1545

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA MILAGROS DE RODRIGO GARCIA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABRIL ZAERA MARIA PILAR
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE
MORO LARA JAVIER
PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reunión explicativa con los responsables de admisión de los equipos de AP.: 19/10/2017
-Difusión a los profesionales de los Centros de Salud de nuestro sector sanitario la información relativa a los requisitos que son necesarios para poder solicitar el acceso a la documentación clínica. A partir del 23/10/2017 los responsables de admisión de los Centros de Salud informan al resto de compañeros del Equipo.

-Envío de los formularios de acceso a la documentación sanitaria, para la cumplimentación de los intere en los Centros de Salud, el mismo día 23/10/2017 se envían por correo electrónico los formularios diseñados y consensuados a los responsables de admisión en formato pdf y open office. En el reverso del formulario se incluyen los requisitos para ejercitar el derecho de acceso a la documentación clínica por parte de los usuarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1) % Centros de Salud a los que se ha enviado información y documentación sobre la solicitud de acceso a documentación clínica

Centros de salud a los que se ha enviado información y documentación

-----x 100
Total de centros de salud del sector II de Zaragoza

Objetivo 75%

RESULTADO OBTENIDO: 100 %

2) % de solicitudes tramitadas desde los centros de salud sin desplazamiento inicial de usuario

Solicitudes tramitadas desde los centros de salud sin desplazamiento inicial de usuario

Total de solicitudes tramitadas

Objetivo 60%

RESULTADO OBTENIDO: 70 %

La implementación en los Centros de Salud se ha realizado en el último trimestre del 2017, por lo que que hay Centros de Salud que han alcanzado el 100 % del objetivo y otros que no ha sido posible medir este objetivo por no haber solicitudes.

3) % de tramitaciones desde los centros de salud con la documentación acreditativa y el impreso correctamente cumplimentado

Tramitaciones desde los centros de salud con la documentación acreditativa y el impreso correctamente cumplimentado

Total de tramitaciones desde los centros de salud

Objetivo: 60%

RESULTADO ALCANZADO 100 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es fundamental mejorar la accesibilidad de los usuarios para estos trámites evitando desplazamientos innecesarios, sobre todo en el ámbito rural.

Se ha consensuado un único formulario de solicitud de datos de acceso a la historia clínica que incluye requisitos específicos en Atención Primaria y facilitar a nuestros profesiones los datos para tramitar las solicitudes.

Se ha facilitado a los profesionales de admisión de los Centros de Salud del Sector Zaragoza II la normativa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1545

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II

aplicable para cada solicitud, así como los requisitos necesarios para el ejercicio de los derechos ARCO, de manera sencilla, concreta y precisa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1545 ===== ***

Nº de registro: 1545

Título
MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II

Autores:
DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS, MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE, MORO LARA JAVIER, ABRIL ZAERA MARIA PILAR, LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL, PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Agilizar trámites administrativos y facilitar conocimiento de la normativa aplicable para ejercitar derechos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años se ha producido un aumento en la demanda de los accesos de la documentación clínica de los Centros de Salud. Al ser datos personales y relativos a la salud de los pacientes son confidenciales y están sujetos a un régimen de protección regulado en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. Estos derechos son personalísimos y son ejercidos por el propio afectado para solicitar copia de su historial (para aportar a los seguros médicos ó temas legales), solicitudes de acceso a la historia de menores (en procesos de divorcio) y solicitudes de acceso de pacientes fallecidos (seguros de vida). Cada una de estas tres solicitudes precisa aportar una documentación específica. En la actualidad la información, los trámites y la entrega de la historia clínica se realizan en la Unidad de Clientes de Atención Primaria de Sector II Zaragoza. Por otro lado, también existen situaciones en las que hay que rectificar un episodio de la historia electrónica por ser erróneo, ó que el interesado pueda ejercer su derecho a la oposición ó cancelación de un dato de su historial.
En definitiva, se trata de hacer efectivo los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (derechos ARCO) de los usuarios de los Centros de Salud del Sector II de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
El objetivo principal de nuestro proyecto es establecer un procedimiento que sea ágil y operativo para tramitar las solicitudes, tanto para los usuarios como para los profesionales de los Centro de Salud, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos ARCO.

Una manera de facilitar la accesibilidad a los usuarios que deseen ejercitar sus derechos, es entregarles las solicitudes e informar de los documentos que tienen que aportar en los Centros de Salud, evitando desplazamientos del usuario a la Unidad de Clientes simplemente para cumplimentar la solicitud. Posteriormente, la entrega de la documentación sí que se realiza en esta unidad ya que es necesario tener constancia de la misma en el registro (en los Centros de Salud no hay registro)

Objetivos secundarios:
-Facilitar a los profesionales de admisión de los Centros de Salud del Sector Zaragoza II la normativa aplicable para cada solicitud, así como los requisitos necesarios para el ejercicio de los derechos ARCO, de manera sencilla, concreta y precisa.
-Facilitar a los profesionales de admisión de los Centros de Salud del Sector Zaragoza II un modelo de solicitud normalizado y adaptado a las características de Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1545

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II

MÉTODO

- Reunión inicial explicativa con los responsables de admisión de los equipos de AP.
- Difundir a los Centros de Salud de nuestro sector sanitario la información relativa a los requisitos que son necesarios para poder solicitar el acceso a la documentación clínica.
- Facilitar de una forma clara y precisa a los profesionales del Servicio de Admisión de los centros de salud los formularios de acceso a la documentación sanitaria a los que acompañará la documentación que tiene que aportar el usuario.

INDICADORES

Indicador:

1) % Centros de Salud a los que se ha enviado información y documentación sobre la solicitud de acceso a documentación clínica

Centros de salud a los que se ha enviado información y documentación

-----x 100

Total de centros de salud del sector II de Zaragoza

Objetivo 75%

2) % de solicitudes tramitadas desde los centros de salud sin desplazamiento inicial de usuario

Solicitudes tramitadas desde los centros de salud sin desplazamiento inicial de usuario

Total de solicitudes tramitadas

Objetivo 60%

3) % de tramitaciones desde los centros de salud con la documentación acreditativa y el impreso correctamente cumplimentado

Tramitaciones desde los centros de salud con la documentación acreditativa y el impreso correctamente cumplimentado

Total de tramitaciones desde los centros de salud

Objetivo: 60%

DURACIÓN

1 año, evaluación semestral y final al año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1598

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DE ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MUÑOZ ESCOBAR
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORO LARA JAVIER
DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION
ABRIL ZAERA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1 Desde el Departamento de Clientes de Atención Primaria, Sector Zaragoza II, hemos puesto en marcha un procedimiento operativo para el buen control y efectividad en la Gestión de Identidades en Atención Primaria. Se ha planteado a los Coordinadores Médicos, Responsables de Enfermería y Responsables de Admisión de los 21 Centros de Salud de nuestro Sector, la necesidad de utilizar el correo electrónico para hacer constar e informarnos adecuadamente de las altas y bajas de los trabajadores que de manera eventual o fija, necesitarán los accesos a las aplicaciones informáticas de nuestro Sector.

Deberán detallar en el correo, los datos personales de cada nuevo profesional:

- Nombre y Apellidos
- DNI
- Categoría Profesional
- Centro de Salud en el que va a trabajar
- Vigencia del acceso, en función del tiempo de trabajo
- Necesidad de acceso VPN, si corresponde a un Centro de Salud Rural.

2 Elaboración de un procedimiento operativo de la Gestión de identidades en AP, incluyendo en el desarrollo el proceso y el flujograma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado un flujograma del circuito de Gestión de Identidades y como respuesta a éste proyecto, hemos podido hacer una primera evaluación, obteniendo un resultado del número de solicitudes correctamente informadas del 95%, esto nos ha permitido crear un registro de altas y bajas de todos los trabajadores que nos solicitan los accesos en la Gestión de Identidades de nuestro Sector.
La duración del proyecto es anual, revisable al semestre.
No es necesario ningún recurso, tan sólo el correo electrónico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo está formado por todos los miembros del Departamento de Clientes y colaboradores del proyecto, por lo que no ha sido necesario informar sobre el mismo. La totalidad del equipo considera muy buena, la elaboración del proyecto con unos resultados muy favorables para conseguir nuestros objetivos, que son los de ofrecer a nuestros trabajadores una gran efectividad y rapidez a la hora de obtener los accesos para el desempeño de sus tareas. Hemos aprendido, que será necesario mantener un recordatorio trimestral a través del correo electrónico, a todos los responsables de cada Equipo y así, poder mantener el circuito correcto en la Gestión de Identidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1598 ===== ***

Nº de registro: 1598

Título
MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE, MORO LARA JAVIER, DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS, LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL, PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION, ABRIL ZAERA MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1598

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DE ZARAGOZA II

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Clientes de Atención Primaria gestiona los accesos a las aplicaciones informáticas de los trabajadores de los centros de salud y se habilitan roles de trabajo para el personal en función de su categoría profesional y equipo de atención primaria, tanto de nueva incorporación como cuando hay movimientos internos entre el personal del SALUD e incluso de otros Departamentos del Gobierno de Aragón. La comunicación de altas, se produce casi siempre por teléfono, con la consiguiente falta de seguridad, ya que se está habilitando a un usuario el acceso a información sensible, protegida por la Ley Orgánica15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

RESULTADOS ESPERADOS

El servicio de clientes es el referente en la gestión de identidades y quien resuelve o gestiona cualquier problema de permisos de acceso a las aplicaciones informáticas de los trabajadores de atención primaria del sector II
Con este proyecto se pretende habilitar un circuito común para todos los centros de nuestro sector por el que el responsable (coordinador médico, enfermería, admisión) solicite por correo electrónico al servicio de clientes las altas, para evitar deficiencias de seguridad y que los roles estén adjudicados con antelación al inicio de la actividad en cada centro y, de la misma manera, cuando cause baja en el centro de trabajo se le deshabilite al trabajador los roles asignados. Así, tendremos un buen control sobre los accesos a la información para aquellas personas que no se encuentren en activo.
Que los trabajadores tengan los accesos pertinentes a las aplicaciones informáticas en su centro de salud desde el primer día de trabajo.

MÉTODO

Elaborar un flujograma del circuito de solicitudes de acceso y un registro de solicitudes interno del servicio. Se enviará a cada uno de los responsables de los centros un correo electrónico recordándoles la necesidad de información sobre incorporaciones, sobre todo en época de mayor afluencia de sustitutos, información que debe contener identificación, DNI, categoría profesional y un teléfono de contacto del usuario a incorporar por correo electrónico. En casos urgentes la comunicación se hará por parte del responsable por vía telefónica. Desde el servicio se accede como administrador al Directorio Electrónico Único (DEU) del Servicio Aragonés de Salud, se da el alta o se modifica la situación del usuario y desde el aplicativo "Identity Manager" (IDM) se habilitan los roles de trabajo y se restringen los de otros sectores sanitarios si procede, además de poder modificar y resetear la contraseña de acceso que será la misma para todas las aplicaciones que se le asignen según la categoría profesional.
Seguidamente y sólo para todo el personal sanitario, a través la INTRANET del Sector, habilitaremos el acceso a las historias clínicas de los pacientes.

INDICADORES

Elaboración del flujograma del circuito de gestión de identidades. SI/NO
Elaboración del registro de solicitudes del Servicio de Clientes. SI/NO
Nº de solicitudes correctamente informadas a través del correo electrónico/Nº total de altas >60%

DURACIÓN

Un año, revisión semestral

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0691

1. TÍTULO

PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MUÑOZ ESCOBAR
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABRIL ZAERA MARIA PILAR
DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
MORO LARA FRANCISCO JAVIER
PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION
TORRES MARTIN MARIA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se habilitaron máquinas multifunción (copiadora/fax/escaner) en todos los centros de salud.
2. Se codificaron para envío automático a un correo electrónico genérico gestionado desde el servicio de Clientes.
3. Una vez mecanizada la solicitud en el programa correspondiente, se archiva en la red interna corporativa de la Dirección de Atención Primaria identificándola con un número compuesto por la fecha del servicio seguido del identificador que proporciona el sistema con el fin de conocer la trazabilidad de la solicitud en caso de posibles quejas de los usuarios.
4. Se ha abierto una hoja Excel para casos de solicitudes defectuosas que se devuelven a los centros vía correo electrónico, para el seguimiento de la subsanación.
5. Se preparó un puesto de ordenador con dos pantallas para facilitar la tarea de la cumplimentación: en una, se ve la solicitud del correo electrónico y en la otra, el aplicativo para su cumplimentación telemática. del tal manera que al guardar el archivo pdf de la solicitud ya se le puede asignar el identificativo sin necesidad de minimizar el programa.
6. Se ha enviado a admisión de los centros vía correo electrónico un póster con instrucciones para la revisión de la solicitud antes del envío para evitar solicitudes no válidas o defectuosas, que se deberían devolver al facultativo para su subsanación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se proponía un indicador de máquinas habilitadas >15 y se han instalado 18 máquinas multifunción. El indicador de porcentaje de solicitudes tramitadas por mail supera el 90% ya que se han tramitado un total de 4014 solicitudes de las cuales han llegado por fax 139. Por tanto, el 96,54% de las solicitudes se han realizado a través del correo electrónico. Con la instalación y codificación de la máquina multifunción se entregó a cada servicio de admisión un manual de uso de la máquina.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra valoración es muy positiva pues hemos pasado de custodiar y archivar todas las solicitudes en papel por meses, con la dificultad para encontrar alguna si era necesario o a la hora de anular, a tenerlo todo en la red corporativa, a disposición de todos nosotros para consulta. A la hora de la cumplimentación, es más relajada, puesto que el correo electrónico va entrando en la cuenta genérica, creada al efecto, durante toda la jornada laboral, mientras que anteriormente con el correo interno, sólo se recogían solicitudes en dos momentos puntuales de la mañana, generando un poco de estrés si las solicitudes eran numerosas. Para la trazabilidad de las historias hay un doble archivo: en cada centro que las registran y archivan físicamente y en el Servicio de Clientes de la Dirección de Atención Primaria que las archiva electrónicamente evitando, al menos, 6 cajas de archivador definitivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/691 ===== ***

Nº de registro: 0691

Título
PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE, ABRIL ZAERA MARIA PILAR, DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS, LAFUENTE DE MIGUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0691

1. TÍTULO

PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

SUSANA RAQUEL, MORO LARA FRANCISCO JAVIER, PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION, TORRES MARTIN MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No patología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las campañas de tipo cultural para la reducción del consumo de papel en la administración pública, ofrecen importantes oportunidades en la generación de buenos hábitos en el uso del papel en organizaciones privadas y públicas, lo cual promueve la eficiencia y productividad, reduciendo costos, tiempo y espacios de almacenamiento.

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, supone un impulso definitivo a la implantación de la administración electrónica, incorpora y ordena los avances producidos en los últimos tiempos y apuesta por "una administración pública íntegramente electrónica, con cero papel e interconectada" tanto en sus relaciones con los ciudadanos como entre las distintas administraciones entre sí, mejorando la agilidad de los procedimientos administrativos y reduciendo los tiempos de tramitación.

La resolución de 24 de noviembre de 2014, del Director General de Planificación y Aseguramiento, por la que se aprueban las INSTRUCCIONES, sobre gestión de los desplazamientos no urgentes de pacientes en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón, aprueba las instrucciones sobre gestión de los desplazamientos no urgentes de pacientes, siendo objeto de las mismas establecer el marco organizativo del transporte sanitario no urgente, definiendo el procedimiento, indicaciones para la cumplimentación de los anexos, de la petición informatizada y el circuito de la solicitud.

El Servicio de Clientes de Atención Primaria gestiona las solicitudes de transporte sanitario no programado y no urgente siguiendo el siguiente itinerario: el facultativo solicita, imprime y firma el modelo habilitado en OMI-AP, el personal del servicio de admisión la envía por correo interno (con más de 48 h de antelación al servicio) o por fax al S° de Clientes, quien la informatiza en la plataforma vía web que compartimos con el S° de ambulancias y la archiva por fechas. Si la solicitud está incompleta, se devuelve al centro por fax para que se subsane y vuelven a enviarla, con lo que el papel que se genera es doble.

RESULTADOS ESPERADOS

La supresión total del uso del papel para esta gestión.
Adaptación paulatina y progresiva a la ley 39/2015 de "Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas"
La concienciación de los trabajadores del servicio para llegar al cero papel no sólo en esta gestión sino ampliarlo de manera paulatina a otras áreas de trabajo del servicio.

MÉTODO

Para implementar el uso de papel cero en el servicio, se establece el nuevo circuito de tramitación:

- Se habilitan las máquinas multifunción de todos los centros de salud para que puedan escanear documentos y de manera automatizada envíen por correo electrónico en formato "pdf".
- Se codifican numéricamente los correos electrónicos necesarios para el proceso.
- Desde el servicio de admisión se enviará la solicitud escaneada
- En el S° de Clientes mecaniza los datos de la solicitud en el programa informático habilitado
- El fichero en formato "pdf" se guarda en la red interna corporativa de la dirección de atención primaria identificándola con la fecha del servicio-n° identificativo del programa.
- Las solicitudes incompletas, se reenvían por correo electrónico al centro correspondiente y se registran en Excel con la fecha del servicio, el centro, la identificación del usuario, para controlar la subsanación.

INDICADORES

- Número de máquinas multifunción habilitadas para escanear y enviar documentos por correo electrónico. > 15
- N° solicitudes tramitadas por mail / N° total de solicitudes * 100 = >90 %
- Elaboración de un manual de uso de la máquina multifunción Si/No

La fuente de los datos es el propio correo (ambulancias cumplimentadas) y el archivo electrónico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0691

1. TÍTULO

PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

DURACIÓN

Duración

Un año: envío de correo a los responsables de admisión de los centro para indicarles el nuevo procedimiento. Puesta en marcha de la impresora multifunción codificada. Posibles mejoras intermedias y evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0738

1. TÍTULO

GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA MILAGROS DE RODRIGO GARCIA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. AREA DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION
MORO LARA FRANCISCO JAVIER
TORRES MARTIN MARIA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han desarrollado las siguientes actividades:

1. El proyecto se ha realizado con las quejas que han presentado los usuarios en los Centros de Salud o presencialmente en el Área de Clientes de Atención Primaria Sector Zaragoza II, posteriormente se han registrado en la Base de Datos "Lanuza" del Departamento de Sanidad-Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios.

2. Estos datos se han exportado a una tabla Excel para elaborar los informes, y una vez convertidos en formato PDF, se remiten al correo electrónico de los Coordinadores de los Centros de Salud y al equipo directivo de Atención Primaria.

3. A partir de estos datos:

? Cada mes se ha realizado un informe de las quejas que se han tramitado desde esta Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza II, detallado por Centros de Salud, reflejando el tiempo de respuesta al usuario (si es > o < de 30 días), las que están pendientes de responder y si la respuesta enviada al usuario ha sido modificada o no por la Dirección.

? Cada trimestre además, se ha realizado otro informe complementario con información de las quejas clasificadas por motivos y profesionales aludidos por los usuarios en sus quejas.

? Estos informes se han enviado por correo electrónico a todos los Coordinadores de los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud y al equipo directivo de Atención Primaria, para su conocimiento y los efectos oportunos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º) Porcentaje de quejas con respuesta por escrito:

El nº total de quejas presentadas en el Registro de Atención Primaria desde el 01/01/2018 al 31/12/2018 y registradas en la base de datos Lanuza del Departamento de Sanidad han sido de 561 quejas.

Fecha final para recabar información para la elaboración de los datos y porcentajes: 28/02/19.

En base a estos datos tenemos los siguientes indicadores:

-Respuestas por escrito al usuario: 558 quejas, es decir el 99,47 %

-Pendientes de contestar por la Dirección de A.P.: 3 quejas, es decir el 0,53 %

El objetivo era el 95 %.

2º) Quejas con respuesta por escrito en tiempo (menos de un mes)

Para elaborar este indicador se ha tomado como referencia la fecha del registro de entrada de la queja en el Área de Clientes y la fecha de contestación al usuario una vez revisadas por la Dirección.

Datos obtenidos:

-Respuesta por escrito >30 días: 176 quejas, es decir 32 %

-Respuesta por escrito < 30 días: 387 quejas, es decir 68 %

El objetivo era de un 75 % de quejas con respuesta al usuario menor de 30 días.

3º) Quejas con propuesta de respuesta del Coordinador de EAP aceptada:

De un total de 558 quejas con respuesta al usuario:

-El 61 % (343 quejas) no ha sido aceptada la propuesta del Coordinador, siendo contestada por la Dirección de Atención Primaria.

-El 39 % (215 quejas) se ha aceptado y enviado al usuario la propuesta del Coordinador.

El objetivo era conseguir el 60 % de propuestas del Coordinador aceptadas. Este año ha sido el 39 %, lo que ha supuesto mayor trabajo para la Dirección y para el Área de Clientes al tener que elaborar otra respuesta mas adecuada a las quejas interpuestas por los usuarios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0738

1. TÍTULO

GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

4º) Nº informes trimestrales enviados a los Coordinadores E.A.P. y Dirección de Atención Primaria:

Enviados por correo electrónico a cada Coordinador de los Centros de Salud y al equipo directivo de Atención Primaria.

Fechas envío: 1º trimestre: 20/04/2018

2º " : 26/07/2018

3º " : 23/11/2018

4º " : 21/01/2018

El objetivo era > 4.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez realizado y valorado el proyecto podemos sacar las siguientes conclusiones:

-Pertinencia del proyecto:

Creemos que desde el Área de Clientes se ha conseguido que todos los destinatarios (Coordinadores de Centro de Salud y Dirección de Atención Primaria) hayan dispuesto de una visión de conjunto de todos los motivos y de los profesionales objeto de las quejas para poder extraer conclusiones y procurar mejoras. También que el 99,47 % de las quejas hayan sido respondidas por escrito a los usuarios.

-Sostenibilidad del sistema:

Se han utilizado los medios adecuados para alcanzar los objetivos, es decir se han empleado los medios telemáticos disponibles como es la base de datos Lanuza, tablas Excel y el correo electrónico para enviar los informes, contribuyendo al "papel cero" y sin ningún coste económico adicional.

-Efectividad:

Aunque se han respondido el 99,47 % de las reclamaciones interpuestas por los usuarios, se debe mejorar el tiempo de respuesta, establecido en un mes, y que por causas ajenas al Área de Clientes no ha podido ser cumplido el objetivo establecido para este año.

También creemos que para que este proyecto sea más efectivo se deben incluir indicadores que permitan medir las medidas adoptadas, tanto por los Coordinadores de los Centros de Salud como por parte del equipo directivo de Atención Primaria, respecto de las quejas interpuestas por los usuarios.

CONCLUSION: creemos que este proyecto es viable y es útil para favorecer la participación y conocer la percepción que tienen los usuarios de los servicios sanitarios, también permite conocer el estado de tramitación de las quejas, tanto a los Coordinadores como al equipo directivo de Atención Primaria, contribuyendo a la adopción de medidas que promuevan la mejorar continua de los mismos.

Por ello, dado que este año se han cumplido los objetivos parcialmente, nos emplazamos para hacer mejoras el próximo año, como son las siguientes:

-Mejorar el tiempo de respuesta a las quejas interpuestas por los usuarios.

- Proponer a la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios que efectúen correcciones en la Base de Datos Lanuza teniendo en cuenta las características de Atención Primaria ya que requiere unos apartados específicos, que nos facilite la exportación de datos, necesarios para establecer los indicadores que nos permitan efectuar mejoras en la calidad asistencial de la Atención Primaria, como es el codificar el tipo de resolución, es decir, la toma de medidas adoptadas en relación con las quejas interpuestas por los usuarios.

7. OBSERVACIONES.

Desde el área de Clientes hemos encontrado dificultades para exportar los datos de la Base de Datos Lanuza que es la establecida por la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios para el registro de todas las quejas de los usuarios:

1º-. Atención Primaria tiene unas particularidades diferentes a la Atención Especializada que requiere apartados específicos en la Base de Datos Lanuza para que la exportación de los datos permita establecer indicadores concretos de la actividad asistencial de la Atención Primaria.

2º-. Nos parece importante establecer una codificación en la Base de Datos Lanuza respecto a la resolución adoptada en las quejas interpuestas por los usuarios que permita valorar la toma de medidas que se han realizado en los Centros de Salud o por la Dirección de Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0738

1. TÍTULO

GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

*** ===== Resumen del proyecto 2018/738 ===== ***

Nº de registro: 0738

Título
GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS, MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE, LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL, PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION, MORO LARA FRANCISCO JAVIER, TORRES MARTIN MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Ley 6/2002 de 15 de abril, de Salud de Aragón reconoce el derecho de los destinatarios de los servicios de salud a presentar quejas y sugerencias y a utilizar las vías de reclamación en los plazos previstos.
Quejas: Son los escritos formulados por cualquier usuario, aunque sea diferente del directamente afectado, en los que se ponga de manifiesto su disconformidad por las actuaciones en el ámbito de los servicios sanitarios o por su insatisfacción con la atención recibida: demoras, desatenciones, u otras anomalías en el funcionamiento de los servicios prestados por la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón en el ámbito sanitario.
La percepción que tienen los ciudadanos como usuarios de los servicios de salud y su opinión sobre los mismos, nos puede ayudar a mejorar nuestros servicios y a orientar nuestras actuaciones, de modo que se puedan mejorar las expectativas de los usuarios.

En este sentido la Ley 5/2013 de 20 de junio de calidad de los Servicios Públicos de la Administración de la Comunidad de Aragón recoge los principios de funcionamiento de las instituciones públicas como son: eficacia, eficiencia en la asignación y en la utilización de los recursos públicos, planificación, gestión por objetivos y control de los resultados, acercamiento de la Administración pública a los ciudadanos y transparencia y publicidad de la actuación administrativa que están directamente vinculados al concepto de calidad y mejora continua de la Administración Pública.

En este contexto, las quejas, se configuran como un mecanismo de gran utilidad para favorecer la participación y conocer la percepción que tienen los usuarios de los servicios sanitarios, facilitando la adopción de medidas que promuevan la mejora continua de los mismos.

Se establece que el responsable de la unidad u organismo competente sobre cuyo funcionamiento se haya formulado la sugerencia o queja dará contestación a la misma en el plazo de un mes.

Creemos que las quejas pueden entenderse como una expresión formal de un conflicto entre el sistema sanitario y los usuarios, que de alguna manera ven frustradas las expectativas que en el tenían depositadas.

Pueden ser utilizadas para tratar de identificar los aquellos problemas que tienen importancia para los usuarios y establecer las medidas de corrección que consideren oportunas por parte de los responsables de la gestión sanitaria.

También constituyen un mecanismo permanente y eficaz para detectar y corregir los problemas que en ellas se plantean.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Principal:

Conseguir que todas las reclamaciones presentadas por los usuarios sean contestadas en tiempo y forma. Mejorar los plazos de resolución de las reclamaciones por parte de los Coordinadores E.A.P. de los Centros de Salud o del Equipo de Dirección de Atención Primaria, según corresponda.

Objetivos secundarios:

Disponer de una visión de conjunto de los motivos por los que reclaman los usuarios y de los profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0738

1. TÍTULO

GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

objeto de los quejas para poder extraer conclusiones y procurar mejoras.
Facilitar un tiempo de reflexión, tanto para los Coordinadores como para la Dirección de Atención Primaria que permita conocer los conflictos expresados por los usuarios y dar una respuesta a sus necesidades y expectativas.

MÉTODO

-Envío mensual al equipo directivo de Atención Primaria y a cada Centro de Salud, un informe de las quejas que ha sido tramitadas a través del Área de Clientes, reflejando el tiempo de respuesta al usuario (si es < ó > de un mes), las que están pendientes de responder o faltan informes y si la respuesta ha sido modificada o no por la Dirección.

- Envío trimestral de un informe al equipo directivo de Atención Primaria y a cada Centro de Salud, con información clasificada por motivos, profesionales, fechas y estamento que son aludidos en las quejas de los usuarios.

INDICADORES

1) % Quejas con respuesta por escrito

Nº reclamaciones contestadas

-----x 100

Total de centros de salud del sector II de Zaragoza

Objetivo 95%

2) % Quejas con respuesta por escrito en tiempo (menos de un mes)

Nº reclamaciones contestadas > 30 días

-----x 100

Total de centros de salud del sector II de Zaragoza

Objetivo 75%

3) % Quejas con propuesta de respuesta del coordinador del EAP aceptada

Nº respuestas aceptadas

-----x 100

Total de reclamaciones

Objetivo 60%

4) Numero de informes trimestrales enviados a los Coordinadores E.A.P. y D.A.P.:

Objetivo: >4

DURACIÓN

1 año, evaluación semestral y final al año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0220

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE EVA TOBAJAS SEÑOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUÑER ABADIA SILVIA
GONZALO LOZANO MARIA FLORENCIA
ARRIETA HIGUERAS ELENA
BRUN SOTERAS CARMEN
MOZOTA RUBIO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el Proyecto de Mejora de la Calidad Asistencial de Abordaje de las Heridas Agudas y Crónicas en el Sector II se incluyeron 9 EAP. Finalmente de los 9 EAP seleccionados en el Sector sólo se ha podido realizar en dos de ellos: Campo de Belchite y Fernando el Católico.

Existen razones justificadas para que en los 7 equipos restantes no se realizase:

- En previsión del Concurso de Traslados de Enfermería en el mes de mayo, se decidió aplazar la formación de este proyecto hasta la incorporación de las enfermeras tras la Resolución de dicho Concurso. Dicha Resolución no fue efectiva hasta mediados de noviembre. El cambio de plantilla de enfermeras en estos EAP ha sido importante.
- De los 9 EAP que forman parte del Proyecto se ha realizado en los dos EAP en los cuales las integrantes son enfermeras asistenciales, a excepción de Almozara.
En Almozara el responsable del Proyecto ha dejado de trabajar en el centro.
En el resto de los EAP la responsable del Proyecto es la Coordinadora de Enfermería. La causa fundamental de la no realización es la gran carga de trabajo de estas profesionales ya que compaginan las labores asistenciales con las de Coordinación.

Actividades realizadas en el C.S. Fernando El Católico:

1.- Número de sesiones impartidas: 4

30/10/17: "Conceptos generales"

31/10/17: "Materiales y productos en tratamiento y cuidado de heridas"

06/11/17: "Errores frecuentes en el abordaje de heridas"

09/11/17: "Registro en OMI de heridas"

2.- Número de enfermeras formadas: 12 (100% del personal de enfermería) Además acude una alumna de 4º de enfermería y la TCAE del centro. En total 14 asistentes.

3.- Valoración de la mejora del nivel de conocimientos: se recogen 13 encuestas

4.- Evaluación del grado de satisfacción con la actividad: se recogen 13 encuestas.

Actividades realizadas en el C.S. Campo de Belchite.

1.- Número de sesiones impartidas: Por criterios de organización dado que se trata de un Centro de Salud Rural, se decide hacer tres sesiones de mayor duración para poder abarcar el mayor número de personal posible.

27/11/17: Conceptos generales. Prevención y clasificación de heridas.

28/11/17: Tratamiento y productos para heridas.

04/12/17: Registro de heridas en OMI y errores más frecuentes en el tratamiento de las heridas.

2.- Número de enfermeras formadas: 8, de las cuales 1 es EAC y dos son enfermeras no adscritas al centro que están realizando sustitución. Además acuden 7 profesionales de Medicina, de los cuales 3 son MAC, 1 sustituto y el resto miembros del EAP.

En total, 15 asistentes, 8 enfermeras y 7 médicos.

3.- Valoración de la mejora del nivel de conocimientos: no se realiza.

4.- Evaluación del grado de satisfacción con la actividad

Se recogen 15 encuestas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Porcentaje de mejora del conocimiento del tema. Dato obtenido de la encuestas pre y post actividades formativas.

En el centro de Salud de Fernando el Católico próximo al 100%. En todos los ítems de las encuestas pre y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0220

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

post se aprecia mejoría, con excepción del número 5 (estadiaje de maléolo enrojecido) en la que no es pertinente la valoración porque se contestó correctamente en el 100% de los casos tanto antes como después de la sesión.

2. Porcentajes de satisfacción de las enfermeras tras recibir las 4 sesiones de formación. Dato obtenido de las encuestas de satisfacción tras la formación:100%

Centro de Salud Fernando el Católico: Se recogen 13 encuestas, valorándose como "5" (máximo valor) en cuanto a duración de la actividad, expectativas, utilidad, material del curso, formador y Valoración general del curso.

Dos personas han valorado con "4" la duración" y una con "4" el material utilizado.

En cuanto a "Observaciones y sugerencias" hubo tres, transcritas literalmente:

"Muy interesante y útil"

"Me ha gustado mucho"

"Que se repita a menudo. Durante nuestra profesión nos salen dudas y es bueno discutir las en grupo"

No se recoge ninguna valoración negativa.

Centro de salud Campo de Belchite: Se recogen 15 encuestas, valorándose positivamente la formación con respuestas de 4 y 5 puntos.

Lo recogido en las observaciones se refiere al interés, aportando una valoración positiva, se recoge otra observación a cerca de lo útil que le ha resultado la formación. No se recoge ninguna valoración negativa.

3. Monitorización del coste anual de apósitos. Dato obtenido de gasto en almacén

Belchite: Año 2016: 5768

Año 2017: 7571

Fernando el Católico. Año 2016: 32072

Año 2017: 36421

El hecho de que se haya producido un aumento en el coste de los materiales utilizados durante el estudio del Proyecto nos indica que tras la formación las enfermeras han utilizado los productos adecuados y disponibles en el petitorio del almacén.

4. Disminución de prescripción de apósitos

Belchite. Año 2016: 1014; año 2017:2.960

Fernando el Católico. Año 2016: 178; año 2017:1704

En nuestro Sector el pedido de material sanitario al almacén se realiza una vez al mes y por lo tanto se recibe una vez al mes. En aquellos casos puntuales que se precisa de material antes de que llegue el nuevo pedido de almacén se suministra a los Equipos urbanos a través del transporte interno todos los días laborables, en el caso de los Equipos rurales una vez cada 15 días. En Campo de Belchite se ha producido un aumento de la prescripción, este aumento lo atribuimos a que al tratarse de una zona rural y ante la necesidad de material de cura no hay posibilidad de disponer de este material, como pronto, antes de 15 días por lo que es necesaria su prescripción a través de receta.

El aumento de prescripción de receta en Fernando El Católico lo atribuimos al punto de partida tan bajo que había. El importe de apósitos con receta en Fernando el Católico es el menor de todos los EAP del Sector, incluso menor que en Sagtogo que es la Zona de Salud con menos población asignada del Sector. El total población asignada a Fernando el Católico es de 18849 frente a 2438 TIS en Sagtogo. Partir de un importe prácticamente nulo justifica el aumento, que ante una necesidad puntual, bien por no disponibilidad de ese material en el Centro de salud, o por no disponibilidad en el almacén general haya habido que prescribirlo por medio de receta.

5. Porcentaje de enfermeras en los EAP de intervención que ha registrado la escala PUSH en OMI. Este dato no ha sido posible obtenerlo.

La escala PUSH tiene diferentes DGPs según la localización de la ulcera PUSH codo(PUSH_COD), PUSH cresta ilíaca (PUSH_CIL), PUSH maleolo (PUSH_MAL), PUSH sacro(PUSH_SAC), PUSH talón (PUSH_TAL) PUSH trocanter(PUSH_TRO) y PUSH otra localización (PUSH_OLO). Esta escala solo sirve para el seguimiento de las úlceras por presión, no es válida para las úlceras vasculares por lo que el sesgo a la hora de extraer datos es importante.

Otros factores que han influido para no poder obtener la información han sido, el hecho de en los dos Equipos que han concluido el estudio haya enfermeras que tienen población asignada con más de un CIAS médico y el cambio de plantilla en ambos Equipos, desde el periodo de formación y hasta finalizar el Proyecto. Por estos motivos la extracción de datos de OMI no ha sido posible. En el caso de Fernando el Católico de las 14 profesionales que recibieron la formación al finalizar el Proyecto por motivos varios, fundamentalmente por el Concurso de Traslados, solamente quedan 6 enfermeras en el Equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La movilidad del personal de enfermería ha supuesto una gran dificultad a la hora de poder realizar el proyecto, hasta tal punto que ha supuesto la limitación del proyecto a dos Centros de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0220

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

El indicador de a escala PUSH se debe limitar únicamente a la evolución de las úlceras por presión, ya que no es válida en las úlceras vasculares.

El gasto de almacén en apostillos y al prescripción de apositivos consideramos que no son buenos indicadores por si solos ya que es necesario tener en cuenta datos como población susceptible de tratamiento preventivo, población con úlceras y el grado de la úlceras, así como su variabilidad a lo largo del tiempo.

La formación de los profesionales del Equipo es muy importante. En el caso de Belchite, a ser un centro rural, es necesario tener en cuenta la dispersión de los miembros del Equipo, dado que cada profesional tiene unas localidades y unos horarios determinados. Se ha detecta una necesidad de mejorar la formación de OMI. La mayoría de los asistentes desconocían el modo de realizar una orden de tratamiento, así como el modo de registro concreto de este tipo de actuaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/220 ===== ***

Nº de registro: 0220

Título
ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

Autores:
TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA, TERUEL MAICAS ALICIA, SUÑER ABADIA SILVIA, GONZALO LOZANO MARIA FLORENCIA, ARRIETA HIGUERAS ELENA, BRUN SOTERAS CARMEN, MOZOTA RUBIO PEDRO, BECERRIL GERMAN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El sector sanitario Zaragoza II atiende a una población de 390.000 habitantes y durante el año 2015 se gastó en apósitos 527.200€.
Se han realizado intervenciones aisladas sobre formación en prevención y tratamiento de UPP pero, en estos momentos, me siento en la "obligación moral" de realizar un abordaje importante desde la base (formación básica). Es decir, considero necesaria e imprescindible realizar una intervención para mejorar el nivel de conocimientos de las enfermeras, su satisfacción y por consiguiente uso óptimo de los recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar los conocimientos de las enfermeras de 9 EAP del sector II sobre heridas agudas y crónicas (insistiendo en prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP)
Mejorar el registro en OMI-AP de las heridas.
Como objetivo secundario, mejorar el uso óptimo de los apósitos.

MÉTODO
Del total de la población del sector II, seleccionar por conglomerados 9 EAP con el criterio de conveniencia, de forma que un miembro pertenezca al EAP
Estos 9 EAP representan el 36% de la población del sector (aprox. 142.000 pacientes), incluyendo zona rural y urbana.
Los EAP son: Sástago, Belchite, Fernando en Católico, Almozara, S José Sur, Venecia, S José Norte, S José Centro y Rebojería)

En esto 9 EAP se va a realizar varias intervenciones a distintos niveles:
• Gestión del conocimiento: A los profesionales de estos EAP se realizará cuatro sesiones formativas: la 1ª sobre conceptos básicos de heridas; 2ª sobre prevención y tto de upp; la 3ª sobre los errores más frecuentes en el tema y 4ª sobre el material disponible en Aragón. Estas sesiones serán impartidas por la enfermera del grupo de trabajo. En las mismas sesiones se indicará cómo realizar un registro adecuado.
Además se les pasará un test pre y post a la formación y una valoración de la satisfacción.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0220

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

- Gestión de recursos: En estos EAP, se realizarán actividades encaminadas a mejorar el uso optimo de los apósitos como marcar el precio de los apósitos en las cajas, realizar una valoración de apósitos de misma acción y distinto precio, .. y todos aquellos derivados de la formación (periodicidad de las curas,...).

Limitaciones

La cifra de gasto de apósitos de la q disponemos no discrimina, ni puede hacerlo, para poder cuantificar el material dedicado a prevención; a tratamiento de upp; resto de heridas crónicas y agudas.

Por lo tanto, nos vemos obligadas en realizar una intervención para el abordaje de todas las heridas en general.

Por otra parte, para vincular el gasto con actividad, me encuentro con la dificultad del sistema informático OMI-AP.

Desde OMI, podemos saber todos aquellos pacientes q necesitan actividades preventivas y/o precisan de tratamiento de upp (mediante DGP_Norton) pero no es posible disponer del dato del resto de heridas donde se han utilizado este material.

INDICADORES

EVALUACION

1. Porcentaje de mejora del conocimiento del tema (encuesta pre y post) en EAP de intervención.
Standard (ND); Objetivo (70%)
2. Porcentaje de satisfacción de las enfermeras tras recibir las 4 sesiones de formación en EAP de intervención.
Standard (ND); Objetivo (80%)
3. Monitorización del coste de apósitos anual (almacenable) por cada EAP de intervención.
Standard (Belchite:5.768€ ; F Católico: 32.072€ ; Almozara: 15.390 €; Rebolera: 29.972 €; S José Centro: 26.886 €; S José Norte: 20.744 €; S José Sur: 33.960 €; Sástago: 4.966 € y Venecia: 16.768 €)
4. Disminución de prescripción de apósitos en EAP de intervención.
Standard (Belchite: 488,16€; F Católico: 115,04€; Almozara: 1.152,2€; Rebolera: 1.327,58€; S José Centro: 7.172,3€; S José Norte: 1.709,48€; S José Sur: 1.761,96€; Sástago: 623,2€ y Venecia: 6.062,07€)
Objetivo (60%)
5. Porcentaje de enfermeras de los EAP de intervención que han registrado la escala PUSH* en OMI, en pacientes con heridas crónicas.
Standard (ND); Objetivo (70%)
*PUSH: escala que valora la evolución de las heridas en función del tamaño, tipo de tejido y si hay infección.

DURACIÓN

Formación del grupo de trabajo. Octubre 2016

Elaborar el contenido de la formación (4 sesiones). Octubre-Noviembre 2016

Solicitar la acreditación de la formación. Noviembre

Impartir las 4 sesiones en los EAP. Febrero-Marzo 2017

Realizar cuestionario pre y post. Febrero-Marzo 2017

Realizar nuevas sesiones de recuerdo de la formación y resolver dudas en los 9 EAP. Junio 2017

Evaluar lla intervención (nivel de conocimientos y satisfacción). Abril y Septiembre y Diciembre 2017

Evaluar el % de pacientes donde se ha aplicado la formación. Mayo, Septiembre y Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Se realizarán sesiones a aquellas enfermeras de reciente incorporación que lo soliciten, pertenecientes a los 9 EAP seleccionados

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1534

1. TÍTULO

MEJORA DE REGISTRO EN EL APPLICATIVO OMI DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES LIGADOS AL AGUERDO DE GESTION

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ANGEL AZNAR CARBONELL
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIN MIRANDA MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el mes de Junio 2017 la Dirección de Enfermería y Subdirección Médica facilitó a todos los Coordinadores de Enfermería y Medicina, una presentación con los pasos necesarios para el registro en OMI de los indicadores específicos relacionados con Enfermería y MF del Acuerdo de Gestión 2017.

-Posteriormente el 21 de Septiembre tuvo lugar una reunión de la Dirección de Enfermería con los Coordinadores de Enfermería en el que el primer punto a tratar fueron los indicadores AG 2017. En dicha reunión la Responsable de Equipos de Enfermería (Flor Pascual) recordó la presentación enviado en Junio y aportó material adicional para facilitar los registros (Nombre de DGPs, su equivalencia en siglas y marcarlos como DGPs estrella)

-Durante las auditorias internas de este año en los seis EAPs que están certificados en ISO (San Pablo, Valdespartera, Fernando el Católico, San José Sur, Venecia, San Pablo y Torre Ramona) se realizó revisión de los registros en OMI por parte de la Subdirección Médica de AP del Sector, así como por la Responsable de Equipos de AP de Enfermería.

-El servicio de Farmacia de AP realizó reuniones en centros de salud del Sector sobre los indicadores y el cuadro de mandos de Farmacia. Estas reuniones tuvieron lugar en los EAPs de Valdespartera, San José Norte y San José Centro.

-El 1 de diciembre el servicio de Farmacia de AP realizó una reunión sobre URM con todos los Coordinadores Médicos y los responsables de sobre URM. En esta reunión se insistió en el manejo del cuadro de mandos de Farmacia, se comentó la escasa utilización de los profesionales y se facilitaron los datos de los indicadores a nivel de equipo

-Formación:

Dentro del plan de Formación del 2017 se realizaron dos cursos para facilitar el registro en OMI:

Los días 15 y 22 de Noviembre tuvo lugar el curso "Actualización en el manejo de planes personales en OMI-AP para médicos y uso de intranet Salud" de 10horas de duración.

El día 6 de Noviembre se llevo a cabo el curso "Actualización de registros de OMI para enfermería" de 6 horas de duración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha podido evaluar si se ha producido una mejora en los indicadores del AG puesto que no se ha habido datos disponibles, ya que no se ha enviado información de los mismos a las Direcciones. Tampoco se ha podido utilizar el cuadro de mandos ya que no se ha actualizado con los indicadores del 2017 (Se mantienen los de 2016).

-Aunque no se han realizado reuniones en los EAP, estas se han suplido por difusión de material, cursos de formación y por reuniones con los Coordinadores de Enfermería y con los Coordinadores Médicos en las que se superado el 80% de asistencia. (Hoja de firmas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras las acciones realizadas, se sigue objetivando la dificultad y la falta de conocimiento en cómo hacer los registros, y por tanto la importancia de la formación en OMI. Especialmente relevante en el colectivo de enfermería procedente de AE, por razones obvias, lo cual supone una tarea de formación y monitorización posterior importante.

-Dada la limitación del tiempo en la consulta para introducir datos en OMI, sería de gran ayuda que la fuente de información para la valoración de los indicadores no sólo fuese OMI, sino también la historia clínica electrónica.

-El cuadro de mandos puede ser de gran ayuda para que los profesionales puedan ver sus registros y cumplimentarlos, pero es necesario que el cuadro de mandos se ajuste a los indicadores de AG de cada año, ajustado a lo pactado por cada Sector. Es básico seguir insistiendo en el manejo del cuadro de mandos por parte de los profesionales de AP.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1534

1. TÍTULO

MEJORA DE REGISTRO EN EL APLICATIVO OMI DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES LIGADOS AL ACUERDO DE GESTION

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1534 ===== ***

Nº de registro: 1534

Título
MEJORA DEL REGISTRO EN EL APLICATIVO OMI DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES LIGADOS AL ACUERDO DE GESTION

Autores:
AZNAR CARBONELL ANGEL, LAIN MIRANDA MARIA ELENA, PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Seguimiento activo de los indicadores relacionados con los objetivos estratégicos del acuerdo de gestión 2017 pactados entre Unidades y DAP Sector II, y de esa manera favorecer el registro adecuado en OMI.

RESULTADOS ESPERADOS
Proyecto dirigido a los profesionales sanitarios de las Unidades del Sector II.
Conocer o recordar la forma adecuada de registro en OMI de los objetivos asistenciales del AG, y así obtener una información más completa y veraz de la actividad asistencial.

MÉTODO
Realización de 2 reuniones presenciales en el transcurso del año en los EAP, entre abril y septiembre/octubre por parte de la Subdirección Médica y Técnico de Salud..
Análisis de los datos de los indicadores asistenciales del AG, recordando sus definiciones y su implementación correspondiente en OMI.
Análisis de evolución.

INDICADORES
- Aumento del índice de mejora de los indicadores del AG en cada EAP en cortes de seguimiento en junio y noviembre.

- Hojas de control de firmas, con un mínimo de asistencia del 80% de los miembros del equipo de MF, Pediatría y Enfermería con actividad asistencial en el día de la reunión.

DURACIÓN
Reuniones con EAP del Sector en abril y mayo/junio de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1538

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS PALACIN ARBUES
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINA GADEA MARIA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el año 2012 está en marcha en Aragón el "Programa de la mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano >75 años polimedicado" que tiene como objetivo promover un uso más seguro de los medicamentos por este subgrupo de población, especialmente sensible a la acción de los medicamentos, para ello desde este programa se promueven actividades de revisión clínica de la medicación, así como de revisión de aspectos relacionados con el uso de los medicamentos por el paciente.

El proceso de revisión de la medicación por parte del profesional sanitario persigue reconocer qué medicamentos necesita realmente el paciente y decidir de forma razonada y crítica la prescripción de los mismos en las presentaciones, dosis, pautas y duración de los tratamientos que optimicen la relación beneficio-riesgo, dadas las condiciones fisiológicas y patológicas de cada paciente. La revisión de enfermería implica una actitud activa de ésta en cuanto la comprobación de un uso correcto y adecuado de los fármacos y ejercer educación sanitaria sobre el uso de medicamentos.

Algunos de los principales problemas detectados en la revisión en el anciano polimedicado son la utilización de medicación potencialmente inapropiada en este grupo de población, sobreutilización de algunos medicamentos, la presencia de interacciones y efectos adversos y la falta de adherencia al tratamiento.

Para trabajar estos aspectos las actividades realizadas durante este año han consistido en:

1. En Enero de 2017 se revisaron recomendaciones para incorporar recomendaciones en la revisión del tratamiento farmacológico de los pacientes, que se incorporaron en DATA de Farmacia.
2. Presentación de proyecto a los coordinadores de los centros de salud y responsables de enfermería, donde se explicó la situación de partida, en cuanto a población >75 años con prescripciones potencialmente inadecuadas, población >75 años con prescripciones de fármacos que se asocian a elevado riesgo anticolinérgico, y población mayor de 75 años y polimedicada (>5 fármacos) así como pacientes mayores de 75 años que a su vez se consideran como crónicos complejos. Este proyecto se presentó en junio.

Se expusieron los distintos tipos de revisión a efectuar: 1) revisión clínica de la lista de fármacos prescritos por parte de medicina, y 2) revisión sobre concordancia y cumplimiento del paciente por parte del personal de enfermería. Todos los profesionales sanitarios conocían los objetivos, utilidad y conveniencia de cada tipo de revisión, puesto que este programa se lleva trabajando desde el 2012.

Se presentaron las herramientas disponibles para facilitar la identificación de los pacientes así como de ayuda para la revisión clínica de la medicación:

- Formularios donde se identifican de cada paciente todos los medicamentos potencialmente inadecuados, y las recomendaciones para su manejo, así como el riesgo anticolinérgico asociado a ellos, en aquellos que así sea.
- Formularios donde se listan los pacientes ancianos polimedicados, identificando el número de fármacos por paciente y el riesgo anticolinérgico asociado a ellos.
- Cuadro de mandos de Farmacia: herramienta que permite identificar a cada médico de familia los pacientes mayores de 75 años con prescripciones de algunos de medicamentos potencialmente inadecuados, de los que se ha priorizado su revisión, así como aquellos pacientes mayores de 75 años a los que se les ha prescrito un fármaco asociado a elevado riesgo anticolinérgico.

3. Para promover la revisión de los tratamientos se han realizado durante 2017 tres envíos mediante correo electrónico de los formularios a todos los médicos del sector Zaragoza II desde el Servicio de Farmacia (marzo, junio y noviembre de 2017), así como al personal de enfermería a través del responsable de enfermería.

4. Se ha estado trabajando revisando las recomendaciones de manejo de tratamiento farmacológico del paciente crónico complejo, y el protocolo de revisión de estos pacientes de acuerdo a los criterios ya propuestos para el paciente polimedicado.

Cronograma:

Enero-Marzo 2017:

Elaboración de recomendaciones sobre determinados aspectos farmacológicos.
Diseño de los indicadores para el cuadro de mandos de farmacia.

En los meses de marzo, junio y noviembre de 2017:

Envío de los listados de pacientes susceptibles de revisar a los profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1538

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

Enero-Diciembre 2017:

Resolución de consultas y realización de sesiones en todos los centros que lo requirieron.

Los responsables de la realización de la revisión de la medicación fueron medicina y enfermería, aunque la consecución de este proyecto estuvo supeditada a la realización de las extracciones de pacientes ancianos polimedicados desde Servicios Centrales del SALUD, y al correcto funcionamiento del Cuadro de Mandos de Farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

o Porcentaje de pacientes polimedicados en los que se ha realizado la revisión clínica de la medicación: 10,96%.

No se estableció un porcentaje a cumplir, ya el objetivo marcado era que durante el año se fueran revisando progresivamente pacientes, tal y como se ha ido realizando por los Equipos de Atención Primaria.

o Porcentaje de pacientes polimedicados en los que se ha realizado la revisión de la adherencia y/o concordancia: 22,55%.

No se estableció un porcentaje a cumplir, ya el objetivo marcado era que durante el año se fueran revisando progresivamente pacientes, tal y como se ha ido realizando por todos los Equipos de Atención Primaria.

o Porcentaje de pacientes mayores de 75 años con medicamentos potencialmente inapropiados: 14,14% (Rango objetivo: 16,2%-9,6%). Objetivo cumplido respecto al estándar marcado.

o Porcentaje de pacientes mayores de 75 años con medicamentos con alto riesgo anticolinérgico: 11,16% (Rango objetivo: 14,4%-8,7%). Objetivo cumplido respecto al estándar marcado.

Fuente de Datos: DATA de farmacia y e-receta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión de la medicación en la población general, y más especialmente en la población anciana polimedicada es una iniciativa clave en la mejora de la utilización de los fármacos y para la seguridad de los pacientes.

Revisar los fármacos prescritos a los pacientes de forma periódica garantiza un cuidado seguro, efectivo y centrado en los enfermos.

Con este programa se intentó proporcionar herramientas a los profesionales para reforzar la asistencia sanitaria centrada en el paciente y conducir a una mejora de la calidad y de la seguridad en los aspectos farmacoterapéuticos, a la vez que promover la comunicación y coordinación interprofesional (médico-enfermera-farmacia).

Un aspecto que ha quedado pendiente es la incorporación más directa de una atención farmacéutica en el proceso de revisión de la medicación, ya que ésta contribuiría a un cuidado eficiente de los pacientes a través de un correcto seguimiento de la farmacoterapia aplicada de forma más individualizada. Este proceso también ayudaría a fomentar el uso racional del medicamento y a reducir la iatrogenia en pacientes mayores complejos, mejorando los resultados en salud al combinar estrategias en la revisión de la medicación y en la valoración integral del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1538 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1538

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

Nº de registro: 1538

Título
AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

Autores:
PALACIN ARBUES JUAN CARLOS, PINA GADEA MARIA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES POLIMEDICADOS
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En estos momentos estamos asistiendo a un progresivo envejecimiento de la población que en muchas ocasiones va ligado a incremento en el uso de medicamentos cuya prescripción es necesario reevaluar desde un punto de vista integral, considerando muchos aspectos, desde capacidades cognitivas del propio paciente, apoyo de cuidadores, metas terapéuticas y expectativas de vida.
Desde el año 2012 se lleva trabajando en un programa específico dirigido a la mejora en la seguridad de la farmacoterapia en el anciano >75 años y polimedicado. En este programa están trabajando de forma coordinada médicos de familia, personal de enfermería y farmacéuticos de Atención Primaria, realizando tareas de revisión clínica de la medicación así como revisión de aspectos relacionados con el uso de los medicamentos por el paciente (adherencia y coconcordancia) puesto que se consideran como puntos críticos para mejorar al seguridad de los mismos de este subgrupo de población.
Para ayudar en este proceso se han diseñado diferentes herramientas que nos permiten identificar los pacientes que más se pueden beneficiar de una intervención multidisciplinar.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la seguridad de la farmacoterapia de los pacientes ancianos >75 años
2. Reducir la prescripción de medicamentos potencialmente inadecuados en ancianos >75 años
3. Reducir la prescripción de medicamentos asociados a elevado riesgo anticolinérgico en pacientes ancianos >75 años

MÉTODO
Acciones a nivel individual y grupal orientadas a la mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el paciente anciano.

Actividades:
-Difusión del proyecto: Presentación de este proyecto a todos los EAP junto con el resto de proyectos en el próximo acuerdo de gestión, remarcando la relevancia clínica de este proyecto
-Revisión y elaboración de recomendaciones de intervención sobre aspectos farmacológicos y de hábitos de vida en pacientes ancianos.
-Formación específica de los profesionales sanitarios sobre aspectos claves relacionados con la adecuación de medicación mediante talleres formativos en los centros de salud.
-Revisión y ampliación de la información que se proporciona a los profesionales sanitarios a través de los listados de pacientes ancianos polimeditados que se envían, incorporando información de actividades registradas en OMI_AP.

INDICADORES
-Número de pacientes polimeditados en los que se ha realizado la revisión clínica de la medicación.
-Número de pacientes polimeditados en los que se ha realizado la revisión de la adherencia y/o concordancia.
-Número de pacientes mayores de 75 años con medicamentos potencialmente inapropiados.
-Número de pacientes mayores de 75 años con medicamentos de alto riesgo anticolinérgico.
Los datos se extraerán del DATA de Farmacia y de los datos de e-Receta correspondientes a pacientes > 75 años polimeditados proporcionados desde Servicios centrales del SALUD.

DURACIÓN
Enero-Marzo 2017:
-Elaboración de recomendaciones sobre aspectos farmacológicos y de hábitos de vida

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1538

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

- Difusión del proyecto a los EAPs
- Diseño de los nuevos formularios que se enviarán a los profesionales sanitarios

Abril-Julio 2017:

- Formación a los profesionales sanitarios de los EAPs

OBSERVACIONES

La consecución de este proyecto está supeditado a que se continúen realizando las extracciones de pacientes ancianos polimedificados desde Servicios Centrales del SALUD.

También se requerirá el apoyo de los Servicios Informáticos para el diseño y ejecución de consultas a OMI de actividad así como para la incorporación de esta información en la base de datos y para su posterior visualización en los formularios que se envían a los profesionales.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA FLOR PASCUAL GUTIERREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIN MIRANDA MARIA ELENA
BELTRAN FERNANDEZ ANA BELEN
ORUS SUELVE ANA ISABEL
RAMOS FRAILE NURIA
MADRIGAL YBARROA MARIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2016 la Dirección de AP detecta la necesidad de unificar y regular el procedimiento de esterilización y desinfección en AP. Por ello se comienza a trabajar este proceso y se elabora el Procedimiento de Esterilización y Desinfección en AP y con fecha 5 de agosto de 2016 se publica en la Intranet del Sector.

Dicho Procedimiento de Esterilización y Desinfección de AP se difunde a todos los EAP y Unidades Asistenciales dependientes de AP del Sector II.

ACCIONES REALIZADAS:

Nombramiento de Responsables de esterilización:

Desde Dirección se solicita en cada uno de los 21 EAP una enfermera Responsable de Esterilización y Desinfección además de la TCAE en los Equipos que hay personal de esta categoría. En Odontología se establece que son responsables las Higienistas Dentales.

Se incorpora en dicho Procedimiento el control químico interno (no existente hasta entonces) y se envía desde Dirección el control químico interno a los 21EAP y las USBD del Sector. Se facilita el código SERPHA del control químico interno.

En noviembre de 2016 se da una formación sobre esterilización y desinfección en AP con fondos SALUD. La formación se realiza en dos ediciones a fin de facilitar la asistencia de todas las personas que forman parte del Proceso de esterilización en AP.

Esta formación va dirigida a:

- las Técnicos en Cuidados de los 19 EAP donde hay trabajadores de esta categoría, (todos a excepción de Campo de Belchite y Sástago),
- las Higienistas Dentales de las 6 USBD Sector. La plantilla es de 1 Higienista dental por cada USBD una enfermera responsable de esterilización de cada uno de los 21 EAP. En los EAP donde no hay TCAEs, Campo de Belchite y Sástago se permite que acudan dos enfermeras, para garantizar que sean dos profesionales del EAP responsables en esta materia.

La formación es impartida por la Jefa del Servicio de Medicina Preventiva del HUMS, M^a Jesús Hernández Navarrete y el Supervisor de la Central de Esterilización del HUMS, Antonio Casado Hernández.

Los contenidos de la formación son:

?OBJETIVO GENERAL

Actualizar los conceptos de reprocesamiento de material con el fin de mejorar el conocimiento de la correcta esterilización y desinfección del material en los Centros de Salud y USBD de Atención Primaria del sector II

Definir la correcta trazabilidad del material esterilizado y/o desinfectado, a fin de garantizar el correcto desarrollo del Proceso de Esterilización y/o desinfección en la práctica diaria en los EAP y USBD.

?OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Clasificar el material según riesgo
- Identificar y Aplicar el proceso adecuado
- Desarrollo trazabilidad
- Conocer el sistema de almacenaje y fechado del material
- Definir responsabilidades.

En dicha formación se hace referencia al Procedimiento de Esterilización y Desinfección de los EAP del Sector y se recuerda que se encuentra colgado en la intranet del Sector. Se indica como acceder a dicho Procedimiento a través de la intranet del SALUD. Se vuelven a recordar todos los códigos del material que se precisan para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

este procedimiento.

La evaluación del la formación fue muy satisfactoria.

Revisión del Procedimiento de Esterilización y Desinfección:

En los meses de mayo y junio la Responsable del Proyecto, visita en junio con la Técnico de Salud, Elena Laín Miranda los 21 EAP Esterilización de y las 6 USBD del Sector,

A través de la Coordinadora de Enfermería se acuerda una visita en cada Centro con la Responsable de Esterilización, habitualmente la TCAE, la enfermera formada si difiere de la Coordinadora de Enfermería y las Higienistas dentales.

Durante la visita se ve in situ el autoclave, lugar de esterilización y se realizan una serie de preguntas sobre el Procedimiento de esterilización y desinfección a la Responsable de esterilización sobre el Procedimiento de Esterilización y Desinfección de su EAP o Unidad.

Dicho cuestionario es:

A) Autoclave:

- 1- Marca y Modelo de autoclave.
- 2- Años de antigüedad
- 3- Mantenimiento preventivo
- 4- Manual:
 - a- Existencia de manual
 - b- Localización
- 5- Temperatura de esterilización
- 6- N° de ciclos que se realizan por día/ semana.

B) Responsable de la Esterilización y desinfección.

- 1- Profesionales formados en el EAP o Unidad

C) Limpieza del Material:

- Lugar donde se realiza
- Producto utilizado
- Tiempo en el que se mantiene el producto sumergido
- Recipiente en el que se sumerge el material.
- Utensilio utilizado para la limpieza de los restos incrustados.
- Secado del material

D) Termoselladora

- Existencia de termoselladora
- Funcionamiento de termoselladora.

E) Controles

- 1- Control Químico Externo
- 2- Control Químico Interno
- 3- Control biológico. Testigo.

F) Rotulación

- 1 - Fecha
- 2- Tiempo de caducidad
- 3- N° de Ciclo
- 4- Lugar de rotulación

G) Colocación de las bolsas en el autoclave

H) Registro

- 1- Si. ¿Es el actualizado?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

2 No

I) Procedimiento esterilización y desinfección AP sector II

- 1- Conocido por la Responsable
- 2- Esta accesible
- 3- Se conoce como acceder a través de la intranet.

J) Material estéril

- 1- ¿Existencia de material Caducado?
- 2- Se esteriliza material desechable?

DESINFECCIÓN

- A) Material al que se aplica
- B) Desinfectante
- 1- Producto utilizado
- 2- Tiempo de acción del producto
- C)- Secado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Porcentaje de ciclos de esterilización realizadas según el procedimiento:

Según los registros revisados en los centros de salud siguiendo las instrucciones del Procedimiento de Esterilización y Desinfección en AP solamente se detectó en un centro de salud un ciclo no válido.

2. Incidencias:

Tras las visitas por las diferentes unidades de esterilización se ha observado y solucionado las siguientes incidencias:

- Algunas Responsables decían no conocer el Procedimiento de Esterilización y Desinfección (siempre era porque había cambiado la TCAE). Se les da a conocer dicho Procedimiento.

- Algunas no tenían accesible el Procedimiento de Esterilización y Desinfección y dentro de estas, algunas no sabían que estaba en la intranet y/o no sabían buscarlo. Se les indica como acceder a la intranet, se les imprime y se les aconseja este localizado en un lugar visible cerca del autoclave.

- Algunos Centros no realizaban el control químico interno. Se vuelve a indicar que se utilice y se les vuelve a facilitar los códigos SERPA de dicho control.

- los EAP rurales y consultorios locales no disponían de estufas de control biológico.

En una primera fase se les proporciona una estufa de control biológico a la cabecera del Centro, Fuentes de Ebro, Sastago y PAC de Azuara. El centro de Salud de Belchite si disponía de estufa de control biológico. En una fase posterior se proporciona una estufa de control biológico a cada consultorio local donde hay autoclave y se esteriliza. En la zona de salud de Fuentes de Ebro en los consultorios locales de Gelsa de Ebro, Pina, Mediana, el Burgo y Quinto de Ebro. En la Zona de Salud de Sastago en los consultorios locales de Escatron y La Zaida.

La USBD de Sagasta por las características de este Centro no tiene muy accesible el uso de la estufa de control biológico de Ruiseñores por lo que también se le proporciona una estufa de control biológico a dicha unidad.

- Se observa que no se dispone de un cepillo de limpieza de material previo a la esterilización. El material se limpia con cepillos de uñas o con espartos que adquieren las TCAES por su cuenta. Desde Dirección se realiza una petición de compra de cepillos de limpieza para todos los Centros, Unidades de Salud Bucodental y consultorios locales donde se realiza el proceso de esterilización.

- A fin de ir renovando aquellos equipos con más antigüedad y/o aquellos equipos que presentan más averías, se solicita a través del Plan de Necesidades una compra de 5 Autoclaves y 5 Termoselladoras.

-Formación:

A lo largo del año 2017 ha cambiado la plantilla de las Responsables de Esterilización y Desinfección. Se han producido 6 jubilaciones de TCAEs, dos TCAEs han causado baja en nuestro Sector como consecuencia de la Resolución de la Oposición de TCAEs .

Ha habido una nueva incorporación de una Higienista Dental. Han cambiado 6 Coordinadoras de Enfermería y se han incorporado nuevas enfermeras en el Sector tras la Resolución del 10 de noviembre del Concurso de Traslados de Enfermeras en nuestra Comunidad Autónoma. A fin de garantizar el conocimiento y aplicación del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

Procedimiento de Esterilización en todas las Unidades de Esterilización del Sector con fecha del 22 de noviembre se da una formación a todo el personal nuevo que esta directamente relacionado con el Procedimiento de esterilización y desinfección del material que se usa en los Centros de Salud.

3. Número profesionales formadas:

Durante el año 2016 se formaron 54 profesionales: las higienistas de las unidades de salud bucodental, las TCAE de los EAP y una enfermera por equipo
Durante el año de 2017 se formaron 16 profesionales: personal nuevo de TCAE, de enfermería e higienistas)

4 . Porcentaje de centros con asistencia a formación:

En el 100% de los equipos y unidades de salud bucodental se ha formado al menos un profesional

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha objetivado la necesidad de seguir renovando el parque de autoclaves del Sector. Se comienza por cambiar aquellos autoclaves más antiguos, que tienen más averías o que tienen mayor utilidad, por ello se han adquirido en 2017 la cantidad de cinco autoclaves que serán el inicio de de renovación de los existentes. También con la misma finalidad se han adquirido 5 termoselladoras para dotar a aquellos centros que no tienen o que las existentes están obsoletas o que se averían con frecuencia. En el próximo plan de necesidades se continúa con la renovación de autoclaves y termoselladoras.

Nos hemos dado cuenta de que no era suficiente la difusión del procedimiento por la intranet y correo electrónico, siendo más eficaz para su correcta implantación la visita a los centros de salud y el contacto directo con los profesionales que realizan esta actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1552 ===== ***

Nº de registro: 1552

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR, LAIN MIRANDA MARIA ELENA, BELTRAN FERNANDEZ ANA BELEN, ORUS SUELVES ANA ISABEL, RAMOS FRAILE NURIA, MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La limpieza, desinfección y esterilización de superficies, aparatos e instrumental, son procesos que están orientados a la minimización de la transmisión de infecciones en el entorno de los centros asistenciales, por lo que se incluyen dentro de las Estrategias de Seguridad para la protección, tanto de los usuarios como de los profesionales. La adecuada realización de estos procesos permitirá elevar el nivel de calidad de la asistencia que presta el Servicio de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo: Puesta en marcha de los procesos de Esterilización y Desinfección de materiales en los EAP del Sector II con criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir los máximos resultados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

Se considera prioritario el abordaje de esta situación para disminuir la variabilidad, aumentar la seguridad clínica y conseguir implementar criterios de mejora continua

POBLACIÓN DIANA

Equipos de Atención Primaria y Unidades de Apoyo afectadas: Salud Bucodental, fisioterapia, matrona.

OFERTA DE SERVICIOS Esta incluida en la cartera de servicios general como proceso de soporte

MÉTODO

-Implementar los procedimientos ya especificados en los procesos operativos nivel II de la Sistemática ISO 9001 del Sector.

-Se realizarán actividades de formación a los responsables de proceso de cada equipo y/o unidad.

-Se proporcionará el procedimiento específico y los documentos de los protocolos e instrucciones de trabajo necesarios.

-Se implementará el uso de los registros a utilizar para gestionar y controlar el proceso.

-Se harán reuniones para monitorizar la implantación y solucionar dudas y problemas.

INDICADORES

Los indicadores principales serán:

- Porcentaje de ciclos de esterilización realizados de acuerdo a los procedimientos.

- N° de incidencias ocurridas.

- N° de personas formadas

- Porcentaje de centros y unidades cuyos miembros asisten a la formación

Se utilizaran como fuentes de datos los registros específicos de los procedimientos y los registros de asistencia

DURACIÓN

- Implementación del Procedimiento de Esterilización y Desinfección en los EAP del Sector II: Primer Trimestre de 2017 (Responsable: Flor Pascual)

- Formación del Personal de los EAP y Unidades de Apoyo del Sector: Primer trimestre 2017 (Responsable : Flor Pascual y María Jesús Hernández como docente)

- Difusión del Procedimiento e Instrucciones de trabajo:Primer Trimestre 2017 (Flor Pascual)

-Implementación de los registros: Primer Trimestre de 2017 (Responsable Flor Pascual)

- Reuniones para monitorización de la implementación del Procedimiento de esterilización y desinfección: a lo largo del año.(Responsable: Flor Pascual. Otros participantes:Servicio de Preventiva, Responsable de Calidad, Responsables de Enfermería, Responsable de las Unidades de Apoyo y TCAE).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Fecha de entrada: 12/03/2018

2. RESPONSABLE MARTA ALONSO SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOBAJAS SEÑOR EVA
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR
HERNANDEZ MOSTERIN NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se formó el grupo de trabajo en 2016 con integrantes de los EAP y del servicio de Hematología (Jefe de Servicio Dra Delgado y FEA Dra Nuria Hernandez y Dr JM Calvo), bajo la responsabilidad de las Direcciones de AP y del Hospital Miguel Servet.

- Se han realizado a lo largo del 2017 reuniones y actividades de formación en los EAP Parque Roma, Puerta del Carmen, San José Centro, San José Norte, Venecia, San José Sur y Fuentes Norte.

- Se incorporan mejoras organizativas en los centros para disminuir el nº de extracciones venosas para control de TAO.

- Se ha implantado la interconsulta virtual con el Servicio de Hematología (sección Hemostasia) para la derivación de situaciones complejas o toma de decisiones conjunta

-Existe la opción diaria de contacto telefónico con el servicio para estas mismas cuestiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La extracción de datos se ha realizado a través de Roche Diagnostics por problemas informáticos

Se obtiene el número de pacientes activos que controla atención primaria por centro de salud y que han tenido alguna visita en los últimos 60 días.

C.S. ALMOZARA	327	
C.S. AZUARA	1	
C.S. C. IMPERIAL - SAN JOSÉ SUR - VENECIA		557
C.S. CAMPO DE BELCHITE	151	
C.S. CASABLANCA	73	
C.S. FERNANDO EL CATOLICO		259
C.S. FUENTES DE EBRO	266	
C.S. LAS FUENTES NORTE	318	
C.S. PARQUE ROMA	335	
C.S. PUERTA DEL CARMEN	143	
C.S. REBOLERIA	272	
C.S. ROMAREDA (SEMINARIO)	102	
C.S. SAGASTA - RUISEÑORES - MIRAFLORES		730
C.S. SAN JOSE NORTE - CENTRO	523	
C.S. SAN PABLO	332	
C.S. SASTAGO	69	
C.S. TORRE RAMONA	310	
C.S. TORRERO - LA PAZ	316	
C.S. VALDESPARTERA	72	

Total 5.156 pacientes con TAO controlados en AP, que supone el 1,5 % de pacientes del sector, muy similar a otros estudios nacionales.

Rango de pacientes: 69 (EAP Sástago)-730 (EAP Ruiseñores-Miraflores)

No es posible desglosar los datos de aquellos EAP que comparten estructura física (Ruiseñores-Miraflores, Venecia-San José Sur, San José Norte-San José Centro)

Se obtienen TRT según método de Roosenthal por paciente, por centro y media del sector.

Centro	Promedio de TTR
C.S. ALMOZARA	60,47

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

C.S. AZUARA	31,25		
C.S. C. IMPERIAL - SAN JOSÉ SUR - VENECIA		67,44	
C.S. CAMPO DE BELCHITE	52,21		
C.S. CASABLANCA	59,10		
C.S. FERNANDO EL CATOLICO		64,10	
C.S. FUENTES DE EBRO	54,13		
C.S. LAS FUENTES NORTE		74,68	
C.S. PARQUE ROMA	63,82		
C.S. PUERTA DEL CARMEN		58,48	
C.S. REBOLERIA	61,02		
C.S. ROMAREDA (SEMINARIO)		64,62	
C.S. SAGASTA - RUISEÑORES - MIRAFLORES		62,14	
C.S. SAN JOSE NORTE - CENTRO		64,83	
C.S. SAN PABLO	59,59		
C.S. SASTAGO	62,00		
C.S. TORRE RAMONA	65,87		
C.S. TORRERO - LA PAZ		62,76	
C.S. VALDESPARTERA	58,18		

Total general SECTOR II 63,64

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. TRT < 65%, al límite, como estándar de buen control.

2. Carecíamos de datos previos fiables, pero la cifra absoluta de más de cinco mil pacientes hace pensar en un incremento del control por parte de Atención Primaria y en una disminución por tanto de las derivaciones para cálculo de dosificación.

Se han disminuido de manera importante las extracciones venosas por este motivo

3. Dificultades importantes en la extracción de datos:

fuentes de datos: Roche

no puede obtenerse información del cuadro de mandos

el hospital utiliza el sistema GOTA para registro de su actividad.

7. OBSERVACIONES.

Difusión de información a los centros para seguimiento y trabajo individual en las unidades

Como futuro del proyecto, desde el servicio de Hematología se proponen actividades formativas de cara a extender las indicaciones para iniciar TAO desde Atención Primaria, así como centrar el empleo e indicación de ACOD.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1719 ===== ***

Nº de registro: 1719

Título
OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Autores:
ALONSO SANCHEZ MARTA, TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA, CALVO VILLAS JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .:

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según el estudio FAZAR en 2015, en el Sector II de Zaragoza, la prevalencia de FA en mayores de 40 años, era del 3.38%, y del 1.4% en la población general de nuestro Sector. Además el 25.9% de los pacientes en tratamiento con ACO tienen seguimiento exclusivo en AP y en el 48,7%, no hay buen control. Según el estudio "Perfil clínico-epidemiológico y de tratamiento del paciente con FA atendido en el C.S. Las Fuentes Norte del 2016, se objetiva infratratamiento en el 24% de los casos, con un control subóptimo del 43%, y un control exclusivo en AP del 34% A nivel nacional, el estudio PAULA aporta cifras similares en el grado de control, pero en relación a lo asumido por AP, supera el 70%. Por último, el estudio nacional FIATE del 2013, donde se incluyó a nuestra Comunidad, arrojó un bajo seguimiento del TAO, UN 46,8%. Por todo lo expuesto, planteamos como objetivo fundamental, conseguir un incremento del porcentaje de pacientes con dicumarínicos controlados desde AP.

RESULTADOS ESPERADOS

Garantizar la ACO a todos los pacientes con FA con indicación.
Mejorar el control óptimo de los pacientes con ACO cuyo seguimiento se realiza en AP.
Asumir el control de la ACO desde AP, en pacientes con FA y ACO de bajo riesgo.

MÉTODO

1. Formar el grupo de trabajo de ambos niveles asistenciales.
2. Elaborar un documento de consenso.
3. Información del documento a todos los profesionales implicados.
4. Implantación de circuito, tareas y responsabilidades
5. Evaluación del mismo.

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes controlados en AP mediante TAOnet: Objetivo 75%.
2. Porcentaje de pacientes controlados por hematología mediante GOTA. Objetivo 30%.
3. Grado de control de tratamiento en pacientes manejados en AP mediante TRT directo. Objetivo 60%.
4. Porcentaje de pacientes con INR en rango (2-3) en los últimos meses, derivados desde Hematología a AP. Objetivo 95%.

DURACIÓN

1. Formación del grupo de trabajo. Enero 2017
2. Distribución de tareas y responsabilidades. Enero 2017
3. Elaborar la formación a impartir en los EAP. Febrero 2017
4. Solicitar acreditación de las sesiones formativas en los EAP. Enero 2017.
5. Realizar sesiones formativas en EAP Febrero/Junio 2017
6. Seguimiento indicadores del Proyecto. Enero/Junio/Diciembre 2017
7. Valorar la necesidad de nuevas sesiones en los EAP. Julio/Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR DEL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS PALACIN ARBUES
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIN MIRANDA MARIA ELENA
ALONSO SANCHEZ MARTA
PASCUAL GUTIERREZ FLOR
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
AZNAR CARBONEL ANGEL
HERNANDEZ MOSTERIN NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Formación de grupo de trabajo multidisciplinar entre profesionales de AP Zaragoza II y el servicio de Hematología del HUMS.
2. Elaborar documento para dar respuesta a AP en el manejo perioperatorio del paciente anticoagulado.
3. Informar del documento a todos los implicados a nivel asistencial.
4. Establecer de forma efectiva la posibilidad de contacto con el Servicio para resolución de problemas a AP y para aminorar la presencia de pacientes de Atención primaria en rango normal controlados desde el servicio
5. Evaluación del mismo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Existencia de profesionales referentes en TAO en los 21 EAP
- Se constituyó el grupo de trabajo que ha elaborado un documento para AP. Con posterioridad se decidió elaborar un documento de Sector que incluyera pautas normalizadas de actuación sobre el manejo de la anticoagulación en determinados procesos diagnósticos/terapéuticos, tanto para el ámbito extrahospitalario como para el paciente ingresado prequirúrgico. Pendiente de redacción final tras esta extensión, respecto del planteamiento inicial
- Se han controlado en Hematología 2.379 pacientes de Atención Primaria en el último año. Se han remitido a Atención Primaria para su control desde el Servicio más de 300 pacientes en el 2018 con el INR controlado.
- Está instalada de manera estable una dinámica de formación entre el Servicio y los EAP. Este año se han realizado dos cursos (uno para médicos y otros para enfermería) con control de TAO incluidos en el Plan de Formación 2018 (Z2-0212/2018 y Z2-0229/2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Existen dificultades importantes para confrontar los datos desde Atención Primaria y desde Hematología por el hecho de utilizar dos sistemas informáticos diferentes (OMI-AP y GOTA, respectivamente). La integración de sistemas para compartir información mejoraría mucho el proceso asistencial.
- Para este año 2019 se han incluido en el Plan de Formación del año dos cursos (Z2-0224/2019 y Z2-0152/2019)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1719 ===== ***

Nº de registro: 1719

Título

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Autores:

ALONSO SANCHEZ MARTA, TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA, CALVO VILLAS JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR DEL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Según el estudio FAZAR en 2015, en el Sector II de Zaragoza, la prevalencia de FA en mayores de 40 años, era del 3.38%, y del 1.4% en la población general de nuestro Sector. Además el 25.9% de los pacientes en tratamiento con ACO tienen seguimiento exclusivo en AP y en el 48,7%, no hay buen control. Según el estudio "Perfil clínico-epidemiológico y de tratamiento del paciente con FA atendido en el C.S. Las Fuentes Norte del 2016, se objetiva infratratamiento en el 24% de los casos, con un control subóptimo del 43%, y un control exclusivo en AP del 34% A nivel nacional, el estudio PAULA aporta cifras similares en el grado de control, pero en relación a lo asumido por AP, supera el 70%.

Por último, el estudio nacional FIATE del 2013, donde se incluyó a nuestra Comunidad, arrojó un bajo seguimiento del TAO, UN 46,8%.

Por todo lo expuesto, planteamos como objetivo fundamental, conseguir un incremento del porcentaje de pacientes con dicumarínicos controlados desde AP.

RESULTADOS ESPERADOS

Garantizar la ACO a todos los pacientes con FA con indicación.

Mejorar el control óptimo de los pacientes con ACO cuyo seguimiento se realiza en AP.

Asumir el control de la ACO desde AP, en pacientes con FA y ACO de bajo riesgo.

MÉTODO

1. Formar el grupo de trabajo de ambos niveles asistenciales.
2. Elaborar un documento de consenso.
3. Información del documento a todos los profesionales implicados.
4. Implantación de circuito, tareas y responsabilidades
5. Evaluación del mismo.

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes controlados en AP mediante TAOnet: Objetivo 75%.
2. Porcentaje de pacientes controlados por hematología mediante GOTA. Objetivo 30%.
3. Grado de control de tratamiento en pacientes manejados en AP mediante TRT directo. Objetivo 60%.
4. Porcentaje de pacientes con INR en rango (2-3) en los últimos meses, derivados desde Hematología a AP. Objetivo 95%.

DURACIÓN

1. Formación del grupo de trabajo. Enero 2017
2. Distribución de tareas y responsabilidades. Enero 2017
3. Elaborar la formación a impartir en los EAP. Febrero 2017
4. Solicitar acreditación de las sesiones formativas en los EAP. Enero 2017.
5. Realizar sesiones formativas en EAP Febrero/Junio 2017
6. Seguimiento indicadores del Proyecto. Enero/Junio/Diciembre 2017
7. Valorar la necesidad de nuevas sesiones en los EAP. Julio/Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE SERGIO LAFITA MAINZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SARASA BELLOSTA CRISTINA
ROYO SARTO ANGEL
ZUECO OLIVAN GEMMA
CASTAN RUIZ SILVIA
SERRANO PERIS DIANA
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A. CAMBIOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. CAMBIOS OFERTA SERVICIOS

Actividades: Objetivo: Vía clínica Y Consulta monográfica (agendas...)

1. Reunión con Juan Pérez (Jefe Medicina Interna) Seminario 8.00. Se plantea inicialmente el proyecto de AP, y se insta a la colaboración en términos de formación a AP. (Acta 5 Junio 2018)
2. Reunión con Dr Cebollada HCU . Reunión con el nuevo Jefe de Servicio de MI para retomar lo previamente hablado con el anterior Jefe de MI. Acta 2 Junio 2018 Viernes
3. Reunión con Dr Cebollada, HCU. Nueva reunión tras el periodo de verano y cerrar los detalles y gestión de la formación que se realizará. Acta 26 septiembre 2018 miércoles
4. Nombramiento de 2 referentes médicos y enfermeros para liderar la implementación en el sector. Mayo 2018
5. Formación integral de los referentes en las consultas de insuficiencia cardiaca del HCU. Fecha fijada abril.

B. FORMACIÓN ICC

1. Lunes 18 Junio 12-15 h: Taller de formación "Papel de la enfermería en la Gestión de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca". Ponente: Raúl Juárez
2. Realización de sesiones clínicas y casos en los EAPs por parte del internista referente en cada uno de ellos. Registro formación EAPs

C. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROYECTO

1. Consejo de salud de Sector: Acta 3/18 (30 enero 18)
2. Reuniones con cada EAP para exposición del CP y ACG 2018 (actas y cronograma de reuniones)

A. REUNIONES CON ESPECIALIZADA. RESPONSABLE DAP

- UNIDAD ADMISIÓN HCU

22 enero 18 de 10-11h: reunión con Lola del Pino (Jefe Unidad Admisión), para solicitar datos de alta con diagnóstico de ICC 8CMBD) reagudizada en el año 2017 para ver situación de partida en el Sector.

D. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN IC. RESPONSABLE Sº DE FARMACIA DE AP

Para facilitar la revisión de los tratamientos farmacológicos se han realizado las siguientes actuaciones:

- Remisión a todos los profesionales de los EAP del listado de todos los pacientes crónicos complejos con Insuficiencia Cardíaca (procedente de la extracción de la Dirección General de Asistencia Sanitaria con fecha 30/06/2018) con la relación de medicamentos dispensados a estos pacientes (encriptado)
- Remisión de Información que ayude a la revisión de los tratamientos "Boletín Terapéutico Andaluz (CADIME): Insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria". que incluye el algoritmo de tratamiento y una tabla con los fármacos no recomendados o desaconsejados en IC-FEVr
- Inclusión de información de apoyo para medic@s de familia y enfermer@s sobre Insuficiencia Cardíaca en nuestra intranet, en Cartera Serv-Protocolos /Directrices Clínicas de Sector/INSUFICIENCIA CARDIACA:
- ? Guía de atención enfermera (Junta de Andalucía-2017)
- ? Insuficiencia cardíaca crónica (CADIME-2016)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

? Proceso Asistencial Integrado (Junta de Andalucía-2012)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: N° EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. 14 EAPs han realizado una actividad comunitaria en relación a la IC.

2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD. Pendiente de recoger datos CMBD solicitado a HCU. 2,6%

3. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Pendiente de datos de la extracción

4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Pendiente de datos de la extracción.

Control de peso: 26,11% Perímetro abdominal: 9,1% Presión arterial: 75,7%

5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: N° de pacientes polimedificados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia

Este indicador no ha podido medirse de OMI, porque se ha modificado el registro con motivo del PCC, por lo que no se puede realizar la extracción.

6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. % pacientes en tratamiento con calcio-antagonistas (C08): 19,78%

7 Porcentaje de pacientes crónicos complejos con insuficiencia cardíaca en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. %Pacientes en tratamiento con betabloqueantes (C07): 45,09%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dificultades encontradas:

- Sistemas de información y extracción de datos: no tenemos capacidad técnica para realizar las extracciones de OMI, suponiendo esto una labor de solicitud a servicios de informática externos y en ocasiones accesibilidad complicada.
- Falta de coordinación muy difícil con el servicio de Medicina Interna por causas internas del propio Servicio.

Oportunidades:

- Mejora del sistema de información de la HC recogiendo variables de interés en el proceso de atención a la IC.
- Definición de vías clínicas de atención a la IC entre diferentes ámbitos sanitarios.

Seguimiento del programa en el 2019

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/52 ===== ***

N° de registro: 0052

Título
CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

Autores:
LAFITA MAINZ SERGIO, SARASA BELLOSTA CRISTINA, ROYO SARTO ANGEL, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC. La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso. Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutivez de la AP en la atención de la IC. Actividad: como capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO

1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2. Cambios en la oferta de servicios: definición de una consulta monográfica, modificación agendas OMI, incorporación plantilla autocuidados.
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.
5. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAPs, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona y de sector.

INDICADORES

1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: N° EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. Objetivo: al menos 7 . Fuente de datos: registro actividades comunitarias de los centros
2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente N° Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: N° pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócica respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: N° de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN

Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1. Cambios práctica clínica: GPC/Vía clínica: Valoración y adecuación hasta junio 2018.
2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados: Enero-junio 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. marzo-diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAPs, MI, Consejos de Salud Zona y sector. Reunión EAPs periodo firma de AG. Comunicación MI en todo el periodo del proyecto. Comunicación con Consejos de Salud según reuniones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

planificadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ANGEL AZNAR CARBONELL
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIN MIRANDA ELENA MARIA
ALONSO SANCHEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre la última semana de febrero y el mes de marzo de 2018, se convocó desde la Dirección Asistencial de Atención Primaria a los 21 centros de salud del Sector en grupos de 4 a 6 equipos, con la representación de los respectivos coordinadores médicos y de enfermería.

El motivo fundamental era presentar los resultados del ACG 2017 y las líneas de trabajo del ACG 2018; en el apartado concreto de Proyectos Asistenciales, nos pareció oportuno desde Dirección, utilizar ese cauce para mejorar determinados indicadores de actividad de los centros. Nadie duda que el tabaco como primera causa de mortalidad prevenible y principal factor de riesgo de la EPOC, requiere un esfuerzo sostenido, para mejorar muchos de los problemas de salud que del consumo de tabaco derivan, y especial la EPOC.

La DAP elaboró un Proyecto Asistencial con 7 indicadores con el objetivo de mejorar 3 aspectos básicos: Mejorar el registro y la intervención sobre el tabaquismo, favorecer el registro y aumento de diagnóstico de la EPOC y por último, conseguir una autonomía plena (tanto en material como en habilidades técnicas de realización e interpretación), para la realización de espirometrías fiables en nuestros centros de salud.

El mencionado Proyecto se ofreció a todos los equipos del Sector, para su posible inclusión en sus correspondientes ACG 2018 (con objetivos ajustados a su punto de partida según equipo), se hizo check-list de comprobación de la existencia de espirómetros en los equipos (subsaniéndose los problemas de mal funcionamiento y/o necesidades adicionales de aparataje), se favoreció la creación de consultas monográficas de espirometría, de deshabituación tabáquica y de educación grupal de pacientes EPOC para mejorar técnicas de inhalación estilo de vida más saludables.

En las Comisiones Técnico Asistenciales de Sector de Mayo y Octubre de 2018 se presentaron cortes de evolución de indicadores, tanto globales del Sector como por equipos, insistiéndose en que se generalizara el uso del Cuadros de Mandos de actividad global, como base para el análisis de los parámetros de actividad más habituales de los equipos, intentando introducir y/o consolidar la "cultura" de mejora, en base a dicho análisis de equipo.

Se transmitió en el foro antes mencionado, la evolución de las consultas monográficas desarrolladas, ratificándose la existencia de las correspondientes agendas asistenciales como refrendo de actividad efectiva.

A nivel del Plan de Formación del Sector, se incluyeron 2 cursos para refuerzo e impulso de parte del contenido del Proyecto Asistencial: - Curso de Interpretación de las espirometría para médicos de AP, en junio de 2018. - Curso de deshabituación tabáquica, para médicos y enfermería, en septiembre de 2018.

En todo momento, los equipos que se adhirieron al Proyecto, contaron con el apoyo y asesoramiento de la Técnico de Salud de DAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 8 equipos del Sector II, incluyeron en sus respectivos acuerdos de gestión de 2018, el Proyecto Asistencial propuesto desde la DAP.
- Se implementaron 3 Consultas Monográficas (CM) en Deshabituación tabáquica en Fuentes de Ebro, Rebojería y Ruiseñores.
- Se incorporaron 5 CM de espirometrías en Miraflores, Ruiseñores, Parque Roma, Torrero y Torre Ramona.
- Se crearon 3 CM en educación grupal a pacientes EPOC en Parque Roma, Sástago y San José Sur.
- Prevalencia de EPOC: 2,35 (Objetivo mayor 3)
- Porcentaje pacientes fumadores que se les ha realizado intervención tabáquica: 54,58% (>60%)
- Porcentaje personas mayores o igual a 15 años a las que se les ha preguntado por el consumo de tabaco: 36,75% (>50%)
- Porcentaje pacientes diagnóstico EPOC y registro de síntomas en último año: 12,88% (>20%)
- Porcentaje pacientes diagnóstico EPOC con intervención en limpieza ineficaz de las vías aéreas: 6,19% (> 10%)
- Porcentaje equipos AP con espirómetro y circuito establecido. 100% (100%)
- Porcentaje espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro 0% (0%)
- Aumentar implantación consultas monográficas en cuidados de EPOC: 11 (5)

Como fuente de los datos se ha utilizado el Cuadro de Mandos de crónicos del Sector e información proporcionada por la Subdirección de Sistemas de Información del Sector, a la hora de establecer el número de espirometrías realizadas fuera del centro de carácter diagnóstico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valorados los resultados cabe constatar la gran dificultad para aumentar el diagnóstico, o el registro del mismo a nivel de AP. Ni siquiera los centros que incluyeron el Proyecto en sus acuerdos de gestión, han obtenido en general, mejores resultados que aquellos que no lo hicieron, con la salvedad del indicador de intervención en pacientes fumadores, donde 7 de los centros mejoraron sus puntos de partida con respecto a 2017, aunque sin llegar ninguno al objetivo del 60%. Sigue llamando la atención que el infrarregistro sobre consumo de tabaco.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA

Hablado con los profesionales, hay un aspecto que surge de manera recurrente: por un lado, la necesidad de que el resultado de la espirometría se integre dentro de la HCE, al igual que ocurre con el EKG digital. Por otro, el comentario de que las espirometrías realizadas en AP, en general, no cuenta con el refrendo de la AE, donde suelen repetir la prueba (¿aparatos peor calidad en AP?...¿desconfianza en las técnicas de realización de AP?.....) Dada la importancia de combatir el tabaco, y poner de manifiesto una de sus consecuencias con más posibilidades de ser detectadas y mejoradas en AP (la EPOC), y dados los pobres resultados alcanzados a nivel clínico, JUSTIFICAN la necesidad de mantener la continuidad del Proyecto, que cuando se implementó, ya éramos conscientes de que tenía unas posibilidades de resultados al medio-largo plazo.

En el lado positivo, verificar la disposición de los EAP para establecer circuitos fiables de realización de espirometrías, así como para crear consultas de carácter monográfico donde reunir a pacientes con patología EPOC y adiestrarles tanto en el uso de los dispositivos de inhalación, como en la mejora del conocimiento de su problema de salud.

A nivel de DAP, tenemos claro que hemos de reforzar el envío de mensajes de seguimiento, como mínimo trimestrales (el primero se envía el mes marzo), e insistir en el uso del cuadro de mandos, para fomentar el análisis y discusión en las unidades clínicas.

7. OBSERVACIONES.

Por último, quizás habría que hacer una reflexión a nivel institucional, de renovar el impulso a la Estrategia de EPOC, que desde 2013, no cuenta con ningún Protocolo actualizado a nivel de CCAA.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/76 ===== ***

Nº de registro: 0076

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
AZNAR CARBONELL ANGEL, LAIN MIRANDA MARIA ELENA, ALONSO SANCHEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

- RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo. A nivel de Sector la evolución de estos indicadores, nos dejan por debajo de la media del SALUD. 11 centros de 21 siguen estando en 2017 por debajo del 50% de intervención.
 2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC. La razón prevalencia del Sector II es de las más bajas de la CCAA.
 3. Estimular la realización de espirometrías y homogeneizar sus circuitos. Conseguir la autonomía plena de todos los centros de salud para la consecución de esta prueba.
 4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de iniciativas tales como las CM.

MÉTODO
- Difusión a los equipos por parte de la DAP del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA

- Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
- Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
- Propaganda activa en los centros con consultas monográficas sobre cuidados de EPOC y/o deshabituación tabáquica, de cara a los pacientes

INDICADORES

- Porcentaje de EAP en los que se ha realizado difusión activa del Proyecto por parte DAP. Objetivo 100%.
- Intervención sobre tabaquismo. SERV 319. Objetivo: Superar el 60% como Sector. (Actualmente el 45,2%). Como mínimo que todos los equipos superen el 50%.
- Detección consumo de tabaco. SERV 319 C. Objetivo: 50%. (Actualmente el 38,9%).
- EPOC síntomas. 11,59% registrado en 2017. Objetivo: 20%.
- EPOC vías aéreas. 6,95% registrado en 2017. Objetivo: 10%.
- Razón Prevalencia EPOC. SERV 307. Objetivo: Superior a 3. (Actualmente 2,31).
- Porcentaje de EAP con espirómetro y circuito establecido. Objetivo 100%.
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
- Aumentar implantación Consultas Monográficas en cuidados de EPOC. Objetivo: 5 (Actualmente 3).

DURACIÓN

- 22 febrero-3 Marzo 2018: Difusión activa por DAP Proyecto.
- 1 abril 2018/15 mayo 2018: Actividades formativas
- Junio/Noviembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANGEL AZNAR CARBONELL
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIN MIRANDA ELENA MARIA
OCHOA ZARZUELA DIEGO
GOMEZ JULIAN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al igual que en 2018, entre la última semana de febrero y las dos primeras de marzo, se establecieron reuniones por grupos de EAPs de AP del Sector, en donde además de compartir los resultados globales del ACG 2018, se marcaron las líneas del ACG 2019. Dado que en 2018, hasta 8 equipos adoptaron el Proyecto Asistencial de EPOC de la DAP, se aprovecharon los mencionados encuentros, para reforzar y seguir concienciando de la importancia de la estrategia, sustentado en los siguientes puntos:

1. Priorizar la actividad de deshabituación tabáquica, fomentando la consolidación y creación de Consultas Monográficas para tal fin, tanto por profesionales de medicina de familia como de enfermería.
 2. Favorecer la creación de Consultas Monográficas específicas para la realización de espirometrías, en los 21 centros de salud del Sector.
 3. Favorecer e impulsar la creación de Consultas Monográficas orientadas en la educación individual/grupal del paciente EPOC.
 4. Favorecer la inclusión de Proyectos Asistenciales en los ACG 2019 relacionados con la consolidación de la estrategia EPOC.
 4. Reforzar la necesidad de mejora de los principales indicadores relacionados con la EPOC, recogidos en el cuadro de mandos de acg, accesible y actualizado mensualmente para todos los equipos y profesionales.
- La mencionada estrategia de trabajo, se reforzó en la Comisiones Técnico Asistenciales de Mayo y Noviembre de 2019, con la presentación de la evolución de los resultados de los objetivos previstos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. En 2019, se mantuvieron como Proyectos de Seguimiento los 8 centros que adoptaron el año previo el Proyecto de EPOC de la DAP, a lo que se sumaron 4 Proyectos adicionales relacionados con la estrategia relacionados con los cuidados en EPOC, deshabituación tabáquica, y uno especialmente novedoso, en relación con la intervención sobre el tabaco sobre padres fumadores con hijos en edad pediátrica, en el Centro de Salud de Valdespartera.
2. A lo largo de 2019, se pusieron en marcha, un total de 8 Consultas Monográficas para deshabituación tabáquica, 5 más que en 2018.
3. A nivel de consultas específicas para la realización de espirometrías, de las 3 que constaban en 2018, se ha pasado a una cobertura total en todo el Sector.
4. Las consultas de educación grupal en torno al paciente EPOC, crecieron hasta un total de 5 (3 en 2018).
5. La prevalencia de EPOC, subió del 2,35 al 2,39, sin llegar al objetivo marcado de 3, pero manteniendo tendencia positiva desde 2017, donde no se llegaba al 2.
6. El porcentaje de pacientes fumadores a los que se ha realizado una intervención tabáquica ha ascendido del 54,58% al 56,95%, más cercano al objetivo mínimo del 60% estimado como horizonte.
7. El porcentaje de personas mayores o igual de 15 años a las que se les ha preguntado por el consumo de tabaco, también ha ascendido al 37,84%, pero aún lejos del objetivo mínimo del 50%.
8. El porcentaje de pacientes con diagnóstico EPOC y registro de síntomas en el último año llega a un 13,44%, sobre el 12, 88% previo.
9. El porcentaje de pacientes con diagnóstico EPOC con intervención en limpieza ineficaz de las vías aéreas, pasa de 8,53%, sobre un 6,19%.
10. El porcentaje de equipos de AP con espirómetro y circuito establecido ha sido del 100%, vinculado a la creación específica de una Consulta Monográfica.
11. Espirometrías realizadas fuera del centro de salud fuera del circuito establecido en el equipo, 0%.

Como fuente de datos se ha usado el Cuadro de Mandos del ACG del Sector e informaciones solicitadas a la Subdirección de Sistemas de Información del Sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como observamos y comentamos el año pasado, la mejora de la consecución de indicadores en relación a la estrategia EPOC, es un proceso lento y que requiere en nuestra opinión constancia y reiteración en los mensajes, por lo que consideramos que merece la pena insistir y mantener el Proyecto, pues es además, un problema de salud totalmente accesible y asumible en las consultas de Atención Primaria, en nuestro día a día. Nuestros indicadores siguen al alza, pero sin llegar aún a los niveles mínimos de consecución.

Otro motivo que nos anima a mantener el Proyecto, es mantener la lucha activa y progresivamente mejor organizada, contra su principal desencadenante, el hábito del tabaco, para lo cual está ayudando la creación de consultas monográficas específicas, más teniendo en cuenta la reciente financiación de tratamientos para intentar dejar tan prevalente hábito, que hace un determinado grupo de pacientes, esté más receptivo a la hora de solicitar y aceptar ayuda, por los propios profesionales de su centro de salud.

Nos preocupa, que dado el impulso a las consultas monográficas para la realización de espirometrías en todo el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sector, fundamentales para refrendar la sospecha clínica, tengamos dificultades para la sustitución o compra de modelos obsoletos o irreparables.

Sigue quedando pendiente, como ya manifestamos el año pasado, el poder articular la forma de integrar las espirometrías realizadas en AP en HCE para favorecer la información de la ICV de ser precisa.

Pensamos igualmente, que debería renovarse a nivel institucional el impulso y actualización de la Estrategia EPOC.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/76 ===== ***

Nº de registro: 0076

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
AZNAR CARBONELL ANGEL, LAIN MIRANDA MARIA ELENA, ALONSO SANCHEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

- RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo. A nivel de Sector la evolución de estos indicadores, nos dejan por debajo de la media del SALUD. 11 centros de 21 siguen estando en 2017 por debajo del 50% de intervención.
 2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC. La razón prevalencia del Sector II es de las más bajas de la CCAA.
 3. Estimular la realización de espirometrías y homogeneizar sus circuitos. Conseguir la autonomía plena de todos los centros de salud para la consecución de esta prueba.
 4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de iniciativas tales como las CM.

- MÉTODO
- Difusión a los equipos por parte de la DAP del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
 - Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
 - Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
 - Propaganda activa en los centros con consultas monográficas sobre cuidados de EPOC y/o deshabituación tabáquica, de cara a los pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

INDICADORES

- Porcentaje de EAP en los que se ha realizado difusión activa del Proyecto por parte DAP. Objetivo 100%.
- Intervención sobre tabaquismo. SERV 319. Objetivo: Superar el 60% como Sector. (Actualmente el 45,2%). Como mínimo que todos los equipos superen el 50%.
- Detección consumo de tabaco. SERV 319 C. Objetivo: 50%. (Actualmente el 38,9%).
- EPOC síntomas. 11,59% registrado en 2017. Objetivo: 20%.
- EPOC vías aéreas. 6,95% registrado en 2017. Objetivo: 10%.
- Razón Prevalencia EPOC. SERV 307. Objetivo: Superior a 3. (Actualmente 2,31).
- Porcentaje de EAP con espirómetro y circuito establecido. Objetivo 100%.
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
- Aumentar implantación Consultas Monográficas en cuidados de EPOC. Objetivo: 5 (Actualmente 3).

DURACIÓN

- 22 febrero-3 Marzo 2018: Difusión activa por DAP Proyecto.
- 1 abril 2018/15 mayo 2018: Actividades formativas
- Junio/Noviembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE FLOR PASCUAL GUTIERREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ RUBIO CONCEPCION
ARAGÜES BRAVO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se creó en febrero de 2018 un grupo de trabajo multidisciplinar, con la participación de la Coordinadora de fisioterapeutas del Sector, Concha Sanz, el jefe de Servicio de Rehabilitación, Carlos Aragües y la Directora de Enfermería de AP del Sector II, Flor Pascual.
2. Durante tres semanas se liberó de la asistencia a Concha Sanz, para la realización, actualización y revisión de protocolos de Fisioterapia en AP. En esta revisión también participó la fisioterapeuta de Fuentes Norte.
3. Se ha definido una cartera de patología osteomuscular de baja complejidad terapéutica atendida en las Unidades de AP.
4. Se han elaborado nuevos protocolos consensuados con el Servicio de Rehabilitación de patologías frecuentes: codo, hombro doloroso, rodilla, dolor vertebral, tobillo y pie y muñeca y mano.
5. Los protocolos se han colgado para aumentar la accesibilidad a los profesionales de los EAP en la biblioteca de OMI, en el apartado de "Protocolo de derivación a las unidades de fisioterapia de AP".
6. Con el fin de dar a conocer los protocolos elaborados a todos los profesionales de los EAP del Sector y mejorar los circuitos de derivación, durante los meses de julio a octubre se han realizado sesiones clínicas en los equipos que disponen de Unidad de Fisioterapia que son: Almozara, Fuentes Norte, Sagasta, San Pablo y Torrero. A estas reuniones, además de la coordinadora de fisioterapeutas del Sector y el jefe de Servicio de Rehabilitación, Carlos Aragües, también ha habido representación de la Dirección de AP.
7. Se procedió en agosto 2018 a la contratación de 4 nuevos recursos de fisioterapia, con el fin de mejorar la atención de los usuarios y disminuir la lista de espera de las Unidades.
8. Se han programado en el mes de febrero 2019 sesiones de formación en Valdespartera y Seminario, centros dependientes del Hospital General de la Defensa, donde se contará con los jefes de servicio de Rehabilitación de ambos hospitales.
9. A partir de marzo de 2019 se pretende la extensión de estas sesiones al resto de Equipos del Sector II

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Los indicadores que se habían planteado eran los siguientes:
1. Creación de un grupo multidisciplinar de trabajo; estándar Sí (conseguido).
 2. Determinación de una cartera de patología osteomuscular de baja complejidad terapéutica atendida en las Unidades de Fisioterapia; estándar Sí (conseguido).
 3. Difusión de los protocolos de derivación a Fisioterapia y a Rehabilitación; estándar: Sí (conseguido parcialmente en espera de acabar la ronda de difusión por los EAP)
 4. Impacto del proyecto sobre el número de derivaciones desde AP a RHB/UME; a través de la base de datos de la explotación mensual de seguimiento del Contrato Programa, el número de derivaciones en el periodo de mayo-diciembre a las unidades de locomotor (trauma+reuma+rehabilitación+UME) ha disminuido de 2028 derivaciones a 1898, lo que supone una disminución del 7% para el total de las especialidades de locomotor. En las especialidades de Rehabilitación y UME no ha habido variaciones.
 5. Impacto en la disminución en la demora para primer día por la contratación de nuevos profesionales. Los resultados no son concluyentes, siendo mínima la bajada en días de demora en 2 de los 4 EAP donde se aumentó el recurso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente la difusión de los protocolos en el resto de equipos de Sector.
No es concluyente que a mayor número de recursos se disminuya la lista de espera en las unidades, por lo que se cumple que a mayor oferta, mayor demanda.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/84 ===== ***

Nº de registro: 0084

Título
PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

Autores:

PASCUAL GUTIERREZ FLOR, SANZ RUBIO CONCEPCION, ARAGÜES BRAVO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El actual circuito de derivación entre AP Y FISIOTERAPIA, y por extensión entre AP y RHB, debe ser mejorado, partiendo de una revisión de los protocolos asistenciales establecidos para patología osteomuscular, para de esta manera aumentar la eficacia de los circuitos de derivación, evitar duplicidades de derivación, fomentar la uniformidad de las pautas de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reordenar la atención de la patología osteomuscular en nuestro Sector.
2. Optimizar el uso de los recursos disponibles.
3. Mejorar la eficacia y la eficiencia asistencial en este proceso clínico, a través de la coordinación entre AP Y AE.
4. Clarificar las características de los subprocesos que se han de asumir en cada nivel asistencial.
5. Establecer a continuación los criterios de derivación.
6. Potenciar las Unidades de Fisioterapia en AP.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Consenso sobre subprocesos de baja complejidad terapéutica para ser asumidos en Fisioterapia de AP.
- Revisión previa de actuales protocolos.
- Valorar actividades de difusión en los EAP para su adecuado cumplimiento.

INDICADORES

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar entre AP y AE. Objetivo: Sí.
- Determinación de una cartera de patología osteomuscular de baja complejidad terapéutica atendida en Unidades de Fisioterapia de AP. Objetivo: Sí.
- Difusión de los Protocolos de derivación a Fisioterapia y RHB desde MFyC. Objetivo: Sí.
- Impacto del Proyecto sobre el número de derivaciones desde AP a RHB/UME. Objetivo: Disminución.

DURACIÓN

- Creación Grupo Trabajo : Marzo 2018
- Revisión y actualización Protocolos actuales: Abril 2018
- Determinación Subprocesos baja complejidad terapéutica: Mayo 2018
- Consenso e implantación definitiva circuitos derivación MF/Fisio/RHB. Junio 2018
- Difusión EAP. Segundo semestre 2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0793

1. TÍTULO

MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA ELENA LAIN MIRANDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABRIL ZAERA MARIA PILAR
PASCUAL GUTIERREZ FLOR
ALONSO SANCHEZ MARTA
AZNAR CARBONEL ANGEL
PINA GADEA MARIA BELEN
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elección de contenidos de cursos a desarrollar desde el Plan de Formación de Atención Primaria del Sector de Zaragoza II. Responsables Flor Pascual, Ángel Aznar, Marta Alonso y Elena Laín
-Elaboración en marzo 2018 de un calendario para la gestión de las aulas disponibles. Responsable Pilar Abril
-Inclusión imágenes fichas difusión. Realización de de abril a noviembre 2018. Responsable Pilar Abril
-Difusión cursos a los responsables de formación y a los referentes en los EAP mediante correo electrónico. Realización de abril a Noviembre. Responsable Pilar Abril
-Recordatorio a los docentes mediante llamada telefónica. Realización de abril a noviembre. Responsable Elena Laín

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de cursos difundidos con imágenes sobre el total de cursos difundidos: 100% (estándar >90%)
% de actividades formativas gestionadas por medio del calendario creado sobre el total de actividades realizadas: 100% (estándar 100%)
% de alumnos inscritos en cursos sobre el total de plazas ofertadas: 1374/687= 200% (estándar >75%)
% de alumnos que han participado en cursos sobre el total de plazas ofertadas: 607/687= 88,36 (estándar >75%). Este indicador no lo habíamos planteado inicialmente en el proyecto, pero consideramos que es un dato importante a tener en cuenta.
% de actividades formativas que se han ejecutado sobre el total de actividades formativas incluidas en el plan: 100% (estándar <80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de la dificultad que supuso el retraso del inicio de las actividades formativas debido al retraso en la aprobación de los Presupuestos, se ha cumplido el objetivo principal de este proyecto al ejecutarse el 100% del Plan de Formación.
Por otra parte, consideramos que este proyecto ha sido muy útil a nivel interno para la gestión de las aulas. De esta forma hemos podido paliar el problema que supone el escaso número de aulas para formación disponibles en AP de nuestro Sector.

Todas las acciones de mejora realizadas se han incorporado en la sistemática de trabajo del área de formación de AP de este Sector para su realización de manera continua en la ejecución de los años siguientes en el Plan de Formación de este Dirección de AP. Por todo ello damos por finalizado el proyecto

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/793 ===== ***

Nº de registro: 0793

Título
MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
LAIN MIRANDA MARIA ELENA, ABRIL ZAERA MARIA PILAR, PASCUAL GUTIERREZ FLOR, ALONSO SANCHEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0793

1. TÍTULO

MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Formación Continuada es una importante herramienta de actualización y desarrollo de los profesionales sanitarios, cuyo objetivo es la adquisición de los conocimientos, las destrezas y las competencias necesarias para la mejora en el ejercicio de la práctica asistencial. El aprendizaje continuo constituye una pieza clave para perfeccionar el desempeño profesional, permitiendo alcanzar mejores resultados en salud y mejorar la satisfacción de los pacientes.
La Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II oferta un amplio plan de formación, lo que supone dificultades en relación a la disponibilidad de aulas y docentes y problemas para ejecutar dicho plan. A ello se añade, en algún caso, que el inicio de la ejecución del mismo no coincide con el año natural debido al retraso en la aprobación de los presupuestos lo que lleva a una acumulación de acciones formativas en poco espacio de tiempo

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la difusión cada una de las acciones del Plan de Formación
Facilitar la gestión de aulas
Aumentar el grado de ejecución del Plan de Formación

MÉTODO

Elaboración de un calendario para la gestión de las aulas disponibles
Cumplimentar fichas de difusión de los cursos con imágenes, de manera que sean más atractivas
Realización difusión de las actividades formativas no solo a los responsables de formación de los equipos sino también a los referentes en los equipos de la estrategia relacionada con la formación.
Realizar recordatorio a los docentes previo a la realización de las actividades formativas

INDICADORES

% de cursos difundidos con imágenes sobre el total de cursos difundidos: >90%
% de actividades formativas gestionadas por medio de calendario creado sobre el total de actividades realizadas: 100%
% de alumnos inscritos en cursos sobre el total de plazas ofertadas: >75%
% de actividades formativas que se han ejecutado sobre el total de actividades formativas incluidas en el plan: >80%

DURACIÓN

Elaboración calendario gestión aulas: Marzo
Inclusión imágenes fichas difusión con imágenes: Abril- Junio
Difusión cursos a los responsables de formación y a los referentes en los EAP: Abril-Octubre
Realización recordatorio a los docentes: Abril-Noviembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1034

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE BELEN PINA GADEA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA MANCHO CARMEN
LAIN MIRANDA MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018, el Servicio de Farmacia de AP ha desarrollado su compromiso en la optimización del uso de antimicrobianos realizando las siguientes actividades programadas:

1. Participó activamente en la jornada de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA presentando los datos de consumo de antibióticos en atención primaria, tanto a nivel de medicina de familia como de pediatría de los diferentes sectores de Aragón y su comparativa con Aragón y con datos del PRAN, para ello tuvo que consultar la base de datos que contiene todas las recetas facturadas con cargo al SALUD.

2. Ha participado activamente en el grupo PROA-AP autonómico, asistiendo a todas las reuniones convocadas en el año (3 reuniones) y llevando a cabo todas las tareas encomendadas. Dentro de este grupo de trabajo ha estado participando en el diseño de los informes de consumo de antibióticos, así como en la validación de los datos que en el se muestran, lo que ha supuesto numerosas reuniones con la responsable de mantenimiento de la herramienta así como de trabajo en el despacho de revisión y validación de la información.

3. Participación en comisión de infecciones. Durante el año 2018 se llevaron a cabo 10 reuniones de la comisión de infecciones de la que Belén Pina es secretaria de dicha Comisión, lo que supone la redacción de todas las actas así como la convocatoria de todas la reuniones. También se ha participado y coordinado la remodelación de la composición de dicha Comisión de acuerdo a las nuevas directrices de la Instrucción de la DGAS firmada el 13 de Abril.

4. Se ha liderado e impulsado la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza II:

a. Durante el año 2018 se ha revisado y elaborado la guía terapéutica autonómica en infecciones urinarias y enfermedades de transmisión sexual. También se ha participado en la elaboración de la guía de infecciones respiratorias de vías bajas del HUMS así como de infecciones urinarias del HUMS.

b. Se ha elaborado y difundido un manual donde se recogen las recomendaciones de toma de muestras en AP de acuerdo las recomendaciones establecidas por el servicio de microbiología del HUMS

c. Se ha apoyado a los EAP en la formación relacionada con los principios generales del buen uso de los antibióticos y en la concienciación de los profesionales de preservar el valor terapéutico de los antibióticos.

d. Durante el año 2018, desde el grupo IRASPROA se puso en marcha una campaña de optimización de uso de antibióticos dirigida tanto a los profesionales sanitarios como a los paciente, era un campaña formativa, y de compromiso, mediante la cual los profesionales sanitarios han manifestado su acuerdo de adherirse a los principios del buen uso de los medicamentos.

5. Análisis y seguimiento de indicadores de consumo de antibióticos:

a. Se ha realizado el informe de uso de antibióticos del sector a partir de los datos de facturación de recetas con cargo al SALUD a través de consultas a la base de datos de Farmasalud y posterior procesado de los datos.

b. Se ha realizado el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos a nivel de EAP, pero debido a que la OMS ha definido un nuevo valor de DDD para los principios activos de amoxicilina y amoxi-clavulánico, que ha obligado ha recalcular los datos de consumo. Este recálculo sólo se ha realizado con la información de consumo de antibióticos de 2018, pero no se ha reprocesado la información de años anteriores por los que no se puede analizar la evolución comparativamente con los años 2015-2017. Los datos de 2018 se han comparado con los datos del Sector, Aragón y PRAN, e identificando las posibles áreas de mejora individualizadas de cada EAP.

c. Realizar informes de seguimiento del uso de antibióticos. En Junio y octubre se mostraron a los equipos de atención primaria los datos de los indicadores seleccionados que informan sobre el uso de los antibióticos para que pudiesen ser tenidos en cuenta en la orientación de sus proyectos asistenciales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado han sido los siguientes:

- Elaboración y presentación de ponencia en la jornada autonómica de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA.
 - o Objetivo: SI
 - o Resultado: El día 13 de Abril de 2018 se presentó la ponencia titulada "Indicadores de uso y consumo de antibióticos ¿cómo nos ayudan a entender nuestra situación y dónde debemos incidir?" en la mesa dedicada a Atención Primaria.
- Número de reuniones grupo PROA-AP autonómico:
 - o Objetivo: Asistencia al 75%
 - o Resultado: se han convocado 3 reuniones del grupo autonómico PROA AP a las cuales hemos asistido. Asimismo dentro del grupo de IRASPROA-Farmacia hemos asistido a las 8 reuniones que se han organizado con el objetivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1034

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

de diseñar y revisar los informes de consumo de antibióticos dirigidos a los profesionales de AP.

- Número de reuniones grupo PROA-AP del sector:
- o Objetivo: Convocatoria 4 reuniones/año
- o Resultado: Este año se han convocado 8 reuniones que han sido coordinadas por Belén Pina.
- Número de reuniones con los responsables de antibióticos de los EAP.
- o Objetivo: 2 reuniones/año
- o Resultado: Durante el año 2018 se convocó a los responsables de antibióticos a 2 reuniones, una en junio y otra en octubre. En la primera de ellas, se les explicaron los objetivos del grupo PROA del Sector II y del grupo IRASPROA y se les presentó el consumo de antibióticos del Sector.

En la segunda de ellas se les explicó la sesión Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón para que la pudiesen impartir con posterioridad en sus centros, así como la evolución de los indicadores en los equipos del Sector.

- Informe de uso de antibióticos del sector.
- o Objetivo: Sí
- o Resultado: Se elaboró un informe de consumo de antibióticos que se presentó a la Comisión de Infecciones, al grupo PROA AP SII y a los responsables de antibióticos de los EAPs
- Porcentaje de EAP del Sector que incluyen Proyecto Asistencial PROA en su Acuerdo de Gestión Clínica.
- o Objetivo =50%
- o Resultado: En el año 2018, 14 EAPs (63,33%) del sector eligieron un proyecto asistencial ligado al PROA para su inclusión en sus Acuerdos de Gestión Clínica
- Elaboración de informes de seguimiento.
- o Objetivo: SI
- o Resultado: Se ha realizado un informe de seguimiento de todos aquellos equipos que eligieron el proyecto PROA para su inclusión en los acuerdos de gestión y se envió dicho informe al coordinador médico y al responsable de antibióticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Servicio de Farmacia de AP ha fortalecido su compromiso con el desarrollo de un programa a nivel de Sector que busca la optimización del uso de los antibióticos desplegando actividades a diferentes ámbitos, tanto mediante el desarrollo de herramientas de ayuda (manual de toma de muestras, guías de tratamiento antibiótico empírico, informes de consumo de antibióticos...) como mediante el impulso y la transmisión a los equipos de la preocupación por el desarrollo creciente de resistencias, alcanzándose los objetivos planteados para el año 2018. El año 2019 se plantea como un año, donde las actividades irán centradas, en la difusión e implantación de las herramientas diseñadas y preparadas, para lo que se planteará un nuevo proyecto.

7. OBSERVACIONES.

Limitaciones:

La elevada carga de trabajo del Servicio de Farmacia, así como de los profesionales de AP, limita el poder tener un contacto directo con éstos. También representan una limitación importante los sistemas de información disponibles, que no permiten obtener la información necesaria para el análisis de una forma ágil, ni por el Servicio de Farmacia AP ni por los profesionales sanitarios.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1034 ===== ***

Nº de registro: 1034

Título
PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
PINA GADEA BELEN, LABARTA MANCHO CARMEN, LAIN MIRANDA MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1034

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas. En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos. A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).

El Servicio de Farmacia de AP siempre ha manifestado su compromiso con la optimización del uso de antibióticos, participando activamente en la Comisión de Infecciones del Sector, y en estos momentos, además como miembro del grupo autonómico IRASPROA-AP, e impulsando activamente el grupo PROA-AP del sector Zaragoza II.

El sector Zaragoza II, es el sector con la tasa de consumo de antibióticos por receta menor de Aragón, pero desde el Servicio de Farmacia de AP debemos trabajar en la difusión e implementación de todas aquellas estrategias, documentos e iniciativas que se están desarrollando en el grupo PROA-AP Sector II y en el IRAS_PROA-AP y que inciden en la optimización del uso de antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales del sector del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Impulsar la implicación de los EAP mediante la realización de proyectos asistenciales PROA.
- Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza II.
- Participar en acciones de actualización del conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.

MÉTODO

1. Participación en la jornada de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA.
2. Participación en el grupo PROA-AP autonómico
3. Participación en comisión de infecciones
4. Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza II:
 - a. Actualización de la guía terapéutica autonómica y posterior difusión entre los profesionales
 - b. Elaboración y difusión de recomendaciones de toma de muestras en AP
 - c. Apoyar a los EAP en la formación relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
 - d. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA
5. Análisis y seguimiento de indicadores de consumo de antibióticos:
 - a. Realizar el informe de uso de antibióticos del sector.
 - b. Realizar el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos a nivel de de EAP, estudiando su evolución en los años 2015-2017 y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN, e identificando las posibles áreas de mejora individualizadas de cada EAP.
 - c. Realizar informes de seguimiento del uso de antibióticos.

INDICADORES

- Elaboración y presentación de ponencia en la jornada autonómica de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA. Objetivo: Sí
- Número de reuniones grupo PROA-AP autonómico: Objetivo: Asistencia al 75%
- Número de reuniones grupo PROA-AP del sector: Objetivo: Convocatoria 4 reuniones/año
- Número de reuniones con los responsables de antibióticos de los EAP. Objetivo: 2 reuniones/año
- Informe de uso de antibióticos del sector. Objetivo: Sí
- Porcentaje de EAP del Sector que incluyen Proyecto Asistencial PROA en su Acuerdo de Gestión Clínica. Objetivo =50%
- Elaboración de informes de seguimiento. Objetivo: SI

DURACIÓN

- Marzo-Abril: jornada autonómica de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA.
- Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP autonómico
- Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP del sector
- Abril-Mayo: identificación áreas de mejora individualizadas de cada EAP en el uso de antibióticos
- Mayo: informe de uso de antibióticos del sector
- Mayo-Diciembre: informes de seguimiento del uso de antibióticos a nivel de EAP y de sector.
- Mayo-Diciembre: convocatoria y formación de los responsables de uso de antibióticos de los EAP
- Enero-Diciembre: elaboración y difusión recomendaciones de toma de muestras en AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1034

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

-Mayo-Diciembre: Diseño y difusión de campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0093

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA ALONSO SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA
GIL MOSTEO MARIA JOSE
ARENAS CAJAL CARMEN
SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA
ORIOLO TORON PILAR ANGELES
AZNAR CARBONELL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la realización del pertinente análisis AMFE a finales de enero de 2019 para establecer los objetivos prioritarios de mejora en la estrategia de diabetes de nuestro Sector (solicitud y registro de microalbuminuria y valoración y estratificación de riesgo de pie diabético), se procedió a crear un equipo de proceso del Sector, contando con profesionales de Medicina de Familia y Enfermería implicados con la estrategia. Dicho grupo se conformó en marzo de 2019, contando con 3 médicos y 3 enfermeras, que bajo las directrices de la Dirección Atención Primaria del Sector y uno de los responsables autonómicos de la estrategia, realizaron entre el 26 de marzo y el 22 de mayo de 2019, 18 visitas a los centros de salud urbanos del Sector (6 por pareja), con la intención de transmitir la importancia de los objetivos marcados, aprovechando los conocimientos, experiencia y cercanía de estos profesionales. Por otro lado, y de cara a minimizar los desplazamientos a la zona rural, y no interferir en la labor asistencial del grupo motor, la Subdirección Médica y de Enfermería, realizó la labor de difusión del Proyecto en Fuentes de Ebro, Campo de Belchite y Sástago. En cada uno de los centros visitados, se mostraba la presentación realizada por el responsable de estrategia de DGAS, de cara a incidir en la importancia del proyecto, con el fin último de disminuir el nivel de amputaciones, así como de la progresión de la insuficiencia renal crónica. Se mostraba el punto de partida a nivel de indicadores, de los centros visitados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como medida del impacto del Proyecto destacar los siguientes:

1. Incorporación del Proyecto Asistencial de la Dirección de AP dentro de sus propios Acuerdos de Gestión firmados en el mes de junio, por un total de 7 EAP: Seminario, Ruiseñores, San Pablo, Fernando El Católico, Fuentes de Ebro, Miraflores y Rebohería.
2. Se aseguró la infraestructura básica para exploración del pie diabético, a nivel de monofilamentos.
3. Se abordó la modificación del petitorio analítico del perfil de diabetes, incluyendo específicamente la microalbuminuria.
4. Se mandaron cortes de evolución de indicadores en los meses de junio y octubre, a los centros que asumieron en sus ACG el Proyecto Asistencial.
5. Microalbuminuria: Según datos del Cuadro de Mandos de Diabetes, la evolución del indicador de revisión de microalbuminuria a 31 de diciembre de 2019 ha llegado a un 53,34%, 12 puntos por encima de la misma fecha en 2018. Objetivo planteado: Superar el 50%.
6. Pie diabético: Según la misma fuente, el registro de la exploración del pie diabético, ha pasado del 16,07% del 2018, al 25, 07% de 2019. Con respecto, a la valoración del riesgo, se ha evolucionado del 9,50% de hace un año, al 13, 84% del actual. Ambos indicadores han quedado por debajo, de las expectativas iniciales del Proyecto (48 y 25% respectivamente).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de no llegar a nivel de pie diabético a los estándares previstos, la sensación y la respuesta de los equipos ha sido muy satisfactoria en general. De alguna forma es esperable que para avanzar y consolidar cualquier línea estratégica, y más si es de la prevalencia y relevancia de la diabetes, haga falta mantener un Proyecto de estas características a medio plazo, entre 2 y 4 años al menos. Satisface ver, que cambios sencillos y accesibles, como la modificación de un petitorio, puede arrojar en poco tiempo, mejoras de registro sustanciales como demuestra la evolución del indicador de la microalbuminuria. El equipo de mejora a nivel de Sector se afianza y potencia para este 2020, con la intención concreta de consolidar el Proyecto, y con la aspiración de involucrar a más EAP, y que lo adopten en sus ACG. Es un Proyecto que teniendo objetivos claros y un grupo humano que transmite con solvencia sus contenidos, favorece que con gran sencillez sea replicado en cualquier Sector Sanitario. Para este 2020 se incidirá en el material necesario para la exploración del pie diabético, no sólo monofilamentos, si no con la intención de renovar/adquirir en la medida de lo posible los doppler precisos para una mejor y más precisa exploración.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0093

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

*** ===== Resumen del proyecto 2019/93 ===== ***

Nº de registro: 0093

Título
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
ALONSO SANCHEZ MARTA, LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, GIL MOSTEO MARIA JOSE, ARENAZ CAJAL CARMEN, SANGROS GONZALEZ JAVIER, SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA, ORIOL TORON PILAR ANGELES, AZNAR CARBONELL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la creación y desarrollo del cuadro de mandos de diabetes, en el Sector Zaragoza 2 venimos observando dos problemas mantenidos en el tiempo, en la cobertura de actividades de registro de la estrategia de Diabetes.

1.La determinación de microalbuminuria, que a pesar de formar parte del perfil de diabetes se tiene una cobertura sensiblemente inferior(alrededor del 20% menos) al resto de parámetros recogidos en el perfil de diabetes (como por ejemplo GFR, LDL, o HBA1c en el último año), alcanzando una cobertura del 42%(por debajo de la media del Sector del SALUD), lo que puede tener evidentes repercusiones en mortalidad cardiovascular.

2.La exploración y evaluación del riesgo del pie diabético apenas llega al 20% en el primer indicador y no llega al 20% de los pacientes en el segundo, lo que puede tener consecuencias en la tasa de amputaciones, y pone en riesgo la viabilidad de la estrategia de consultas en la Unidad de pie diabético, si no se consigue la implicación de los profesionales de atención primaria

RESULTADOS ESPERADOS
1.Incrementar la cobertura de exploración de microalbuminuria.
2.Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético.

MÉTODO
Se ha realizado un análisis modal de fallos y errores para cada uno de los indicadores a partir del cual se plantean las siguientes actividades:

- Creación de un equipo de proceso del Sector, con líderes reconocidos, con la finalidad de análisis y realización de formación específica en los centros de salud del Sector.
- Valoración del rediseño del volante de perfil de diabetes para que consten explícitamente sus contenidos en la impresión.
- Valoración del rediseño del circuito de extracciones para asegurar la verificación de la presentación de la muestra de orina solicitada.
- Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación
- Formación en Pie diabético: justificación de por qué debe explorarse y cómo se explora
- Asegurar la estructura básica de la exploración del pie diabético: disponibilidad de monofilamentos, plan plurianual de renovación de doppler.

INDICADORES
-% de pacientes diabéticos en los que consta, al menos, una determinación de microalbuminuria en el último año.
Estándar: incremento de un 10% en el Sector, con respecto a datos de diciembre 2018.
-% de pacientes diabéticos en los que consta, al menos, un registro de exploración de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el Sector, con respecto a datos de diciembre de 2018.
-% de pacientes diabéticos en los que consta, al menos, un registro de riesgo de pie diabético en el último año. Estándar: incremento de un 10% en el Sector, con respecto a datos de diciembre de 2018.

Monitorización de los indicadores en el sector y centros con periodicidad cuatrimestral (Enero, Mayo, Septiembre) y reunión del grupo de proceso para su valoración.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0093

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE DIABETES EN EL SECTOR ZARAGOZA II

DURACIÓN

- Enero/Febrero 2019. Constitución de equipo de proceso
- Enero 2019. AMFE (ya realizado)
- Febrero-Mayo: Valoración rediseño de volante, circuitos y formación a los centros implicados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE FLOR PASCUAL GUTIERREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ RUBIO CONCEPCION
ARAGÜES BRAVO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2018 se creó el grupo multidisciplinar con el Jefe de Servicio del hospital Miguel Servet, el Dr. Aragüés, la coordinadora de los fisioterapeutas de AP del Sector II, Concepción Sanz Rubio y la Directora de Enfermería de AP, Flor Pascual. Dicha coordinadora junto con una de las fisioterapeutas de la Unidad de fisioterapia de Fuentes Norte, Elena Gaspar Calvo, trabajaron durante las tres semanas la revisión y actualización de los protocolos de Fisioterapia en AP. Se definió la cartera de patología osteomuscular de baja complejidad terapéutica que corresponde a las fisioterapeutas de AP. Con el Jefe de Servicio de Rehabilitación se consensuaron los Protocolos de patologías más frecuentes que se asumen en AP: codo, hombro doloroso, rodilla, dolor vertebral, tobillo y pie y en último lugar rodilla y mano.

La Dirección de AP coordinó con el Jefe de Servicio de Rehabilitación y la coordinadora de fisioterapeutas del Sector sesiones informativas-formativas en los EAP donde están ubicadas las Unidades de fisioterapia en el Sector. A estas sesiones además de la fisioterapeuta de la Unidad donde se impartía la sesión acudió la coordinadora de fisioterapeutas, el Jefe de Servicio de Rehabilitación y la Dirección de AP.

El 1 de agosto del 2018 se procedió a la contratación, dentro del Plan de AP, de 4 fisioterapeutas más en el Sector para las Unidades de Almozara, Torrero, Reboletera y Valdespartera. Para la decisión en la ubicación en estas Unidades se tuvo en cuenta las demoras y la disponibilidad de espacio físico para un nuevo fisioterapeuta. En 2019 hemos continuado con la impartición de sesiones informativas-formativas en los EAP tanto donde están ubicadas las Unidades de fisioterapia como en el resto de EAP. Se han dado sesiones en San Pablo y Parque Roma, Fuentes Norte, Torre Ramona, San José Centro y San José Norte y Reboletera.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los objetivos planteados al inicio del Proyecto en 2018 se ha conseguido la constitución del Grupo multidisciplinar.

Se ha determinado la cartera de Servicios de la patología osteomuscular de baja complejidad atendida en las Unidades de fisioterapia de AP.

A lo largo de los dos años se han difundido los Protocolos en los Equipos donde hay Unidades de fisioterapia que tienen como hospital de referencia el Miguel Servet y en 7 EAP.

A través de la base de datos que nos envía Asistencia Sanitaria podemos calcular el impacto del Proyecto. El número de derivaciones a todas las Unidades de Locomotor y Rehabilitación (trauma, reuma, rehabilitación y UME) ha disminuido un 7%.

Sin embargo, en 2018 el impacto en la disminución de las demoras para el primer día en las Unidades en las que se doto de un fisioterapeuta más, solo bajo en la mitad de ellas, es decir, en dos Unidades de las 4 en las que se puso el recurso.

En 2019 en la Unidad de Fisioterapia de Almozara las demoras para primer día son prácticamente iguales que en 2018. Comparando estas demoras por años pasamos de 82 días en diciembre de 2018 a 88 en diciembre en 2019 en el turno de mañana y en el turno de tarde de 70 a 61 días.

En la Unidad de fisioterapia de Reboletera las demoras para el primer día han aumentado con respecto a 2018. De 51 días en 2018 pasamos a 68 para el turno de mañana y de 73 a 110 en el turno de tarde.

En la unidad de Fisioterapia de Torrero La Paz las demoras para el primer día son prácticamente las mismas que en 2018. En 2018 teníamos 16 días y mantenemos estos mismos días a 31 de diciembre de 2019 en el turno de mañana y en el turno de tarde se mantiene a 50 días.

En la unidad de Fisioterapia de Valdespartera se han incrementado considerablemente los días de demora de un año a otro pasando de 60 días en 2018 a 101 días en 2019 para el turno de mañana y de 59 a 91 en el turno de tarde.

En el resto de las Unidades de Fisioterapia del Sector, donde no ha habido aumento de Recursos Humanos, las demoras han disminuido en 2019 con respecto a 2018, salvo en la unidad de San Pablo que ha aumentado de forma considerable tanto en el turno de mañana como en el de tarde.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación del grupo de trabajo multidisciplinar para la revisión, actualización, consenso con el Servicio de Rehabilitación, así como la difusión por parte de las fisioterapeutas del Sector e implicación de la Dirección ha servido para disminuir las demoras a las Unidades del aparato locomotor y rehabilitación. También ha servido para mejorar la comunicación entre los profesionales de AP y el Servicio de Rehabilitación del hospital Miguel Servet. En consecuencia, este hecho, ha mejorado la continuidad de cuidados de los pacientes en nuestro Sector. Con los datos obtenidos en la evaluación de las demoras podemos concluir que estas prácticamente no han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

mejorado en ninguna de las 4 unidades de fisioterapia donde se ha puesto un fisioterapeuta más. Concluimos que aumentar la plantilla de profesionales no va asociado a una disminución de las demoras. En este caso el aumento de Recursos Humanos ha aumentado la demanda tanto por parte de los pacientes como por los profesionales encontrándonos de nuevo, en este aspecto, en el punto de partida. Ha queda pendiente la reunión con el Jefe de Servicio del Hospital General de la Defensa para coordinar las derivaciones ente la Unidad de Fisioterapia de Seminario y Valdespartera, así como la impartición de las sesiones correspondientes a los profesionales de los Equipos que tienen como referencia el HGD (Casablanca, Seminario y Valdespartera)

7. OBSERVACIONES.

El hecho de que los EAP de Casablanca, Seminario y Valdespartera tengan como referencia al Hospital General de la Defensa ha condicionado la implantación de este Proyecto en estos EAP dilatándose en el tiempo. Por lo que ha quedado pendiente para 2020.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/84 ===== ***

Nº de registro: 0084

Título
PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

Autores:
PASCUAL GUTIERREZ FLOR, SANZ RUBIO CONCEPCION, ARAGÜES BRAVO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El actual circuito de derivación entre AP Y FISIOTERAPIA, y por extensión entre AP y RHB, debe ser mejorado, partiendo de una revisión de los protocolos asistenciales establecidos para patología osteomuscular, para de esta manera aumentar la eficacia de los circuitos de derivación, evitar duplicidades de derivación, fomentar la uniformidad de las pautas de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reordenar la atención de la patología osteomuscular en nuestro Sector.
2. Optimizar el uso de los recursos disponibles.
3. Mejorar la eficacia y la eficiencia asistencial en este proceso clínico, a través de la coordinación entre AP Y AE.
4. Clarificar las características de los subprocesos que se han de asumir en cada nivel asistencial.
5. Establecer a continuación los criterios de derivación.
6. Potenciar las Unidades de Fisioterapia en AP.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Consenso sobre subprocesos de baja complejidad terapéutica para ser asumidos en Fisioterapia de AP.
- Revisión previa de actuales protocolos.
- Valorar actividades de difusión en los EAP para su adecuado cumplimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

INDICADORES

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar entre AP y AE. Objetivo: Sí.
- Determinación de una cartera de patología osteomuscular de baja complejidad terapéutica atendida en Unidades de Fisioterapia de AP. Objetivo: Sí.
- Difusión de los Protocolos de derivación a Fisioterapia y RHB desde MFyC. Objetivo: Sí.
- Impacto del Proyecto sobre el número de derivaciones desde AP a RHB/UME. Objetivo: Disminución.

DURACIÓN

- Creación Grupo Trabajo : Marzo 2018
- Revisión y actualización Protocolos actuales: Abril 2018
- Determinación Subprocesos baja complejidad terapéutica: Mayo 2018
- Consenso e implantación definitiva circuitos derivación MF/Fisio/RHB. Junio 2018
- Difusión EAP. Segundo semestre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0482

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA GOMEZ JULIAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUJEDA CAVERO MARIA JOSE
ACEITUNO CASAS ALEXANDRA
PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR
AZNAR CARBONEL ANGEL
ALONSO SANCHEZ MARTA
PALACIN ARBUES JUAN CARLOS
LAIN MIRANDA MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2018 se puso en marcha en el Sector II el abordaje a la cronicidad a través del Programa del Paciente Crónico Complejo dentro de la Estrategia del Departamento de Sanidad de la Cronicidad.
A fin de impulsar este nuevo Programa en la Dirección de AP nos planteamos la realización de este Proyecto ligado al acuerdo de Gestión 2019: "Estrategia de Desarrollo del Programa del Paciente Crónico Complejo en el Sector II". Otros 6 EAPs del Sector (Fernando el Católico, Fuentes de Ebro, Miraflores, Seminario, San Pablo y Sastago) se adhieren a este Proyecto incluyéndolo en sus respectivos Acuerdos de Gestión.
Dentro de las actividades formativas para la puesta en marcha de este Proyecto la Dirección de AP organizó una formación a nivel de Sector dentro del Plan de Formación de AP de 2019 con fondos Salud de 7 horas de duración abierta a todos los profesionales sanitarios de AP interesados. Se formaron 34 profesionales; a los nuevos referentes del PCC, en aquellos Centros que se habían producido cambios por traslados; médicos, enfermeras y trabajadores sociales de los 21 EAP. Como docentes contamos con los referentes del Programa en el Sector a nivel de medicina y enfermería; los referentes de la UCC del Hospital Miguel Servet, Farmacia de AP y Trabajo Social de AP.
Por parte de la Dirección, en 2018 se realizaron sesiones formativas en todos los EAP del Sector. A lo largo del 2019 se organizaron 11 sesiones informativas-formativas sobre el citado Programa del PCC en los Centros que o bien lo solicitaron o desde la Dirección así se consideró. Estos Centros fueron: Casablanca, Campo de Belchite, Puerta del Carmen, San José Centro, San José Norte, San José Centro, San José Sur, Torre Ramona, Valdespartera y Venecia. A fin de coordinar las rutas asistenciales de los EAP con las diferentes UCC y garantizar la continuidad de cuidados se han realizado reuniones periódicas con de los tres hospitales de referencia del Sector tanto con las Direcciones Asistenciales como con los profesionales asistenciales de las UCC. Estas reuniones han sido: 7 reuniones con el Miguel Servet, 4 Hospital General de la Defensa y 5 con el Hospital San Juan de Dios. También desde la Dirección se han coordinado reuniones entre los profesionales de las UCC en los Centros de salud con los profesionales del Equipo. Así los profesionales de la UCC del HGD se han trasladado a sus Centros que su UCC depende de este hospital: Casablanca, Seminario y Valdespartera y el Hospital San Juan de Dios a los suyos: en San José Sur, Torrero y Venecia.
A fin de valorar la evolución del Programa, desde la Dirección de AP se han realizado revisiones del Programa a través de los cortes que envía Dirección de Asistencia Sanitaria.
La experiencia piloto de mayo de 2018 a mayo de 2019, en Almozara con una enfermera dedicada en exclusividad a coordinar el Programa del PCC y en San Pablo otra enfermera, en este caso, asumiendo un cupo médico y haciendo las funciones de coordinadora del Programa en el Centro fue muy positiva como demuestran los resultados obtenidos (a fecha 31 de diciembre, San Pablo con un 23% y Almozara con un 14% de PCC incluidos en Programa. En Planes de Intervención un 71,83% en Almozara y un 94,93% en San Pablo) muy por encima de la media del Sector 44,66% y de Aragón 50,68% en lo referente a Planes de Intervención.
Es por ello, que en noviembre de 2019 la Dirección de AP plantea poner una enfermera en el Centro de Salud de Sagasta para coordinar este Programa. Se elige Sagasta porque es el Centro más grande del Sector con dos EAP, Ruiseñores y Miraflores. Contamos con la disponibilidad de una enfermera que conoce el Centro, los profesionales y está formada y cualificada para llevar a cabo este Proyecto. Primero ha comenzado asumiendo la coordinación de los PCC de Ruiseñores para pasar más tarde a asumir la coordinación del Miraflores.
Teniendo como finalidad la evolución del Programa y el establecimiento de medidas correctoras la dirección ha consensuado con los responsables de las UCC de los tres hospitales de referencia el envío por parte de las UCC a la dirección de AP un informe de las atenciones de la Unidad tanto de ingresos, como de consultas presenciales, telefónicas de medicina y de enfermería, así como de interconsultas. La UCC del Servet las envía semanalmente, la UCC del Militar trimestralmente y la UCC de San Juan de Dios semestralmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La base de datos que hemos utilizado para la evaluación de este Proyecto es la facilitada por la Dirección de Asistencia Sanitaria en los cortes de junio, septiembre y diciembre de 2019.
Cuando al inicio de 2019 en la Dirección de AP nos planteamos este Proyecto elaboramos unos indicadores con relación a los que desde Asistencia Sanitaria se enviaban en 2018.
Los indicadores con los que contamos en 2019 son solamente los referidos a los PCC con un GMA > 97 por lo que los indicadores del Proyecto 1, 2 y 3 nos vemos en la obligación de fusionarlos en uno solo.
Los indicadores 5 y 6 tampoco se pueden evaluar por no disponer de datos, por lo tanto, vamos a evaluar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0482

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

únicamente en este Proyecto los PCC incluidos en Programa y los Planes de Intervención. A fecha 31 de diciembre de 2018 en el Sector II teníamos incluidos 792 paciente Crónicos Complejos. En los diferentes cortes de 2019 se ha ido produciendo un ligero aumento en la inclusión de PCC. En junio de 2019 el porcentaje de inclusiones es de un 7,89% de PCC a fecha de septiembre es de 12,46 para cerrar el año a 31 de diciembre con un 14,67% con un total de 1236 pacientes incluidos. Cifra que multiplica por dos los resultados obtenidos a fecha 31 de diciembre de 2018. La distribución por EAP es muy diferente de 138 pacientes en San Pablo y 71 de Almozara, siendo estos Equipos los primeros del Sector, 134 en torrero, 99 en Puerta del Carmen y San José Sur a 12 en Casablanca siendo este equipo el que menos inclusiones del sector tiene. El segundo indicador a evaluar es el Plan de intervención. Partimos en enero de 2019 con 49 % y a lo largo del primer semestre hemos disminuido este porcentaje a 47,01%; en septiembre estábamos en un 44,38 % para finalizar con un ligero repunte, respecto al corte de junio, en un 44,66%. Estando a menos de un 5% por debajo de la media de Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Analizando los datos vemos que el Programa del PCC avanza lentamente. Son más los profesionales que van incluyendo PCC en el Programa, pero estas inclusiones no siempre van acompañadas de su correspondiente Plan de Intervención, como lo demuestran los indicadores que lo evalúan. El Equipo de mejora de este Proyecto consideramos que las actividades realizadas son adecuadas para la consecución de los objetivos planteados, sin embargo, no parecen suficientes en relación a los resultados obtenidos. Es por ello, que a la vista de los resultados alcanzados en Almozara y San Pablo, de los que ya nos hemos referido en el apartado anterior, se ha puesto una enfermera en Sagasta a fin de coordinar a los profesionales con la UCC del Hospital Miguel Servet, apoyar al programa y la continuidad de cuidados de estos pacientes. La predisposición de la Dirección del Hospital Miguel Servet, así como de los profesionales de la UCC, para abrir las puertas de la UCC a los profesionales de AP a dicha Unidad y salir a los EAP para la realización de sesiones clínicas de PCC nos parece puede ser de utilidad en la comunicación entre los profesionales de AP y la UCC. Es por ello que este Proyecto de Dirección va a ser de continuidad en 2020 y se podrán adherir a él más EAP.

7. OBSERVACIONES.

Sería muy interesante que se pudiesen evaluar los indicadores 5 y 6 porque la identificación de la enfermera es fundamental tanto para el paciente como para los profesionales de AP y la UCC. Es en la enfermera en quien pilota el Programa. La identificación del cuidador principal es también muy importante, sobre todo la del cuidador principal que puede tomar decisiones del PCC cuando este no está capacitado para hacerlo. Tanto la enfermera como el cuidador principal identificados son indicadores de garantizan la comunicación y continuidad de cuidados de los PCC. Como dificultades en la puesta en marcha de este Programa del PCC en el Sector II ha sido que contemos con tres Unidades de pacientes Crónicos Complejos. Ubicadas en tres hospitales diferentes y que su puesta en marcha no ha sido simultánea e incluso la especialidad de los profesionales responsables de estas Unidades sea diferente. Medicina Interna en el hospital Miguel Servet, geriatría en el HGD y en el hospital San Juan de Dios tanto medicina de interna como geriatría. A día de hoy esta situación está asumida más por los profesionales del Sector que por los pacientes, estos presentan alguna reticencia inicial a acudir a otra UCC diferente del Servet. Aunque una vez que contactan con las UCC del HGD o de San Juan de Dios la satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes y cuidadores es muy alta.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/482 ===== ***

Nº de registro: 0482

Título
ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
GOMEZ JULIAN CRISTINA, BUJEDA CAVERO MARIA JOSE, ACEITUNO CASAS ALEXANDRA, PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR, AZNAR CARBONELL ANGEL, ALONSO SANCHEZ MARTA, PALACIN ARBUES JUAN CARLOS, LAIN MIRANDA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Abordaje a la Cronicidad
Línea Estratégica .: Crónico complejo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0482

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una de las Estrategias prioritarias en la actualidad en nuestra comunicad autónoma ha sido el Abordaje de la Cronicidad, sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo (PCC). El mencionado Programa ha sido fruto de un intenso trabajo de colaboración y consenso, de casi 2 años de duración, entre diversos profesionales de distintos colectivos del ámbito de la Atención Primaria y de la Atención Especializada, con el objetivo de un intento de garantizar la accesibilidad y continuidad asistencial, interviniendo en el proceso de la enfermedad, y dando un soporte tanto al paciente como al cuidador, para anticiparse a las situaciones de urgencia y claudicación, mejorando la calidad de vida y seguridad de los pacientes, así como disminuir las asistencias urgentes y/o ingresos hospitalarios. En Febrero de 2018, se hizo la presentación institucional del Programa. Comenzó su implementación en el mes de marzo en los equipos de Atención Primaria del Sector II, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA). Paralelamente se han creado a nivel de Atención Especializada, 3 Unidades de Continuidad de Cuidados (UCC) específicas para estos pacientes: en el HUMS como referente para 15 EAP (junio 2018), HGD como referente para 3 EAP (octubre 2018) y HSJD referencia para otros 3 EAP (enero 2019). La diferente evolución en la creación y operatividad de estas unidades, ha supuesto un lento y dispar desarrollo en nuestro Sector de tan ambicioso Programa, con datos de inclusión en el Programa del total de pacientes de mayor complejidad, que no supera el 50%, y niveles de plan de intervención confeccionados, sobre un 20 % de los introducidos en el aplicativo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Incrementar inclusión pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99
2. Incrementar la elaboración de Planes de Intervención en los pacientes incluidos en el programa del PCC.
3. Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC
4. Elaborar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en cada EAP.

MÉTODO

1. Formación de los Referentes del Programa del PCC a nivel de Sector II.
2. Formación en los EAP del Sector para los profesionales del Equipo.
3. Establecimiento de circuitos asistenciales definidos para el PCC en cada EAP en relación a su UCC de referencia
4. Visitas de los Profesionales de las UCC a los EAP.
5. Evaluación y valoración de la posibilidad de trasladar la experiencia favorecida por la Gerencia del Sector II, iniciada en abril de 2018 en los C.S Almozara y San Pablo, de contar con un recurso de enfermería específico para coordinar el Programa de PCC, a otros Centros de la organización. Feed-back semanal a esta Dirección de Atención Primaria de la actividad realizada en cada Unidad PCC

INDICADORES

1. %PCC p>99 (GMA) incluidos / PCC p>99 (GMA). Estándar: 25-30% (Diciembre 2018 16%, 426 pacientes/2898).
2. % pacientes con planes de Intervención/Total PCC incluidos en Programa. Estándar: 65-70% (Diciembre 2018 48%, 363/757).
3. % PCC p97-99 (GMA) incluidos/total PCC incluidos. Estándar: 35-45%. (Diciembre 2018, 30%).
4. % PCC p < 97 (GMA) incluidos/total PCC incluidos. Estándar: 20-25%. (Diciembre 2018, 14%).
5. % PCC con enfermería identificada. Estándar: 80-90%.
6. % PCC con familiares-cuidadores identificados. Estándar:80-90%.

DURACIÓN

Formación y visitas a los Centros. Entre enero-mayo 2019.
Establecimiento de circuitos asistenciales consensuados en los EAP para el PCC. Mayo-junio 2019.
Revisión trimestral de evolución de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0308

1. TÍTULO

REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA BELEN PINA GADEA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMEZ BARAZA MARIA CRISTINA
PALACIN ARBUES JUAN CARLOS
PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la actualización del procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos en los centros de salud del sector Zaragoza II por parte del Servicio de Farmacia se facilitó el material y se realizó su difusión activa entre todos los profesionales. Para ello se colgó dicho procedimiento en la intranet para facilitar su consulta, y se realizaron envíos directos del procedimiento a los correos electrónicos institucionales de los/as coordinadores médicos de los centros de salud y de los/as responsables de enfermería. Todos ellos encargados de transmitir la información generada.

Para el seguimiento y la evaluación de la estrategia implantada, las farmacéuticas de Atención Primaria del sector Zaragoza II realizaron una revisión de los botiquines de todos los centros de salud del sector. En dicha revisión se valoró la adhesión de los equipos de Atención Primaria al procedimiento operativo, la adecuación de los botiquines (stock, almacenamiento, control de caducidades, hojas de registro...), se detectaron cuales eran los puntos débiles y donde se encontraban los problemas de cumplimiento (si los había). La revisión incluyó los botiquines de medicamentos, la sala de urgencias, el carro de paradas, el maletín de urgencias y las neveras con dotación de fármacos de cada uno de los centros de AP del sector.

En la actualización del procedimiento de control y gestión de medicamentos, además de revisar y actualizar los contenidos, se incluyó un nuevo anexo que describe la correcta conservación y manipulación de los envases multidosis, cuestión que más dudas o errores provoca en los profesionales que los manejan. También se facilitaron etiquetas identificativas para señalar los fármacos dentro del almacén del centro.

Mientras se llevaba a cabo la revisión de los botiquines se comentaban todas aquellas desviaciones o anomalías detectadas directamente con los profesionales implicados, y sobre todo se aprovechaba para resolver cualquier tipo de pregunta o duda que los profesionales formularan, proporcionando cualquier tipo de información que fuera requerida.

Una vez finalizada la revisión desde el Servicio de Farmacia de AP se procedía a rellenar un informe "Auditoria de los botiquines de medicamentos de los centros de Salud", el cual inmediatamente se remitía a los coordinadores médicos y responsables de enfermería para su conocimiento e identificando todas aquellas propuestas de mejora que fueran oportunas.

Cronograma:

Fecha de inicio: Octubre de 2016.

Revisión inicial de los botiquines en los centros de salud: Octubre a Diciembre de 2016.

Enero a Marzo 2017: Revisión y actualización del "Procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo" (PO-02_Z2(P)E).

Revisión de seguimiento de los botiquines:

EAP	2017
ALMOZARA	05/10/2017
CAMPO DE BELCHITE	03/11/2017
CASABLANCA	21/12/2017
FDO CATOLICO	27/04/2017
FUENTES DE EBRO	31/10/2017
FUENTES NORTE	26/10/2017
SAGASTA MIRAFLORES	20/04/2017
SAGASTA RUISEÑORES	20/04/2017
PARQUE ROMA	31/10/2017
PUERTA DEL CARMEN	24/01/2017
REBOLERIA	19/01/2017
SAN JOSE CENTRO	16/11/2017
SAN JOSE NORTE	16/11/2017
SAN JOSE SUR	26/10/2017
VENECIA	26/10/2017
SAN PABLO	16/03/2017
SASTAGO	11/09/2017
SEMINARIO	19/01/2017
TORRE RAMONA	14/09/2017
TORRERO	22/11/2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0308

1. TÍTULO

REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II

VALDESPARTERA 07/09/2017

Los responsables de la revisión de los botiquines fueron: Belén Pina Gadea y Cristina Gómez Baraza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se revisaron el 100% de los depósitos de medicamentos de los centros de salud del Sector Zaragoza II por parte del Servicio de farmacia del Sector Zaragoza II.

Todos los equipos se adhirieron al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y Productos Sanitarios, aunque se encontraron algunas desviaciones:

En el 33,3% de los centros se detectaron >5 medicamentos caducados.

En el 23,8% de los equipos se detectó algún problema en la dotación de medicamentos con respecto a las recomendaciones, generalmente por un stock excesivo.

También se percibió una elevada variabilidad en cuanto a la identificación de la apertura de los envases multidosis. Este hecho queda resuelto con la última incorporación al documento del anexo de conservación de envases multidosis, el cual ha sido muy bien valorado entre los profesionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque todos los centros de Atención Primaria conocen y se adecuan al "Procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo" hay que seguir insistiendo en la importancia de realizar revisiones sistemáticas mensuales de los botiquines, para evitar incidencias.

A todos los centros se les recomendó que utilizaran un formato específico para el control de caducidades estructurado por meses y años, de tal forma que cada mes solo tuvieran que buscar aquellos medicamentos apuntados en la lista. Ello supone un mayor esfuerzo al comenzar a utilizar este sistema, y cada vez que se recepciona un pedido nuevo en el centro, sin embargo implica una mayor rapidez a la hora de identificar los medicamentos caducados o próximos a caducar sin tener que revisar todos y cada uno de los fármacos del centro.

Los resultados de este proyecto han estado supeditados a la colaboración de los equipos de Atención primaria.

Por último, indicar que se van a hacer llegar a los equipos de AP una serie de etiquetas con las leyendas "Próximo a caducar", "Fecha de apertura", "Nevera" para facilitar la identificación de todos aquellos fármacos con características a tener en cuenta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/308 ===== ***

Nº de registro: 0308

Título
REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
PINA GADEA MARIA BELEN, GOMEZ BARAZA MARIA CRISTINA, PALACIN ARBUES JUAN CARLOS, TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA, PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN, AZNAR CARBONELL ANGEL, PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Afecta a todas las patologías, en cuanto trata de garantizar la disponibilidad de los fármacos necesarios para atender las urgencias sanitarias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0308

1. TÍTULO

REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los servicios farmacéuticos de las estructuras sanitarias de Atención Primaria son los encargados de prestar atención farmacéutica a la población y de desarrollar las funciones y actividades relacionadas con la utilización de los medicamentos, orientadas al uso racional de éstos, reconociéndose como una de sus funciones, la adquisición, almacenamiento, custodia, conservación y dispensación de aquellos medicamentos y productos sanitarios que deban ser aplicados dentro de los centros de Atención Primaria y de aquéllos para los que se exija una particular vigilancia, supervisión y control, según se establece la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

En todos los centros de Atención Primaria del Sector II se dispone de botiquines de medicamentos cuya dotación permite cubrir las emergencias vitales, tratar problemas de salud que requieran atención inmediata y disponer de medicamentos y productos sanitarios en los que la asistencia sanitaria requiera su dispensación en el centro. En algunos centros de Atención Primaria del Sector Zaragoza II se ha implantado un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2008, adaptándose a los requisitos establecidos en dicha norma la gestión de los botiquines, que han implantado el Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo. En aquellos equipos de atención primaria en los que no se ha implantado un sistema de gestión de la calidad existe mayor variabilidad en cuanto al grado de adherencia al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS

Tras la actualización del procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos en los centros de salud del sector Zaragoza II se pretende:

- Mejorar la adhesión de todos los equipos de atención primaria del sector al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo
- Garantizar la disponibilidad y el correcto almacenamiento de los medicamentos del botiquín.
- Sistematizar la revisión y el control de puntos críticos de la asistencia sanitaria de urgencia, tales como el carro de paradas y el maletín de urgencias.
- Garantizar la adecuada accesibilidad de los pacientes a los medicamentos cuya dispensación corresponda a los centros de salud.

MÉTODO

- Revisión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo.
- Revisión de la adecuación de los botiquines al procedimiento operativo.
- Detectar posibles puntos débiles o problemas en su cumplimiento.
- Proporcionar información y formación específica a los profesionales de los equipos implicados en la gestión de los botiquines.
- Seguimiento y evaluación de la estrategia implantada

INDICADORES

- Valorar la adecuación de los botiquines al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo inicialmente y tras un año después de su implantación:

% de equipos en los que se detecta problemas en la adherencia a las recomendaciones del procedimiento.

- Valorar la adecuada dotación en cuanto a medicamentos tanto del botiquín, del carro de paradas como del maletín de urgencias así como su correcta revisión.

% de equipos en los que se detecta problemas en la dotación de medicamentos respecto a las recomendaciones

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016

Revisión de los botiquines:

Revisión inicial de los botiquines de los centros de salud: Octubre a Diciembre de 2016.

Revisión de seguimiento del funcionamiento de los botiquines: Junio-Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Los resultados de este proyecto están supeditados a la colaboración de los equipos de atención primaria en tanto en cuanto acepten las recomendaciones para su cumplimiento.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1539

1. TÍTULO

ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA GOMEZ BARAZA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZNAR CARBONELL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar: dirección médica de AP, farmacia de AP, servicio de digestivo y servicio de Gastroenterología infantil del hospital de referencia.

Se realizó una revisión bibliográfica (últimas guías y consensos publicados, búsqueda de artículos en pubmed, uptodate y fichas técnicas de los medicamentos) por los miembros del grupo de las últimas evidencias disponibles acerca de los criterios diagnósticos y de tratamiento de la infección por HP.

Una vez recuperada toda la información disponible se procedió a consensuar las nuevas recomendaciones con el servicio de Digestivo del Hospital Miguel Servet y con el servicio de Gastroenterología del Hospital Infantil. Con todas las propuestas consensuadas se realizó la actualización del protocolo que hasta entonces estaba vigente.

El protocolo consensuado "Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Infección por Helicobacter Pylori. Recomendaciones de uso del Test de detección de Helicobacter Pylori. Coordinación Atención Primaria/Especializada" fue aprobado por la comisión de infecciones, difundido en AP a través de correo electrónico a todos los profesionales sanitarios y posicionado en la intranet del sector para servir de documento de consulta ante cualquier posible duda.

Para facilitar la difusión de dicho protocolo en el ámbito de Atención Primaria, se realizó una sesión formativa en formato curso dirigido a los responsables de Uso Racional del medicamento (URM) de cada uno de los equipos de Atención primaria (AP), con la intención de que a continuación ellos dieran una sesión formativa en sus correspondientes centros, y de esta manera llegar a difundir el protocolo a todos los profesionales.

En este curso se abordaron todas las cuestiones recogidas en el protocolo: etiología, se proporcionaron recomendaciones sobre el correcto uso de las pruebas diagnósticas, se dieron recomendaciones sobre los tratamientos y las pautas farmacológicas teniendo en cuenta las resistencias locales y se comentaron algunos criterios de derivación al ámbito hospitalario. Todo ello tanto para el paciente adulto como para el pediátrico. También se planteó un caso clínico para resolver de forma grupal y se resolvieron todas aquellas dudas que pudieran surgir entre los profesionales convocados. Todos los puntos abordados en este curso cumplían con los objetivos establecidos.

Por último se facilitó todo el material (protocolo y power point) a los responsables de URM de los centros de salud para la realización de las sesiones formativas, al igual que se facilitaron hojas con las pautas de tratamiento de forma gráfica destinadas a pacientes (hojas de instrucciones a pacientes), con el objetivo de facilitar su cumplimiento terapéutico.

La difusión en el ámbito hospitalario se realizó por parte del Servicio de Digestivo y el servicio de Gastroenterología del Hospital Infantil.

Para poder evaluar el impacto de la intervención, se realizó un estudio piloto de la situación de partida, analizando los datos de un centro de salud, debido a las dificultades técnicas encontradas para explotar los datos completos del sector, ya que no es posible realizar una extracción automática y completa de los datos. (Los datos se sacaron manualmente).

En ese estudio se recogieron y analizaron datos de: nº de test del aliento con urea marcada con ^{13}C (TU) realizados, ajustes a la indicaciones del test, establecidas en el protocolo consensuado en 2014, y resultado del test, terapia/s erradicadora/s prescrita/s, pautas, dosis y efectividad de la misma.

Cronograma:

Enero-Marzo: Actualización del protocolo de forma consensuada.

Abril- Mayo: Preparación del material para la realización del curso y las posteriores sesiones formativas.

Junio: Realización del curso "Manejo y Tratamiento del test del Helicobacter Pylori" dirigido a responsables URM (Z2-0289/2017) y distribución de material para su realización en los centros de salud del sector. Los responsables de la realización del curso fueron (formación de formadores): Belén Pina Gadea y Cristina Gómez Baraza. Fecha: 13/06/2017. Lugar de realización: Centro de Salud Seminario. El material formativo se proporcionó a través del correo institucional.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1539

1. TÍTULO

ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI

Junio- Diciembre: Formación de los equipos del sector mediante sesiones formativas. Los responsables de difundir la información en los EAP fueron los responsables de URM de los centros de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a los indicadores marcados:

-Actualización del protocolo consensuado entre Atención Primaria y Atención especializada: SI. Objetivo cumplido respecto al estándar marcado.

-Difusión de las nuevas recomendaciones y pautas de tratamiento mediante la realización de un curso formativo dirigido a responsables de URM de los equipos: SI. Objetivo cumplido respecto al estándar marcado.

En aquellos equipos que no pudieron asistir al curso además de facilitarles todo el material, como al resto de los centros, se les dio la opción de recibir la sesión por parte del servicio de farmacia, en su propio centro en la fecha que mejor se adaptara a su disponibilidad. Esta posibilidad solo se solicitó por un centro de Salud. En otro equipo, que tampoco pudo acudir a la cita fijada, se puso en contacto con el Servicio de Farmacia y planteo algunas dudas, las cuales se le resolvieron a través de una consulta telefónica.

- Porcentaje de EAPs en los que se ha realizado la sesión formativa: 63,15%. Este porcentaje es provisional, ya que las sesiones formativas que están pendientes se realizarán en el próximo mes de diciembre.

Para conocer el porcentaje de EAPs que realizaron la sesión en su correspondiente centro se pidió a los responsables de URM que remitieran al servicio de farmacia de AP del sector la fecha de realización de dicha sesión y que se aportarían las hojas de firmas de los asistentes.

- En la evaluación de la situación de partida: Datos del estudio piloto:

- El 80,1% de los pacientes a los que se realizó el test se adhirieron a los criterios de indicación recogidos en el protocolo consensuado y el 19,9% no.

- De 306 test de la ureasa realizados en el centro de salud estudiado durante el año 2016, 204 fueron realizados para un primer diagnóstico y 102 fueron de confirmación de efectividad del tratamiento.

- El porcentaje de pacientes con triple terapia fue del 67,3% y con cuádruple terapia del 25,7%.

- La efectividad global de la triple terapia fue del 67,2% versus 85,7% con terapia cuádruple (p=0,051). Datos obtenidos del análisis del estudio piloto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La posibilidad de consensuar protocolos y recomendaciones es una opción a valorar siempre que sea factible, ya que la acción coordinada y estratégica de dos ámbitos asistenciales siempre va a ser más eficaz que programas más locales y aislados.

Se observa un elevado grado de adherencia a las recomendaciones consensuadas entre niveles asistenciales, tanto a nivel de indicación como a nivel de tipo de terapia aplicada.

La estrategia para difundir una información mediante la formación de formadores, aunque planteada como una forma rápida de comunicación, requiere contar con el esfuerzo, compromiso y disponibilidad de otros profesionales, además de estar supeditado a la disponibilidad de los EAPs para la organización de las sesiones formativas.

La valoración de estrategias que tengan una repercusión multifactorial (diagnóstico, tratamientos combinados, indicaciones...) son difícilmente evaluables con las herramientas disponibles y requieren realizar un estudio con extracción manual de la información y posterior tratamiento de la información, esto supone un mucho tiempo y un profesional dedicado a su valoración.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1539 ===== ***

Nº de registro: 1539

Título
ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI

Autores:
GOMEZ BARAZA MARIA CRISTINA, AZNAR CARBONELL ANGEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1539

1. TÍTULO

ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La infección por HP en España tiene una prevalencia en torno al 55%, y juega papel básico en la génesis de patologías tan frecuentes como la gastritis crónica o la úlcera péptica. Hay múltiples fármacos para su erradicación, por ello la determinación de pautas de erradicación efectivas y eficientes, adquiere gran relevancia.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general
Mejorar la seguridad del paciente

Objetivos secundarios:

1. Proporcionar recomendaciones para el uso correcto de las pruebas diagnósticas, en el ámbito de la atención primaria y también en el de atención hospitalaria
2. Proporcionar recomendaciones de las pautas farmacológicas de primera elección teniendo en cuenta para ello las resistencias a los antibióticos encontradas en nuestro ámbito, así como aquellas pautas recomendadas en caso de pacientes en los que ha fallado el tratamiento de elección.
3. Evitar derivaciones al servicio de digestivo para la realización de pruebas invasivas que pueden comprometer la seguridad del paciente

MÉTODO

Revisión del protocolo actual para su actualización, e incorporar las últimas evidencias sobre recomendaciones de tratamiento.

Difusión activa de las recomendaciones de indicación de la prueba diagnóstica, así como de las pautas de tratamiento, a todos los equipos de AP, a través de SESIONES FORMATIVAS, integradas en el plan de formación de los equipos.

INDICADORES

- Actualización de un protocolo consensuado entre atención primaria y atención especializada. SI/NO
- Difusión de las nuevas recomendaciones y pautas de tratamiento mediante la realización de curso formativo dirigido a los responsables del Uso Racional del Medicamento (URM) de los EAPs. SI/NO
- Porcentaje de EAPs en los que se ha realizado la sesión formativa.

DURACIÓN

- Enero-Marzo 2017: Actualización del protocolo
- Abril-Mayo 2017: Preparación del material para la realización del curso y sesiones formativas.
- Junio- Septiembre 2017: Difusión y formación en todos los EAP Sector II Zaragoza

OBSERVACIONES

La consecución de este proyecto está supeditado a que desde los EAPs se nos faciliten las fechas de realización de las sesiones formativas.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1326

1. TÍTULO

INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE CARMEN LABARTA MANCHO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINA GADEA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El programa del crónico complejo (PCC) es uno de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, en consonancia con la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Ministerio de Sanidad. En Aragón, el inicio del trabajo se remonta al año 2015, pero no es hasta mediados de 2017 cuando se plantea la necesidad de considerar, de forma más explícita, la valoración farmacoterapéutica en estos pacientes como un aspecto clave en su valoración global. En ese momento se constituyó un grupo de trabajo formado por médicos y farmacéuticos de AP con el objetivo de estructurar y sistematizar la revisión de la medicación del PCC contemplando la posibilidad de integrar la actividad del farmacéutico en dicha actividad. El servicio de farmacia de AP del sector Zaragoza II ha participado activamente en este grupo, que, a principios de 2018, elaboró una propuesta consensuada para el registro de la valoración farmacoterapéutica en el protocolo del PCC en OMI-AP y en historia clínica electrónica (HCE). La propuesta fue valorada y modificada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, introduciéndose, en abril de 2018, modificaciones que han afectado tanto al protocolo del paciente crónico complejo, como al protocolo del anciano. No obstante, no se ha desarrollado la parte de la propuesta relativa a la integración en HCE de herramientas de comunicación directas entre farmacéuticos y médicos de AP. En el curso de este proyecto se han detectado y comunicado algunas incidencias en el funcionamiento del programa informático.

Durante el último trimestre de 2018 se ha priorizado la participación del servicio de farmacia de AP como docente en el curso "ATENCIÓN AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO", organizado por el sector Zaragoza II, para dar respuesta a la necesidad formativa de los profesionales de AP, tanto de medicina y como de enfermería, para fomentar la implantación del programa de PCC en todos los EAP del sector. La sesión impartida en este curso muestra las pautas para realizar la valoración del tratamiento farmacológico en PCC, las herramientas de ayuda disponibles para esta revisión y la forma de registrar el resultado de esta valoración, a través de un ejemplo práctico tomado de uno de los pacientes revisados en este proyecto. Se han realizado 2 ediciones como se detalla más adelante.

Las actividades realizadas y su calendario se muestran a continuación:

1. Sesión de presentación de la actividad de revisión farmacoterapéutica por el farmacéutico de AP en 3 de los 4 EAP seleccionados:
Fuentes Norte: 31 Mayo 2018
Rebolera: 7 Junio 2018
Almozara: 20 Junio 2018
La sesión en el EAP San Pablo no ha podido realizarse en el periodo previsto por dificultades organizativas.

2. Participación como docente en el curso "ATENCIÓN AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO". El curso está acreditado por la CFC-Aragón con 0,7 créditos.
1ª edición (Z2-0568/2018): 17 octubre 2018
2ª edición (Z2-0719/2018): 8 noviembre 2018

3. Elaboración del sistema de registro de actividad del FAP, incluyendo el procedimiento de integración de la información clínica necesaria para hacer una completa revisión estructurada de la medicación proveniente de diferentes fuentes de información: DATA-Farmacia, Informe polimedcado, Receta electrónica y OMI.
Se registra para cada paciente revisado la siguiente información:

- Edad y sexo
- Número de principios activos antes y después de la revisión
- Principio Activo y Código ATC
- Tipo problema y tipo de recomendación
- Recomendación específica
- Número de recomendaciones enviadas y aceptadas

4. Entre mayo y noviembre de 2018 se ha realizado la revisión estructurada del tratamiento farmacológico de 5 pacientes: 4 pacientes priorizados según los criterios definidos en el proyecto (polimedcados (>75 años) con GMA (p>99) y en tratamiento con 15 o más fármacos) y en un caso la revisión fue solicitada por un médico de familia de los EAP seleccionados (el paciente reunía los criterios definidos salvo la edad).

5. Se ha comunicado el resultado de la valoración del tratamiento y las recomendaciones consideradas de interés para la mejora del plan terapéutico al médico de AP responsable del paciente mediante 3 entrevistas personales y 2 entrevistas telefónicas.

6. Únicamente en un paciente se han constatado los cambios realizados por el médico en receta electrónica así

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1326

1. TÍTULO

INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

como las anotaciones relevantes en el plan de intervención del programa PCC. No obstante, posteriormente ese plan de intervención ha dejado de ser visible en HCE (incidencia detectada y notificada a responsables del programa). En dos casos, correspondientes a una misma médico, se registró como apunte en OMI la entrevista mantenida con el servicio de farmacia sobre la valoración farmacoterapéutica de ambos pacientes pero no se elaboró plan de intervención (pacientes no incluidos en programa PCC) ni se llegaron a hacer los cambios en receta electrónica. Posteriormente las renovaciones de tratamiento se realizaron por otro profesional sustituto en periodo vacacional y más tarde los traslados impidieron continuar el seguimiento con el profesional inicial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se ha elaborado un sistema de registro de la actividad del FAP. A partir de esta primera experiencia de revisión de medicación se ha establecido una clasificación para los posibles tipos de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) detectados y tipos de Recomendaciones realizadas que se muestra a continuación.

Se clasifican los tipos de problemas en 5 categorías principales: INDICACION, MEDICAMENTO, EFECTIVIDAD, SEGURIDAD, ADHERENCIA.

Para cada tipo de PRM se identifican varios tipos de recomendación:

INDICACION:

Medicamento sin indicación
Ausencia Medicamento para indicación

MEDICAMENTO:

Revisar dosis (dosis alta / dosis baja / corregir posología e-Receta)
Ajustar dosis (I. Renal, I. Hepática)
Revisar duración tratamiento
Med. Potencialmente Inapropiado (MPI) según criterios STOPP

EFECTIVIDAD:

Selección inapropiada
Revisar objetivos terapéuticos

SEGURIDAD:

Duplicidad
Contraindicación
Interacción
Alergia
Monitorización
Valorar relación riesgo/beneficio: Precaución F.T. o Riesgo RAM (F.T. / Alerta AEMPS / Caídas / Prolongación QT / RAC / Cascada farmacológica)

ADHERENCIA:

Revisar adherencia

2. Se presenta a continuación el informe descriptivo de características de los pacientes, tipos de PRM detectados, y principales grupos terapéuticos implicados.

Se hace la revisión de 5 pacientes (3 hombres y 2 mujeres) con edad media de 81,4 años (rango 70 - 91) y tratados con 18,6 fármacos de media (rango 16 - 22). Se identifica una media de 8,4 PRM por paciente (rango 5 - 13).

El tipo de problema más frecuentemente identificado está relacionado con la seguridad (17; 40,5%), seguido de los problemas de indicación (11; 26,2%) y los problemas por medicamento inadecuado o pauta inadecuada (7; 16,7%). En menor medida se identifican problemas de efectividad (4; 9,5%) y de adherencia (3; 7,1%).

Con relación a la seguridad, las recomendaciones más frecuentes son:

- Valorar relación riesgo/beneficio: 9 recomendaciones relacionadas con reacciones adversas a medicamentos, incluyendo 1 cascada farmacológica, y precauciones presentes en ficha técnica. En la mayoría de las ocasiones se recomienda la retirada del fármaco. Los fármacos afectados son: CILOSTAZOL, BETAHISTINA, TRAZODONA, CARVEDILOL, NICARDIPINO, CINITAPRIDA, QUETIAPINA (2), SIMVASTATINA
- Interacciones: se detectan 4 posibles interacciones relevantes (GALANTAMINA- beta-bloqueante, DILTIAZEM-atorvastatina, OMEPRAZOL-cilostazol, ALOPURINOL-furosemida)
- Duplicidad: se detectan 2 casos de duplicidades (colirios antibióticos, vitamina D sola y en asociación con bifosfonato)
Además, se detecta 1 contraindicación y 1 necesidad de monitorización.

Con relación a la indicación, las recomendaciones más frecuentes son:

- Medicamento sin indicación: 10 recomendaciones en las que se aconseja la retirada (ALOPURINOL, CALCIFEDIOL, CALCIO CARBONATO+COLECALCIFEROL, CAPSAICINA, LIDOCAINA, CODEINA, PENTOXIFILINA), la retirada gradual (TAMSULOSINA, TRAZODONA) o valorar la necesidad de continuar el tratamiento (FUROSEMIDA)
- Ausencia de Medicamento para indicación: 1 recomendaciones (OMEPRAZOL)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1326

1. TÍTULO

INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Con relación al medicamento, los problemas más frecuentemente detectados son:

- Medicamento potencialmente inapropiado (criterios STOPP): 2 casos de tratamientos prolongados con benzodiazepinas (BROMAZEPAM, LORAZEPAM) en los que se recomienda valorar la retirada.
- Revisar dosis: 4 casos de dosis alta (ESOMEPRAZOL, OMEPRAZOL, PARACETAMOL, PRAVASTATINA) y un caso de error en posología de receta electrónica (VALPROICO)

Los problemas de efectividad detectados están relacionados con:

- Selección inapropiada: ATENOLOL en ICC, recomendando sustituir por beta-bloqueante de elección en ICC (bisoprolol, carvedilol, nebivolol) y OLMESARTAN en ICC, recomendando sustituir por IECA, de elección en ICC y en nefropatía diabética (Criterio START)
- Revisión de objetivos terapéuticos: uso de antidiabéticos orales (LINAGLIPTINA (2)) y excesivo grado de control glucémico, recomendando valorar su retirada (criterio LessChron).

Los problemas de adherencia están relacionados con la complejidad en la administración del tratamiento (INSULINA RAPIDA), con posibles efectos adversos (FENOFIBRATO) u otros (TIMOLOL EN ASOCIACION).

Los grupos terapéuticos, según la clasificación ATC, mayoritariamente implicados en los PRM detectados son:

- Grupo N (fármacos del sistema nervioso): 12 (28,6%)
- Grupo C (fármacos cardiovasculares): 11 (26,2%)
- Grupo A (fármacos del tracto alimentario y metabolismo): 9 (21,4%)

3. El tiempo estimado para la revisión de un paciente es de un mínimo de 5 días.

4. Nº PRM identificados por paciente: media de 8,2 PRM por paciente (rango 5 - 13).

5. Nº fármacos por paciente antes y después de la intervención

No valorable de forma global. Sólo en un paciente se han podido constatar cambios reales en el plan terapéutico del paciente realizados por el médico tras la valoración farmacoterapéutica realizada por el FAP, habiéndose retirado 2 medicamentos y pasando el número de fármacos de 16 a 14.

6. El porcentaje de recomendaciones aceptadas se estima sobre la valoración que el médico hace de las recomendaciones planteadas en la entrevista personal o conversación telefónica, ya que únicamente se han podido constatar cambios en el plan terapéutico del paciente en un caso y no en los otros por diferentes motivos. De esta forma, 18 de las 42 recomendaciones realizadas han sido valoradas positivamente por el médico, es decir, 42,9%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha realizado la revisión de un reducido número de pacientes. Como limitaciones para una mayor implementación del proyecto se identifican:

- Tiempo: consideramos que la principal limitación es el tiempo elevado que requiere la realización de una revisión estructurada y completa de la medicación de un paciente. Esta actividad se ha intentado compaginar con la actividad general del Farmacéutico de AP sin recursos personales adicionales. Tampoco se ha podido complementar la realización de la revisión de la medicación con la ayuda de alguna herramienta informática de apoyo como sería deseable, por ejemplo Checkthemeds.
- Vía de comunicación: No se dispone de una vía de comunicación directa en Historia Clínica con el médico de familia para el envío de informes/recomendaciones. En su defecto se ha realizado la comunicación con el médico vía telefónica o mediante entrevista personal. La interacción personal médico-farmacéutico es beneficiosa porque permite el intercambio de diversos puntos de vista pero, por otro lado, priva al proceso de mayor agilidad así como de un registro adecuado que permita conocer el proceso de revisión de la medicación realizado independientemente de cambios de profesionales que atienden al paciente. Por esto se considera fundamental la implementación de una vía de comunicación directa entre profesionales implicados en el proceso de revisión.
- Pacientes no incluidos en el programa PCC: Dado que la implantación del programa del PCC ha sido progresivo a lo largo del segundo semestre del año, no todos los pacientes en los que se ha revisado la medicación estaban todos incluidos en el programa y, por tanto, no se disponía de información integrada en HCE compartida. Esto ha dificultado el proceso de revisión. En el futuro se propone hacer la revisión sobre pacientes ya incluidos en el programa PCC, priorizando la solicitud realizadas por el médico responsable.
- Respecto a las recomendaciones realizadas se estima que sería bueno realizar una selección de aquellas con mayor riesgo de descompensación para el paciente o de efectos adversos con vista a mejorar su aceptabilidad.
- Una de las cuestiones que más ha llamado la atención es un caso de un paciente con tratamiento antiabético combinado con insulina rápida+antidiabético oral, con un control glucémico excesivo (HbA1c 6,5% y 5,9% en el año en curso) e ingresos en urgencias por hipoglucemia. Por ello, se ha iniciado una línea de investigación para estudiar el grado de control glucémico en pacientes ancianos (>75 años) y polimedicados (>6 fármacos) con alto grado de morbilidad (GMA p99) en tratamiento con 3 o más fármacos antidiabéticos.

Aunque el desarrollo de la experiencia ha sido limitado, se detecta la posibilidad de un impacto elevado en la mejora de la atención al paciente crónico complejo en lo relacionado con la seguridad y adecuación de la medicación. Para una mayor implementación de este nuevo servicio de actividad clínica y asistencial por parte del farmacéutico de AP se requeriría una mayor disponibilidad tanto de recursos humanos como de herramientas facilitadoras.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1326

1. TÍTULO

INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1326 ===== ***

Nº de registro: 1326

Título
INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Autores:
LABARTA MANCHO CARMEN, PINA GADEA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Crónico Complejo
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los aspectos clínicos con mayor repercusión para el manejo de los pacientes crónicos complejos es la valoración del tratamiento farmacológico. Recientemente se ha incorporado en el Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo (PCC) de Aragón la participación del farmacéutico de atención primaria (FAP) en el equipo multidisciplinar de atención primaria como apoyo para la realización de actividades de conciliación y revisión clínica de la medicación.

Esta colaboración del FAP supone una nueva actividad clínica y asistencial orientada a la optimización del tratamiento en PCC a través del apoyo a las decisiones clínicas concretas y al manejo individualizado de la terapia por parte de los pacientes, en consonancia con la cartera de servicios recientemente publicada por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP).

En Aragón, desde el año 2012 se viene impulsando por parte de los servicios de farmacia de AP el "Programa para la mejora de la seguridad de la farmacoterapia en pacientes ancianos y polimedificados" para sistematizar la revisión clínica de la medicación en el paciente anciano (>75 años) polimedicado (>5 fármacos). El nº de fármacos prescritos es el predictor más importante de iatrogenia y está relacionado con un aumento de reacciones adversas y una disminución de la adherencia. Dado que un alto porcentaje de los PCC son pacientes ancianos (88% de los PCC-p99 son >65 años) o está expuesto a polimedicación (60% de los PCC-p99 son >75 años y polimedificados) se estima que la aplicación de estos criterios y recomendaciones puede ser de utilidad en la valoración del tratamiento farmacológico de los PCC.

RESULTADOS ESPERADOS

Iniciar la implantación de un nuevo servicio de actividad clínica y asistencial por parte del farmacéutico de AP, consistente en la revisión farmacoterapéutica centrada en la persona para:

- identificar, resolver y prevenir problemas relacionados con los medicamentos (PRM)
- mejorar la adherencia a los tratamientos
- promover la utilización de medicamentos con mejor relación beneficio-riesgo

MÉTODO

- Presentación de la actividad de revisión farmacoterapéutica por el FAP a los Equipos de Atención Primaria (EAP) participantes en el proyecto: Almozara, San Pablo, Fuentes Norte y Rebojería

- Realizar una revisión del tratamiento farmacológico de los pacientes priorizados, valorando aspectos de indicación, efectividad, seguridad y adherencia. Se priorizarán:

- ancianos polimedificados (>75 años) estratificados como PCC según GMA (p>99) y en tratamiento con 15 o más fármacos

- a solicitud del médico de familia responsable del paciente

- Elaboración de un sistema de registro de actividad del FAP especificando:

- características demográficas y clínicas de los pacientes

- tipos y frecuencia de problemas relacionados con los medicamentos (PRM)

- grupos terapéuticos implicados en PRM

- aceptación o no de las recomendaciones

- Se enviará informe de la valoración del tratamiento al médico de AP por correo electrónico o contactará personal o telefónicamente.

- Si es necesario reforzar la adherencia o conocimientos del paciente sobre su tratamiento se enviará también

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1326

1. TÍTULO

INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

informe a enfermería de AP.

- El resultado de la valoración del tratamiento y recomendaciones aceptadas serán reflejadas en la historia clínica y en el plan de intervención por el médico o enfermera.

INDICADORES

- Sistema de registro de actividad del FAP elaborado. Objetivo: SI
- Elaboración de informe descriptivo de características de los pacientes, tipos de PRM detectados, y principales grupos terapéuticos implicados. Objetivo: SI
- Tiempo estimado para la revisión de un paciente
- N° PRM identificados por paciente
- N° fármacos por paciente antes y después de la intervención
- % Recomendaciones aceptadas
- % profesionales participantes (medicina y enfermería) que valoran positivamente el programa

DURACIÓN

- Mayo-Septiembre: Presentación de la actividad de revisión farmacoterapéutica por el FAP en los EAP participantes.

- Mayo-Junio: Definición del sistema de registro de actividad del FAP

- Junio-Diciembre: Realización de informes de valoración farmacoterapéutica

- Diciembre: elaboración del informe descriptivo de la actividad

OBSERVACIONES

Según la estratificación GMA 2017, realizada por la DGAS, en el sector Zaragoza II hay 2.355 pacientes en el percentil p99. Actualmente en el sector Zaragoza II hay una plantilla de 2 FAP. Dada la imposibilidad de extender la revisión farmacoterapéutica a todos los pacientes se han seleccionado 4 EAP con mayor implicación en el programa de PCC: Almozara, San Pablo, Fuentes Norte y Reboleña. Además, se consideran como criterios de priorización: GMA >p99, edad (>75 años) y polimedicación elevada (>15 fármacos). En los EAP seleccionados cumplen los criterios de inclusión 19, 14, 24 y 14 pacientes, respectivamente, 71 pacientes

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1318

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA BELEN PINA GADEA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA MANCHO CARMEN
LAIN MIRANDA MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una de las principales particularidades de los antibióticos es que, a diferencia de lo que ocurre con otros medicamentos su uso condicionará su eficacia en el futuro.

De hecho, la eficacia de los antibióticos más frecuentemente usados cada día está más en peligro debido al desarrollo de bacterias multirresistentes, por ejemplo, *Pseudomonas sp*, *E. Coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, que han desarrollado resistencias a antibióticos claves (quinolonas, cefalosporinas de 3ª generación, macrólidos...).

El desarrollo de resistencias bacterianas es un proceso evolutivo normal, pero en estos momentos está acelerado por la presión selectiva que ha ejercido el uso excesivo de antibióticos.

Por este motivo la gestión del uso de los antibióticos en un aspecto clave para frenar el desarrollo de resistencias bacterianas, priorizando sobre todo la de los antibióticos de espectro más amplio.

Para facilitar esta tarea, a nivel autonómico, desde el grupo IRASPROA Aragón durante el año 2019 se ha publicado la "Guía de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio" en la que se realizan recomendaciones de tratamiento antibiótico en los procesos infecciosos más comunes en AP, teniendo en cuenta el patrón epidemiológico local, así como recomendaciones de duración de tratamiento, tratando de acortar la duración de los mismos. Esta guía está disponible para su consulta a través de la web de Aragón y de la Intranet del Sector.

En aras a mejorar la gestión de los antibióticos en el Sector Zaragoza II, se analizó el consumo de antibióticos en el año 2018 en atención primaria, priorizando en el año 2019, la optimización del uso de antibióticos de amplio espectro, centrando especialmente los esfuerzos en la reducción de la prescripción de cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, ceftibuteno), y evitando su uso en aquellos casos en los que no estarían indicados.

Para lo cual se han desarrollado durante el año 2019 las siguientes actividades:

1. Sesiones formativas con responsables de antibióticos de los EAPs:

- Elaboración de las sesiones sobre infecciones urinarias en adultos y pediatría. El grupo PROA AP SECTOR II ha elaborado las recomendaciones de tratamiento antimicrobiano en infecciones urinarias de la guía IRASPROA, y como parte de la estrategia de difusión a toda la CCAA de Aragón, ha elaborado sendas sesiones clínicas locutadas, en formato de casos clínicos.

Estas sesiones se han distribuido en formato power point y video con los coordinadores PROA AP de todos los sectores de Aragón para la formación de los responsables de antibióticos de los EAPs.

- Desde el grupo PROA AP SECTOR II se han impartido 4 sesiones formativas:

-Dos relativas a las infecciones respiratorias (14/03/2019 y 11/06/2019). La primera de ellas dirigida a los responsables de antibióticos, sobre infecciones respiratorias en el adulto, y la segunda relativa a infecciones respiratorias pediátricas dirigidas a pediatras.

-Dos relativas a infecciones urinarias (08/05/2019 y 12/06/2019). La primera dirigida a responsables de antibióticos sobre infecciones urinarias en el adulto y la segunda dirigida a pediatras sobre infecciones urinarias pediátricas.

En estas sesiones se ha remarcado la importancia de una correcta anamnesis, diagnóstico diferencial, así como de utilización de aquellas técnicas de diagnóstico rápido de que se dispone para confirmar diagnósticos cuando sea posible.

Se ha transmitido información en que situaciones clínicas se debería tomar muestras para realizar un adecuado diagnóstico etiológico y cuando no se recomienda dicha toma de muestras.

Se ha recordado los agentes etiológicos más frecuentes en los diferentes procesos infecciosos, en qué situaciones se recomendaría iniciar tratamiento antibiótico empírico y el antibiótico más recomendado teniendo en cuenta los niveles de sensibilidad de estos gérmenes en nuestro ámbito sanitario, así como la duración del tratamiento y las alternativas en caso de pacientes alérgicos.

Se ha sensibilizado a los profesionales del EAP sobre la necesidad de ajustar el espectro antibiótico al germen más probable en la infección que se sospecha a través de sesiones formativas

Se ha reforzado y se ha trabajado la necesidad de consultar la guía IRASPROA de Recomendaciones de tratamiento antibiótico empírico en paciente ambulatorio.

2. Sesión informes de consumo de antibióticos en EAPs

El Servicio de Farmacia de AP ha realizado una sesión en cada EAP.

En esta sesión se ha presentado los informes de consumo de antibióticos obtenidos a partir de los datos de facturación de receta de Aragón y que se envían trimestralmente a todos los CIAS de medicina de familia y pediatría, así como los indicadores que en ellos se han monitorizado, explicando las claves para la interpretación de los mismos por cada profesional, ya que posibilitan la comparación de éstos con su equipo,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1318

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

sector y Aragón y en periodos interanuales.

En esta sesión, se ha transmitido la situación del equipo en relación a los distintos indicadores, comparándolo con la media del Sector y de Aragón haciendo especial refuerzo en la información del estado de los indicadores seleccionados en el proyecto asistencial del equipo, en el momento de llevar a cabo dicha sesión.

En esta sesión también se ha proporcionado información a cada EAP de los indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados en él, y se han mostrado las herramientas disponibles para revisar casos clínicos, ya sea a través del cuadro de mando de mandos de farmacia, que permite revisar a cada profesional el listado de pacientes a los que se les ha prescrito una cefalosporina de 3ª generación y el diagnóstico asociado, o bien desde el listado enviado a cada CIAS por el Servicio de Farmacia de AP, de pacientes tratados en el último año con amoxicilina-clavulánico / quinolonas / macrólidos así como del diagnóstico asociado a éste.

3. Análisis del consumo de cefalosporinas de tercera generación

Se ha analizado el consumo de cefalosporinas de 3ª generación tanto en el ámbito de Atención Primaria del Sector como desde el Servicio de Urgencias del HUMS tanto en 2018 como en 2019.

En este análisis sólo se han tenido en cuenta las prescripciones de cefalosporinas de 3º gen de administración oral: cefixima, cefditoreno y ceftibuteno.

Se han analizado también los diagnósticos asociados a dichas prescripciones tanto en el ámbito de primaria como de urgencias hospitalarias y se han puesto en común con dicho Servicio para su valoración.

Se presentaron dichos resultados en la Comisión de Infecciones del Sector.

4. Análisis del consumo global de antibióticos en AP del Sector. Año 2018

-En febrero de 2019 a partir de los datos de facturación de receta oficial (Farmasalud) así como de la base de datos que contiene los datos de prescripción, se ha realizado un análisis de la situación de partida de cada equipo de atención primaria (EAP), valorando dos tipos de indicadores:

Indicadores de uso de antibióticos:

-DHD MEDICINA DE FAMILIA

-DDD espectro reducido /total DDDs J01

-Envases amoxicilina /total envases amoxicilina+amoxi-clav

-Envases macrólidos /total envases J01

-DDD fluorquinolonas /total DDDs J01

-DDD cefas 3 /total DDDs J01

Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:

-% uso de cefalosporinas 3ª generación/macrólidos/quinolonas/amoxicilina-clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias

-% uso de cefalosporinas 3ª generación/macrólidos/quinolonas/amoxicilina-clavulánico en procesos infecciosos de vías urinarias

A partir de este análisis se ha priorizado áreas de mejora en cada EAP y se ha informado de ello al responsable de antibióticos, para que coordinadamente con el Servicio de Farmacia se planteasen los correspondientes proyectos asistenciales en dichos equipos.

-Además se ha elaborado un informe de consumo de antimicrobianos en el Sector Zaragoza II a partir de la información de recetas facturadas con cargo al Sistema Nacional de Salud durante el año 2018.

Este análisis se ha realizado, tanto a nivel de principio activo como de subgrupo terapéutico. También se ha analizado la evolución del consumo (DHD) en medicina de familia y en pediatría, así como en atención especializada (recetas prescritas desde este ámbito).

5. Analizar el impacto de las medidas aplicadas en cada EAP en diciembre de 2019

A partir de los datos de receta electrónica, a través del DATA de farmacia, desde el Servicio de Farmacia de AP se ha proporcionado información a los EAPS acerca del porcentaje de uso de cefalosporinas 3ª gen/ macrólidos/ quinolonas/ amoxicilina-clavulánico en procesos infecciosos de vías respiratorias y procesos infecciosos de vías urinarias, en función del proyecto seleccionado, para su seguimiento y para la elaboración de sus correspondientes memorias.

También se ha proporcionado información de los indicadores de consumo de antibióticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Sesiones relacionadas con el uso de antibióticos

Se han realizado 2 sesiones relativas a infecciones respiratorias (adultos y pediatría) y otras 2 sesiones relativas a infecciones urinarias (adultos y pediatría). En ambas sesiones la asistencia ha sido superior al 70% de los profesionales convocados.

Como resultado de estas actividades formativas se ha logrado sensibilizar a los miembros del EAP de la necesidad de ajustar el espectro de los antibióticos a prescribir al germen más probable en los procesos infecciosos que se sospecha, pudiendo limitar la prescripción de cefalosporinas de 3ª generación, macrólidos y amoxicilina-clavulánico, quinolonas.

El resultado de estas actividades formativas se ha reflejado en los indicadores que se han monitorizado durante este año.

2. Sesiones de difusión e interpretación de informes de consumo farmacéutico.

Se han impartido 21 sesiones, una en cada EAP del sector Zaragoza II, de las que se dispone del registro de firmas.

ALMOZARA 19/11/2019

CAMPO DE BELCHITE 14/10/2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1318

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

CASABLANCA	17/07/2019
FDO. EL CATOLICO	10/09/2019
FUENTES DE EBRO	08/10/2019
FUENTES NORTE	22/07/2019
PARQUE ROMA	13/11/2019
PTA. DEL CARMEN	24/09/2019
REBOLERIA	10/07/2019
SAGASTA-MIRAFLORES	27/06/2019
SAGASTA-RUISEÑORES	27/06/2019
SAN JOSE CENTRO	20/06/2019
SAN JOSE NORTE	20/06/2019
SAN JOSE SUR	19/09/2019
SAN PABLO	26/09/2019
SASTAGO	21/10/2019
SEMINARIO	18/09/2019
TORRE RAMONA	12/09/2019
TORRERO	15/05/2019
VALDESPARTERA	26/06/2019
VENECIA	19/09/2019

3. % de EAPs en los que se ha realizado el análisis de utilización de cefalosporinas 3ª generación. Todos los profesionales de todos los EAPs han tenido acceso a los datos de prescripción de cefalosporinas 3ª gen a través del Cuadro de Mandos de Farmacia, y desde el Servicio de Farmacia, se ha informado y formado a éstos para utilizar esta herramienta que ha permitido revisar las prescripciones ya realizadas y el diagnóstico asociado a ello, para modificar pautas de prescripción futuras. Además, en 13 de los 21 EAPs del Sector se seleccionó este indicador como objetivo en sus proyectos asistenciales, por lo que en ellos se ha trabajado más en profundidad a través de sesiones clínicas monográficas sobre casos clínicos en los que se habían prescrito cefalosporinas de 3ª generación. En diciembre de 2019, de los 13 EAPs, uno de ellos ha logrado el objetivo preestablecido en su proyecto, 8 EAPs lo han mejorado significativamente y 3 han mantenido el mismo valor y uno lo ha aumentado.

4. Realización del informe de consumo global de antibióticos del Sector. Se elaboró un informe que se presentó en la Comisión de Infecciones y se transmitió a todos los miembros del grupo PROA AP del Sector Zaragoza II. Además, este informe está disponible para su consulta en la Intranet del Sector, en el apartado PROA.

5. Indicadores de consumo de antibióticos. Previamente a exponer los resultados es necesario hacer alguna consideración sobre el cálculo y diseño de los indicadores: En diciembre de 2018, la OMS modificó la DDD de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, pasando de 1000 mg a 1500 mg, y por ello se recalcularon de nuevo todos los indicadores en fecha posterior a la presentación de nuestro proyecto, por lo que el valor inicial de 2018 que aquí se indica, no coincide con el presentado en esta memoria. En este momento se indican valores iniciales para 2018 y valores alcanzados en 2019 según los valores recalculados con las nuevas DDD.

En cuanto a resultados:

o Es destacable que en el Sector se ha reducido el consumo global de antibióticos, de tal modo que la DHD (dosis mil habitante día) del periodo enero-diciembre 2019 ha resultado ser de 11,10, lo que ha supuesto una reducción del 9% respecto a 2018 (DHD enero-diciembre: 12,21).

o En nuestro Sector para el año 2019 habíamos priorizado reducir el consumo de cefalosporinas 3ª generación en 13 EAPs, macrólidos en 4 EAPs, quinolonas y amoxicilina-clavulánico, en un equipo cada uno. En global en el sector se priorizó reducir el indicador % DDDs de cefalosporinas tercera generación/total DDDs antibióticos, cuyo valor en diciembre 2018 era de 3,2%, mientras que en diciembre 2019 se ha reducido a 3,0%.

El resto de indicadores que también se han monitorizado, y que también han mostrado una notable mejoría han sido:

- % envases amoxicilina/total envases amoxicilina-clavulánico: Diciembre 2018: 57,05%; Diciembre 2019: 63%
- % envases macrólidos/total envases antibióticos: Diciembre 2018: 21,0%; Diciembre 2019: 19,3%
- % DDDs quinolonas/total DDDs antibióticos: Diciembre 2018: 11,8%; Diciembre 2019: 8,9%

El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje, porcentaje que se calcula sobre el total de antibióticos prescritos, de tal modo que, al reducir el consumo global de antibióticos (total DDDs y total envases), es decir el denominador y a pesar de que el numerador se reduce, tendría que reducirse en mayor medida, para que ese porcentaje disminuyera de forma significativa. Por ello, aunque el descenso no es tan significativo y no se alcanza el objetivo marcado se considera que la evolución es positiva.

6. Indicadores de adecuación del uso de antibióticos seleccionados. Es necesario hacer las siguientes consideraciones sobre el cálculo y diseño de los indicadores: El objetivo marcado en el proyecto asistencial se estableció de nuevo, no en forma de valor absoluto, sino que se expresó en porcentaje de número de prescripciones asociadas a diagnósticos respiratorios o urinarios, porcentaje que se calcula sobre el total de prescripciones. Se ha observado un descenso generalizado en el número de estas prescripciones, de tal modo que, dado que el denominador se reduce, el descenso en el numerador no es suficiente en algunos casos para que ese porcentaje disminuya. Por este motivo podríamos considerar positivo un descenso, en términos absolutos, del número de prescripciones en ambos diagnósticos, confirmando que en el sector Zaragoza II se ha trabajado en la línea del objetivo marcado ya que se ha logrado reducir el número de prescripciones de cefalosporinas 3ª gen/macrólidos/quinolonas/amoxicilina clavulánico de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1318

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

forma considerable.

Los resultados ha sido los siguientes:

- En el Sector Zaragoza II, considerando el objetivo marcado de reducción del % de uso de cefalosporinas 3ª gen, se ha reducido el número de prescripciones en un 14,66% en total.
 - En procesos infecciosos de vías respiratorias, también se ha reducido la prescripción en un 41,68%, ya que se ha pasado de 2665 prescripciones (58,65 %) en 2018, a 1881 prescripciones (47,46 %) en 2019.
 - En procesos infecciosos de vías urinarias, el porcentaje de reducción ha sido menor, del 2,96%, pasando de 1010 prescripciones (22,23%) en 2018, a 981 prescripciones (24,75%) en 2019.
- Por tanto, ha habido una reducción importante en el uso de cefalosporinas de 3ª generación en estos procesos, fruto de la formación recibida a lo largo de las sesiones impartidas en el centro. Todo ello se ha traducido en una mejora de la adecuación del uso de los antibióticos adaptando la selección de estos a los grupos de antibióticos priorizados en la guía IRASPROA, que, en la mayor parte de procesos infecciosos, son antibióticos de espectro reducido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia propuesta en este proyecto, de formación y retroalimentación a cada profesional del Sector con los datos de utilización de antibióticos, y de revisión de pacientes tratados con determinados grupos de antibióticos, ha sido efectiva y ha permitido modificar pautas de prescripción y adecuarlas a las recomendaciones de la guía IRASPROA.

Del análisis de consumo, también se ha evidenciado la necesidad de coordinar esfuerzos con el Servicio de Urgencias del Hospital con objeto de unificar criterios de utilización de antibióticos en ambos ámbitos asistenciales.

Por tanto, la estrategia planteada en este proyecto, se puede continuar aplicando a la revisión de la prescripción de otros grupos de antibióticos de amplio espectro, con el objetivo de reducir su consumo y contribuir de este modo a la contención del desarrollo de resistencias bacterianas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1318 ===== ***

Nº de registro: 1318

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
PINA GADEA MARIA BELEN, LABARTA MANCHO CARMEN, LAIN MIRANDA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento progresivo de las resistencias a los antibióticos (ATB), junto a la escasez de alternativas terapéuticas por la falta de aparición de nuevos ATB, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema se ve agravado en países como España donde las tasas de resistencias son muy superiores a las existentes en otros países de nuestro alrededor.

La OMS ha publicado la 20ª edición de su listado de medicamentos esenciales donde los ATB aparecen agrupados en 3 categorías: uso prioritario, supervisados y reservados. Los antibióticos categorizados como supervisados son aquellos que la OMS considera que debería limitarse y controlarse su uso porque se asocian a mayor desarrollo de resistencias, entre estos antibióticos se encuentran las quinolonas (levofloxacino, moxifloxacino y ciprofloxacino), las cefalosporinas de tercera generación (cefixima, cefditoreno, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno y ceftriaxona) así como los macrólidos (azitromicina, claritromicina, eritromicina, josamicina, miocamicina y roxitricina).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1318

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

Tras el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos de 2018 en Atención Primaria (AP) del Sector Zaragoza II se ha considerado una oportunidad de mejora trabajar la adecuación de la prescripción de antibióticos de amplio espectro. En el Sector Zaragoza II el %DDD de cefalosporinas de tercera generación respecto al total de DDDs de antibióticos es superior a la media de Aragón (Zaragoza II: 2,8%; Aragón 2,1%). Por ello, se ha priorizado la revisión del uso de cefalosporinas de tercera generación en infecciones respiratorias y urinarias según las recomendaciones de la Guía de Tratamiento Antibiótico Empírico de Aragón-IRASPROA.

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar a los profesionales de AP del Sector del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos de amplio espectro deben reservarse a aquellas indicaciones en las que sean de primera elección.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre el tratamiento antibiótico empírico en infecciones del tracto respiratorio y del tracto urinario.
- Optimizar la utilización de cefalosporinas de tercera generación

MÉTODO

1. Realización al menos dos sesiones formativas con los responsables de antibióticos de los equipos de Atención Primaria del Sector, relacionadas una de ellas con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
2. Reforzar formación de los profesionales sanitarios, mediante la realización de una sesión formativa en cada equipo para difundir y facilitar la comprensión de los informes de consumo de antibióticos.
3. Extracción y análisis de los datos acerca de los pacientes tratados en 2018 con cefalosporinas de tercera generación
4. Analizar el consumo global de antibióticos en AP del Sector en el año 2018.
5. Analizar el impacto de las medidas aplicadas en cada equipo en diciembre de 2019.

INDICADORES

- Número de sesiones relacionadas con uso de antibióticos en infecciones respiratorias e infecciones del tracto urinario con los responsables de antibióticos de los equipos.
 - o Estándar: 2 sesiones con una asistencia del 70%.
- Número de sesiones de difusión e interpretación de los informes de consumo de antibióticos en los EAPs del Sector.
 - o Estándar: 17-21 sesiones
- % de EAP en los que se ha realizado el análisis de utilización de cefalosporinas de tercera generación.
 - o Estándar: 100%
- Realización del informe de consumo global de antibióticos del Sector.
 - o Estándar: SI
- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
 - Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): $\text{DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD)} / \text{DDD antibióticos (J01)} \times 100$
Valor 2018: 2,8%
Objetivo 2019: =2,5%
 - Indicadores de adecuación de uso de antibióticos seleccionados:
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías respiratorias
Valor 2018: 56,65 %
Objetivo 2019: disminuir 10%
 - o % de uso de cefalosporinas de 3ª generación en procesos infecciosos de vías urinarias
Valor 2018: 22,23 %
Objetivo 2019: disminuir 10%

DURACIÓN

- Febrero:
 - Análisis de la situación de partida acerca de la utilización de cefalosporinas de tercera generación en el Sector Zaragoza II y comunicación de los resultados a los responsables de antibióticos de los EAPs
 - Analizar el consumo de antibióticos en el Sector en el año 2018
- Marzo-Octubre:
 - Difusión de las guías de tratamiento antibiótico empírico
 - Realización de dos sesiones, una de ellas relacionada con las infecciones del tracto respiratorio y otra con las infecciones del tracto urinario.
 - Realización de una sesión para difundir y facilitar la comprensión de los informes de consumo farmacéutico.
- Marzo-Diciembre: Apoyo en la formación y en la obtención de toda aquella información solicitada por los EAPs

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1318

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LOS EAP DEL SECTOR ZARAGOZA II

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1591

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE PARTES DE VARIACION (AP6) ENVIADOS A LA DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE MARTINEZ DEL AMO
· Profesión INFORMatico/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ SORIA OSCAR
MONCADA PEREZ ANA PILAR
NOSTI ESCANILLA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado un script para windows que permite la impresion de los documentos PDF de los AP6, de forma automatizada.
Se ha instalado y configurado en el ordenador de la persona responsable de los AP6 del sector II, configurandose en la impresora indicada.
Ha habido reunion con el jefe del servicio de clientes y el de informática para planificar las acciones.
Se ha procedido a enseñar al usuario el manejo del script.
Se ha realizado una copia de seguridad de todo el trabajo realizado con los partes de variación, sistematizándola y organizándola.
Finalmente se ha recopilado los resultados y consultado la experiencia del script con el usuario.
Aparte del script se ha elaborado una guia de uso y documentado toda la elaboración e instalación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El script retrasó su puesta en marcha un mes, hasta el 5 de octubre de 2017 por imposibilidad de formar a la persona antes de esa fecha, por diferencias de fechas de vacaciones.
Desde la instalación ese día se ha utilizado el script en su totalidad, no se ha vuelto a usar el sistema manual.
Se han realizado 4762 impresiones de AP6 en 335 impresiones, lo que representa un ahorro de tiempo considerable de la persona encargada del trabajo, así como ahorra la revisión manual que se hacía antes al quedar todo contado y registrado, evistando la pérdida de documentación sensible y todo lo que conlleva.
respecto a los indicadores de evaluación y seguimiento:
- Script elaborado: SI
- Documentos tratados 4762, llegando al 100% desde el día de implantación.
- Usos totales de la aplicación 335
El resultado ha sido superior a lo esperado, ya que al ahorrar tanto tiempo de trabajo y verificación ha pasado a ser el único método utilizado.
Los datos los ha proporcionado el usuario y el propio script que registra todo el trabajo realizado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El script ha respondido bien a las necesidades del puesto de trabajo de tal forma que ahora es el único método utilizado.
Se puede replicar a otros puestos de gestión administrativa que tengan un gran volumen de trabajo con la gestión de documentación con pequeñas adaptaciones.
El proyecto no necesita coste adicional para su continuidad y se sigue utilizando actualmente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1591 ===== ***

Nº de registro: 1591

Título
MEJORA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE PARTES DE VARIACION (AP6) ENVIADOS A LA DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARTINEZ DEL AMO FRANCISCO JOSE, SANCHEZ SORIA OSCAR, MONCADA PEREZ ANA PILAR, NOSTI ESCANILLA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1591

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE PARTES DE VARIACION (AP6) ENVIADOS A LA DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Continuación del área de mejora del acuerdo de gestión del servicio, en la que se parametriza y configuran los equipos multifunción de los centros para el envío de los partes de variación y otras documentaciones. Para realizar el tratamiento automatizado y por lotes del proceso posterior a la recepción, disminuyendo el tiempo empleado en la gestión individualizada de cada uno, y generando un registro informático con los datos de su tratamiento que evite pérdidas de documentación y permita seguir la trazabilidad de cada parte de variación. Actualmente, tras recibir por correo electrónico los partes de variación, se descargan e imprimen uno a uno, para su posterior introducción en el sistema informático correspondiente. En periodos de tiempo concretos, el volumen de documentación recibida es muy elevado y su realización manual es lenta y dificultosa.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la recepción, impresión y archivo de los partes de variación de forma que sea automatizado y por lotes, que se pueda realizar por más de un documento cada vez y evitando la pérdida de documentación. Generación de registros o huellas de cada operación realizada, asegurando la fecha y hora del tratamiento, así como una copia de los documentos.
Facilitar el trabajo administrativo realizado en otros servicios de la dirección de atención primaria del sector II.

MÉTODO
Instalación y configuración de un software que permita la impresión de documentos PDF, en la impresora a elegir, desde línea de comandos y por lotes.
Creación de un Script para Windows que gestione por el usuario la impresión de los documentos, su archivo por fechas y la realización de un registro de los documentos, que incluya nombre fecha y hora de cada intervención.
Fase de implantación en el servicio.
Análisis de resultados.

INDICADORES
Script elaborado, SI/NO
Número de documentos tratados por el nuevo sistema respecto del total, siendo un mínimo del 60% a partir de la fase de implantación.
Número total de usos de la aplicación

DURACIÓN
Creación del Script, Junio-Julio 2017
Instalación y fase de implantación, Agosto 2017.
Seguimiento Septiembre -Diciembre 2017.
Evaluación, enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0581

1. TÍTULO

REACONDICIONAMIENTO DE LA PLACA FORMATTER EN IMPRESORAS MODELO HP LASERJET P2015 QUE HAN SIDO DECLARADAS IRREPARABLES POR FALTA DE REPUESTOS DEL FABRICANTE

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE JESUS NOSTI ESCANILLA
· Profesión TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONCADA PEREZ ANA
SANCHEZ SORIA OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 se ha respondido a las averías de las impresoras modelos HP LaserJet P2015 / P2015d que han sido declaradas irreparables por parte de los Servicios Técnicos contratados por el SALUD, de dos formas:

- 1.- Sustituyendo las impresoras averiadas por impresoras de repuesto del mismo modelo.
 - 2.- Sustituyendo solo la placa formatter, que es la responsable de la mayoría de las averías, por una placa de repuesto, que hemos obtenido reacondicionando placas averiadas.
- Las placas averiadas se han reacondicionado aplicándoles calor mediante una pistola de aire caliente, con el fin de volver a soldar puntos de soldadura que pudieran estar degradados. Hemos podido identificar en las placas los puntos de soldadura que son mayormente responsables de las averías, por lo que nos hemos centrado en un tratamiento localizado de las soldaduras.
Para agilizar el tratamiento de las averías, hemos preparado un stock de placas de repuesto disponible en nuestra oficina, lo que ha minimizado el tiempo de parada en las consultas afectas por este tipo de averías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez analizados los resultados del trabajo que hemos desarrollado a lo largo del 2018, hemos podido recuperar aproximadamente el 90% de las placas formatter averiadas utilizando las técnicas anteriores (re-soldadura). De un total de 36 impresoras del modelo anterior que han sido declaradas irreparables el 2018 por parte de los Servicios Técnicos contratados, mayormente instaladas en consultas de Centros de Salud y Consultorios, hemos recuperado 16 con la sustitución completa de la impresora (44% de las averías) y 20 sustituyendo la placa formatter averiada por otra de repuesto que hemos reacondicionado (56% de las averías). Esta línea de trabajo nos ha permitido mantener operativas las consultas en los Centros de Salud y Consultorios de Atención Primaria del Sector II afectadas por esta avería, minimizando los tiempos de tratamiento de la misma, al disponer de un stock de placas averiadas en nuestra oficina.
Debido a que el SALUD ya ha comenzado a renovar las impresoras en las Unidades Asistenciales de forma sistematizada, y que disponemos de repuestos, consideramos que ya no es necesario prorrogar esta línea de trabajo por más tiempo, si bien ha sido de extrema utilidad durante el tiempo que ha durado la emergencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos observado que la mayoría de las impresoras que habían sido declaradas irreparables, no presentaban un desgaste tan manifiesto que impidiera seguir utilizándolas si se hubiera dispuesto de repuestos. Debido a que se ha extendido demasiado su vida operativa, por falta de un plan general de renovación programada de estos dispositivos, hemos llegado a un punto en el que ya no se dispone de repuestos por parte del fabricante.

Por esta razón consideramos que es de la mayor importancia planificar tanto las compras de estos dispositivos, como la política de repuestos, sobre todo si tenemos en cuenta que es difícil disponer de recursos financieros para realizar compras masivas de nuevas impresoras.

Sin embargo, en ausencia de repuestos por parte del fabricante y con un gran número de estas impresoras todavía en operación, aún resulta posible extender su vida operativa si se dispone de un taller especializado en el mantenimiento de este tipo de dispositivos, con relativamente pocos recursos.

A nivel general, deberíamos ir preparando estrategias para afrontar problemas de este tipo, que en cierta forma son de "obsolescencia programada", y que pueden afectar seriamente al funcionamiento de los Servicios Públicos, cada vez más dependientes de las Tecnologías de la Información y de los dispositivos electrónicos en los que se apoyan.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/581 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0581

1. TÍTULO

REACONDICIONAMIENTO DE LA PLACA FORMATTER EN IMPRESORAS MODELO HP LASERJET P2015 QUE HAN SIDO DECLARADAS IRREPARABLES POR FALTA DE REPUESTOS DEL FABRICANTE

Nº de registro: 0581

Título
REACONDICIONAMIENTO DE LA PLACA FORMATTER EN IMPRESORAS MODELO HP LASERJET P2015 QUE HAN SIDO DECLARADAS IRREPARABLES POR FALTA DE REPUESTOS DEL FABRICANTE

Autores:
NOSTI ESCANILLA JESUS, MONCADA PEREZ ANA, SANCHEZ SORIA OSCAR

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente los Servicios Técnicos de soporte a la microinformática contratados centralmente por el SALUD (SSTT), están declarando como irreparables impresoras modelo HP LaserJet P2015, debido principalmente al fallo de la placa formatter (la interfaz de comunicación entre la impresora y el PC; un circuito electrónico que se encarga de gestionar y de interpretar la información enviada desde el ordenador a la impresora). Debido a la antigüedad de este modelo ya no es posible disponer de repuestos por parte del fabricante, por lo que los SSTT ya no pueden arreglarlas. Por otra parte, hemos observado que la mayor parte de las impresoras de este modelo que han sido declaradas irreparables, se encuentran en buenas condiciones por lo que respecta a su mecánica, lo que sugiere que podríamos seguir manteniéndolas en operación un cierto tiempo si resolvemos el problema de las formatter. En AP del Sector II, este tipo de impresoras está instalado principalmente en los puestos informáticos de las consultas de las Unidades Asistenciales. Si una de estas impresoras se avería, la afección a la actividad asistencial es grave, pues no es posible imprimir los listados que se generan desde los SIM sanitarios como son las aplicaciones OMIap y Receta Electrónica. Para hacernos una idea de la magnitud del problema, en AP del Sector II tenemos actualmente 258 impresoras del modelo HP LaserJet P2015 en operación. Hasta que se articule un proyecto institucional que permita renovar la totalidad de estas impresoras, es del mayor interés establecer un procedimiento que nos permita mantenerlas en operación, reacondicionando las placas formatter que se averíen. El presente proyecto pretende desarrollar una línea de trabajo que nos permita reparar las impresoras HP modelo P2015 cuya formatter ha dejado de funcionar, para mantenerlas en uso hasta que se sustituyan por completo a través del correspondiente Proyecto de Renovación Tecnológica (PRT).

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es reacondicionar, utilizando técnicas de rework (re-soldadura), el mayor número posible de placas formatter averiadas, para disponer de repuestos de este componente de las impresoras HP LaserJet P2015. Esto nos permitiría mantener en operación las consultas de Atención Primaria en las que se haya averiado una impresora de este tipo.

MÉTODO

Se propone el siguiente procedimiento operativo:
- Una vez que los Servicios Técnicos contratados (CAU) hayan declarado una impresora modelo HP LaserJet P2015 como irreparable por avería en la formatter, se les solicitaría a través de un Parte de Intervención, cursado por correo electrónico, que recojan una formatter reacondicionada en Informática de AP del Sector II para sustituir la averiada.
- También se les solicitaría a los SSTT que entregaran la placa averiada en Informática de AP.
- Los informáticos de AP repararían posteriormente la formatter averiada, utilizando técnicas de rework (re-soldadura), sirviéndose de una pistola de calor para re-soldar los contactos averiados en dicha placa. Esta técnica ya se ha utilizado con éxito en varias ocasiones.
- En Informática de AP se comprobaría el buen funcionamiento de la formatter reacondicionada instalándola en una impresora de pruebas, emitiendo una serie de listados.
- La formatter reacondicionada, se empaquetaría en una bolsa de plástico anti-estática, que se guardaría en un sobre acolchado, quedando lista para su uso en una próxima avería.

INDICADORES

IND_1=(Nº formatter reacondicionadas/Nº formatter averiadas)x100
Este porcentaje nos permitirá hacer un seguimiento de las operaciones destinadas a recuperar este tipo de placas. Consideraríamos una buena marcha del proyecto si esta cifra se mantiene en torno al 60%.
Un segundo indicador nos permitirá valorar el impacto que tiene la avería de las formatter, frente a todas las averías que experimentan este tipo de impresoras:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0581

1. TÍTULO

REACONDICIONAMIENTO DE LA PLACA FORMATTER EN IMPRESORAS MODELO HP LASERJET P2015 QUE HAN SIDO DECLARADAS IRREPARABLES POR FALTA DE REPUESTOS DEL FABRICANTE

IND_2=(Nº total de impresoras HP LaserJet P2015 averiadas por fallo de la formatter/Nº total de impresoras HP LaserJet P2015 averiadas por cualquier motivo)x100
Ambos se calcularían con una frecuencia cuatrimestral.

DURACIÓN

Este proyecto debería prolongarse hasta que se hayan renovado la totalidad de estas impresoras, o bien, hasta que los SSCC del SALUD hayan articulado un procedimiento para sustituir las impresoras averiadas.
- Fecha de inicio del proyecto: En el momento en el que se disponga de las herramientas/material necesarios para llevarlo adelante (ver recursos necesarios).
- Fecha de finalización: Se mantendría hasta que se articule un Proyecto de Renovación Tecnológica de impresoras que permita sustituirlas por completo o al menos conforme se averíen.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1424

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ELENA LAIN MIRANDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONCADA PEREZ ANA PILAR
SANCHEZ SORIA OSCAR
MORO LARA JAVIER
ABRIL ZAERA MARIA PILAR
PINA GADEA MARIA BELEN
GOMEZ JULIAN CRISTINA
AZNAR CARBONELL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-En Mayo 2019 se presentó el proyecto de mejora a la Dirección y se realizó la reunión inicial con los participantes del proyecto para priorizar las principales áreas a desarrollar en la intranet el apartado de AP y asignación de responsables en cada área priorizada:
Se priorizaron las siguientes áreas y responsables:

Información general: Pilar Abril y Javier Moro
Formación: Pilar Abril
Calidad: Elena Laín
Farmacia: Belén Pina
Vacunas: Elena Laín
Estrategias: Ángel Aznar y Cristina Gómez
Seguridad del paciente: Elena Laín

-De junio 2019 a Enero 2020 el responsable de cada área realizó búsqueda de la información necesaria para actualización de la misma y en el caso de áreas de nueva creación la información para el desarrollado del contenido de la misma.

-En Junio 2019 tuvo lugar una reunión de seguimiento de los participantes del proyecto: Se le comunicó a Ana Moncada (servicio de informativa) las posibles modificaciones y Ana Moncada explico al resto de participantes las características técnicas de la intranet del sector en relación a este proyecto. Se acordó priorizar en primer lugar realizar enlaces a páginas oficiales y en segundo lugar adjuntar PDF

-En Junio 2019 tuvo lugar una reunión de seguimiento de los participantes del proyecto: Se le comunicó a Ana Moncada (servicio de informativa) las posibles modificaciones y Ana Moncada explico al resto de participantes las características técnicas de la intranet del sector en relación a este proyecto. Se acordó priorizar en primer lugar realizar enlaces a páginas oficiales y en segundo lugar adjuntar PDF

-En noviembre tuvo lugar una segunda reunión para la puesta en común del trabajo realizado hasta ese momento

-De septiembre 2019 a enero 2020: Ana Moncada ha realizado la actualización del apartado de AP de la intranet del Sector 2 con todas los link y documentos priorizados por el grupo de mejora:
Se han creado los epígrafes de Información general, formación, vacunas, estrategias y seguridad del paciente.
Se han actualizado los contenidos en calidad y farmacia
Se ha suprimido el epígrafe documentos

-La presentación a los EAP del Sector de la información finalmente disponible en el apartado de AP de la intranet está prevista realizarse incluyéndola en uno de los temas a tratar en la reunión de la Dirección con los EAP en Febrero

Enero 2020: Reunión final para la evaluación de resultados y conclusiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han actualizado/ creado todas las áreas priorizadas: No obstante, considerado son desarrollada totalmente el apartado de Formación, ya que sólo ha podido incluir de documento de información de las acciones formativas previstas para el 2020, estando pendiente de añadir el calendario de realización debido que se está pendiente de la disponibilidad de financiación.
Por lo tanto, se ha desarrollado el de 87% de áreas desarrolladas del total de las áreas priorizadas, superando así el estándar marcado de 75%

El % de cursos con información en la apartado de Formación (Título del curso y personal al que va dirigido) del total de cursos previstos en el plan de formación es del 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1424

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

% de equipos a los que se le ha comunicado la mejora en el acceso a la información: Durante estos meses se ha comunicado cuando los profesionales realizaban diferentes consultas al servicio de clientes, al servicio de Farmacia y al Técnico de salud, pero no se ha cuantificado
A la fecha de realización de esta memoria está pendiente de realizar una reunión en Febrero con los equipos en donde se espera presentar al 100% de los EAPs

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora considera que las actividades realizadas han logrado el objetivo principal de revisar y actualizar los contenidos de la intranet de AP, aunque ha quedado pendiente de desarrollar totalmente el apartado de Formación.

Conclusiones:

Consideramos que es necesario seguir actualizando de manera periódica los contenidos y de esta forma se potenciará su consulta y facilitará el trabajo de los profesionales de AP.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1424 ===== ***

Nº de registro: 1424

Título

MEJORA EN EL ACCESO A LA INFORMACION DESTINADA A LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:

LAIN MIRANDA ELENA, MONCADA PEREZ ANA PILAR, SANCHEZ SORIA OSCAR, MORO LARA JAVIER, ABRIL ZAERA MARIA PILAR, PINA GADEA MARIA BELEN, GOMEZ JULIAN CRISTINA, AZNAR CARBONELL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

En la intranet del Sector, en el apartado apoyo a la Asistencia hay un subapartado para AP. Éste esta escasamente desarrollado y actualizado. Por otra parte, los profesionales de AP solicitan a menudo información a la Unidad de Clientes, a Farmacia de AP y al Técnico de Salud. Frecuentemente la información requerida esta disponible en la Intranet del Sector, pero la ruta de acceso a la misma se desconoce.
Por todo ello consideramos que el acceso a la información para los profesionales de Atención Primaria disponible en la intranet del Sector II constituye una oportunidad de mejora

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general

Facilitar el acceso a la información más frecuentemente requerida por los profesionales de AP mediante la mejora del apartado destinado a AP en la Intranet del Sector II; lo que a su vez repercutirá en una mejora en la atención a los pacientes.

Objetivos específicos

- 1.Revisar, actualizar documentos y agrupar en el apartado de AP la información que actualmente está dispersa en la Intranet del Sector II mediante links.
- 2.Inclusión en dicho apartado documentos que actualmente no están disponibles a los profesionales vía intranet (Tras la aprobación por la Dirección de AP)
- 3.Facilitar el acceso a la información de las acciones formativas para los profesionales de AP previstas para el año 2019.
- 4.Difusión a los EAP del Sector II de los cambios realizados en la información disponible en el apartado de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1424

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

AP.

MÉTODO

Reunión inicial para priorizar las principales áreas a desarrollar en el apartado de AP y asignación de responsables en cada área priorizada.
Comunicación del proyecto de mejora a la Dirección de AP, y a los EAP del Sector
Búsqueda de la información en la intranet a agrupar en cada área por los responsables correspondientes.
Búsqueda de documentación adicional para incorporar en cada área.
Incorporación de la información, documentación y plan de formación al apartado de AP por parte del Servicio de Informática.
Realización de dos reuniones de seguimiento del proyecto.
Difusión a los EAP del Sector de la información finalmente disponible en el apartado de AP de la intranet.
Reunión final para la evaluación de resultados y conclusiones.

INDICADORES

1.% de áreas desarrolladas del total de las áreas priorizadas.
Fórmula: Número de áreas desarrolladas/Número de áreas priorizadas x 100
Estándar: 75%
Se considerará área desarrollada aquella que incluya al menos tres enlaces (links y/o documentos nuevos)
2.% de cursos previstos en el plan de formación de AP de nuestro Sector cuya información esté disponible en apartado de AP.
Fórmula: Número de cursos con información disponible en el apartado de AP/Número de cursos previstos en el plan de Formación
Estándar: 75%
Dada la fecha de comienzo del proyecto solo se tendrán en cuenta para la evaluación las acciones formativas previstas desde junio hasta final de 2019.
3.% de EAP a los que se ha comunicado la mejora en el acceso a la información.
Fórmula: Número de EAP a los que se ha comunicado la mejora en el acceso a la información /Número de EAP en el Sector.
Estándar: 100%

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: mayo 2019
Fecha prevista de finalización: enero 2020
Reunión inicial de los participantes del proyecto de mejora para priorizar las principales áreas a desarrollar en el apartado de AP y asignación de responsables en cada área priorizada: mayo 2019
Comunicación del proyecto de mejora a DAP, y a los EAP del Sector: mayo 2019
Búsqueda de la información en la intranet a agrupar en cada área priorizada por los responsables correspondientes: junio-noviembre 2019
Búsqueda de documentación adicional para incorporar en cada área: junio-noviembre
Incorporación de la información, documentación y plan de formación al apartado de AP por parte del Servicio de Informática: junio-diciembre 2019
Primera reunión de seguimiento: septiembre 2019
Segunda reunión de seguimiento: noviembre 2019
Difusión a los EAP del Sector de la información finalmente disponible en el apartado de AP de la intranet: diciembre 2019
Reunión final para la evaluación de resultados y las conclusiones. Enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0679

1. TÍTULO

FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE SERGIO F ANDREU GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro ESAD ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CELIMENDIZ FERRANDEZ IRENE
LAUROBA ALAGON MARIA PILAR
LAPUERTA ALCAZAR CARMEN
MIGUELEZ FERNANDEZ ROSA
SANZ RECIO JOSE LUIS
MORENO MATEO ROBERTO
TORRUBIA ATIENZA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para abordar el tema se eligió como población diana a alumnos de 4º de la ESO por presentar a priori el grado de madurez necesario para participar en los coloquios y el aula puede ser un espacio donde se genere debate y reflexión de forma constructiva y segura.
Así, para llevar a cabo el proyecto que denominamos #finaldevidasintabúes se contactó con los servicios de orientación y las direcciones de los centros educativos Inmaculada Concepción e IES Pablo Serrano de Zaragoza. Se realizó la presentación del proyecto durante los meses de mayo-junio 2018 y se obtuvieron los permisos pertinentes para su realización durante el primer trimestre del curso escolar 2018-2019.
Del mismo modo se notificó al centro de salud Torre Ramona la intención de impartir los talleres dado que uno de los centros educativos es objetivo habitual de las actividades comunitarias de dicho centro de salud.
Los talleres tuvieron una duración de 1 hora y 30 minutos y fueron impartidos por personal de enfermería del servicio en el mes de Octubre 2018. Al principio de los talleres se ofreció la posibilidad a los alumnos de no asistir o abandonar el aula si en algún momento se sentían incómodos con el tema a tratar.
El taller se desarrolló en torno a una presentación power point sobre la experiencia de un persona a la que se le diagnostica una enfermedad terminal y su familia. Breve biografía .Desde el diagnóstico hasta su fallecimiento, reflejando las emociones, dudas y decisiones que fueron tomando a lo largo de todo el proceso mostrando el trabajo de la unidad de cuidados paliativos domiciliarios e introduciendo los términos muerte digna, cuidados paliativos, eutanasia, sedación paliativa y testamento vital.
Para fomentar el debate en el aula se desarrollaron preguntas que los alumnos debían responder utilizando la aplicación de sus móviles vox Vote de respuesta y proyección en pantalla de encuestas en tiempo real .
Dicha aplicación permite a su vez conocer el porcentaje de participación de los alumnos . Al finalizar el taller se pasó encuesta de satisfacción con posibilidad de aportación libre .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La repuesta en los centros educativos sobrepasó las expectativas. De tal manera, que se nos ha propuesto realizar las charlas de forma regular a los alumnos de 4º de ESO y de otras formaciones y edades similares.
Se realizaron cuatro talleres a un total de 61 alumnos de 4º de ESO con edades comprendidas entre los 15-17 años. La acogida por parte de los alumnos fue superior a la esperada de forma que en algunos casos faltó tiempo para continuar con el debate aunque se consiguió explicar los conceptos marcados en los objetivos .
Destacar la participación de los tutores de los grupos que colaboraron en la dinámica de grupo participando en los debates y encuestas.
Una alumna optó por no asistir a los talleres .Ningún alumno abandonó el aula una vez iniciado si bien dos se negaron a participar en las preguntas de debate de Vox Vote.
En cuanto a los resultados de los indicadores sobre participación obtenidos de la aplicación vOx vote"Al menos el 75% de los alumnos responderán a las las preguntas Vox vote preguntas lanzadas a través de Vox Vote. N° alumnos participantes / N° total de alumnos presente x 100 >= 75"
59 participantes /61 presentes x 100 = 96% de participación
Con respecto al indicador de satisfacción obtenido mediante encuesta a puntuar entre 1 y 5 siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho . "Al menos el 75% de los alumnos se encontrarán satisfechos o muy satisfechos con la actividad realizada. N° alumnos satisfechos / N° total de alumnos presentes x 100 >= 75"
Alumnos satisfechos o muy satisfechos 58 / Alumnos presentes que rellenaron la encuesta 61x 100 = 95% de alumnos que se encontraron satisfechos o muy satisfechos con la actividad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la realización de la actividad hemos podido observar el interés creciente en los centros educativos con respecto al abordaje de la muerte y el duelo en las aulas .
La elección de la población de 4º ESO ha resultado acertada, el grado de madurez así como el interés natural que ha esa edad se tiene por los temas existenciales favorece el debate de forma constructiva. De cualquier manera se ha de tener en cuenta que las repuestas de los alumnos pueden ser inesperadas pudiendo aparecer emociones y dudas para los que se ha de estar preparado y disponer de tiempo para resolver .
Es difícil valorar el impacto de las charlas en los alumnos mas allá de las encuestas de satisfacción pero todos ellos verbalizaron que el taller les había hecho ponerse en el lugar de las personas del caso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0679

1. TÍTULO

FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

presentado y reconocen que es importante poder hablar de la muerte para afrontar la vida. Pensamos que la actividad puede extenderse a mas centros y ser parte de la actividad habitual de los equipos ESAD si se cuenta con el apoyo necesario.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/679 ===== ***

Nº de registro: 0679

Título
FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Autores:
ANDREU GRACIA SERGIO FERNANDO, CELIMENDIZ FERRANDEZ IRENE, LAUROBA ALAGON MARIA PILAR, LAPUERTA ALCAZAR CARMEN, MIGUELEZ FERNANDEZ ROSA, SANZ RECIO JOSE LUIS, MORENO MATEO ROBERTO, TORRUBIA ATIENZA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: ESAD ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Afrontamiento final de vida
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Gestión del conocimiento. Educación para la salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A diario los equipos de cuidados paliativos domiciliarios acompañamos a los pacientes en una experiencia existencial única: hacer frente al final de sus vidas. Desde los cuidados paliativos se afirma la vida de calidad tanto en los aspectos físicos como emocionales para el paciente y su entorno. Observamos con mucha frecuencia, que el proceso de morir, se vive con ocultación y negación tanto por los pacientes como por los familiares. Esto impide la expresión de emociones y la comunicación en el seno de las familias, generando en muchos casos un sufrimiento emocional mayor que el que pudiera producir cualquier otro síntoma físico. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Los programas de educación para la salud promueven los hábitos saludables y la prevención de enfermedades y accidentes. Entendiendo que la vida va unida inexorablemente a la muerte, pensamos que, desde un programa comunitario de educación para la salud, se puede mejorar el afrontamiento del final de la vida, favoreciendo la comunicación en torno a la muerte. ¿Por qué hablar de esto en las aulas? Porque hablar de la muerte sigue siendo un tema Tabú. Socialmente se evita, se oculta, resulta incómodo hablar de ella y el aula puede ser un espacio donde se genere debate y reflexión de forma constructiva. Porque la muerte y todo lo que la rodea está en los medios de comunicación, las redes sociales, los videojuegos, la música, el cine y no siempre se aborda de una forma que permita su entendimiento sin distorsiones de la realidad. Porque hay alumnos que han perdido algún familiar o amigo, o que son cuidadores de alguien al final de vida. Porque si se habla de la muerte de forma adecuada a la edad de los alumnos, son capaces de reflexionar y entender; están preparados para ello.

RESULTADOS ESPERADOS

Favorecer la reflexión y el debate en las aulas en torno a la muerte y la actitud frente a ella, para entenderla como parte de la vida y poder hablar de ello con naturalidad. Aclarar mitos sobre el final de vida y conceptos como muerte digna, cuidados paliativos, eutanasia, sedación paliativa, testamento vital y otros que los alumnos pudieran plantear de manera espontánea.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0679

1. TÍTULO

FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Taller de 1 hora de duración en el que, mediante la proyección de un caso, se mostrarán distintas actitudes que surgen en una familia ante una situación de final de vida.

Haciendo uso del teléfono móvil, a los alumnos se les animará a responder preguntas cuyas respuestas se proyectarán en pantalla mediante la aplicación Voxvote con el objetivo de crear debate en el aula.

- ¿Hay que contar la verdad a las personas?
- Si decides que no, ¿hasta cuándo?
- Si fueras tú, ¿te gustaría conocer la verdad sobre tu enfermedad?
- ¿Hay alguna edad a la que creéis que no se deba contar la verdad?
- ¿Consideráis que una persona debe de poder elegir su propio final?
- ¿Qué podéis hacer vosotros por alguien que está al final de su vida?

Se hará referencia durante el debate a aspectos legales en torno a la información y situación de final de vida, así como a los conceptos señalados en los objetivos.

Dada la universalidad del tema de la charla, se propone al centro que sea una actividad transversal pudiendo abordarse así el tema de final de vida desde asignaturas como la música, arte, historia, filosofía, ética, religión, biología...

INDICADORES

Realizar la actividad al menos en 2 aulas durante este año

Evaluación del grado de participación de los alumnos. Al menos el 75% de los alumnos responderán a las preguntas lanzadas a través de Vox Vote. N° alumnos participantes x 100/ N° total de alumnos presente >= 75

Encuesta de satisfacción. Al menos el 75% de los alumnos se encontrarán satisfechos o muy satisfechos con la actividad realizada. N° alumnos satisfechos x 100/ N° total de alumnos presentes >= 75

DURACIÓN

La actividad será realizada por personal de enfermería del ESAD.

Comunicación del proyecto a personal ESAD :junio 2018

Comunicación a Centro de Salud de Zona :junio 2018

Contacto con centro educativo: junio 2018

Reuniones de equipo y reparto de tareas: septiembre de 2018.

Realización de los talleres : primer trimestre del curso escolar 2018-2019 (octubre-diciembre) con fechas a concertar con los centros educativos según su disponibilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0654

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE MANUAL DE URGENCIAS DOMICILIARIAS EN EL PACIENTE PALIATIVO PARA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR II

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE SERGIO F ANDREU GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro ESAD ZARAGOZA 2
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORENO MATEO ROBERTO
SANZ RECIO JOSE LUIS
LOPEZ LANGA MONTSERRAT
LAUROBA ALAGON MARIA PILAR
MIGUELEZ FERNANDEZ ROSA
LAPUERTA ALCAZAR CARMEN
VERDU GARCIA MAYTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la elaboración de este manual se formó un grupo de trabajo no permanente que incluyó a personal sanitario de cuidados paliativos ESAD y a Médicos y Enfermeras Residentes de Familia y Comunitaria aprovechando su rotación por nuestro servicio.

Para la elección de los protocolos a redactar se contactó con personal del 061 Aragón para conocer cuáles eran los motivos de demanda urgente más frecuente en el paciente paliativo o las situaciones que más les preocupaba atender en el medio urbano.

Del mismo modo y con el mismo objetivo se contactó con personal Sanitario de Atención Continuada para conocer esa misma demanda en el medio rural.

Se quiso conocer también cual era la opinión sobre esta demanda de los Técnicos de Transporte Sanitario, ya que, aunque el enfoque del manual es claramente para personal sanitario de atención primaria, la atención urgente es realizada muchas veces por estos profesionales en unidades de Soporte Vital Básico siendo responsables del cuidado durante el traslado al hospital.

Todos Los contactos se realizaron durante la primera mitad del segundo trimestre del año con intención de tener una idea clara sobre la que trabajar con los residentes, cuya misión fue la de revisores del manual.

De igual manera, para conseguir el punto de vista de la atención especializada se han aprovechado las reuniones periódicas que el ESAD mantiene con oncología y la rotación de residentes de medicina interna para solicitar su revisión, ya que estos dos servicios son los que habitualmente derivan el mayor número de pacientes al ESAD.

Decidimos que el formato sería el de árbol de decisiones o algoritmos para que su uso fuera más rápido e intuitivo.

Tras estos contactos y con la información recibida decidimos realizar los siguientes algoritmos:

- Recomendaciones ante un paciente con crisis de dolor
- Recomendaciones ante un paciente con crisis de Disnea
- Compresión medular
- Agitación /delirium hiperactivo
- Hipercalcemia
- Náuseas / vómitos
- Obstrucción intestinal
- Síndrome de la vena cava superior
- Claudicación familiar como urgencia
- Agonía

Para su divulgación se ha solicitado asistir al próximo consejo de gestión de área donde se presentará a todos los coordinadores médicos y de enfermería.

El documento creado será compartido tras su valoración favorable por parte de la dirección. La notificación para su descarga se comunicará a los centros de salud a través de correo institucional

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto estaba pensado para ser desarrollado en dos años, sin embargo, debido a la organización del equipo hemos considerado más apropiado cerrar este año el proyecto. Con respecto a los indicadores que planteamos:

? Crear un Grupo de Trabajo con profesionales de Medicina y Enfermería, de Equipos de Cuidados Paliativos y de Atención Primaria. (Indicador cualitativo: sí/no) Hemos conseguido el objetivo al incorporar a los residentes de medicina y enfermería familiar y comunitaria y mantener reuniones de equipo con la periodicidad planteada

? Disponer de una red de contactos en Atención Especializada, al menos con aquellos cuyos pacientes son más susceptibles de ingresar en Programas de Cuidados Paliativos. (Indicador cualitativo: sí/no). Hemos conseguido el objetivo contando en estos momentos contacto estrecho con Oncología, Medicina Interna y Neumología.

? Consensuar los síntomas / Demandas de Asistencia Urgente que precisan de una mayor formación enfocada hacia los profesionales de Atención Primaria (Indicador cualitativo: sí/no). Hemos conseguido el objetivo ya que la elección de los síntomas/situaciones urgentes que hemos reflejado en los algoritmos ha sido fruto del contacto no formal con personal del 061 Aragón, Transporte sanitario y Atención Continuada Rural

? Redactar los protocolos de identificación y respuesta ante los síntomas que se consideren de mayor prioridad que serán al menos tres durante el año 2019. A este respecto, planteamos el proyecto con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0654

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE MANUAL DE URGENCIAS DOMICILIARIAS EN EL PACIENTE PALIATIVO PARA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR II

continuidad para el año 2020 pero como ya hemos nombrado anteriormente, por circunstancias relacionadas con nuestro equipo hemos decidido cerrar el proyecto este año. De esta manera hemos desarrollado los diez algoritmos que más interés suscitaban entre los profesionales consultados consiguiendo el objetivo marcado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda abierta la posibilidad, ya fuera del acuerdo de gestión clínica, la ampliación de algoritmos de síntomas / situaciones urgentes en otros que si bien fueron nombrados no consideramos prioritarios para la redacción del proyecto tal como lo habíamos concebido para el acuerdo de gestión 2019. A raíz de la elaboración de esto protocolos, así como de la participación de nuestro ESAD en programas de formación oficiales del SALUD en esta materia donde se ha recogido el interés en la perspectiva urgente de los cuidados paliativos, hemos hecho una propuesta de creación de un grupo de trabajo conjunto con la delegación autonómica de Aragón de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/654 ===== ***

Nº de registro: 0654

Título
ELABORACION DE MANUAL DE URGENCIAS DOMICILIARIAS EN EL PACIENTE PALIATIVO PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR II

Autores:
ANDREU GRACIA SERGIO F, MORENO MATEO ROBERTO, CELIMENDIZ FERRANDEZ IRENE, SANZ RECIO JOSE LUIS, LAUROBA ALAGON MARIA PILAR, MIGUELEZ FERNANDEZ ROSA, LAPUERTA ALCAZAR CARMEN, VERDU GARCIA MAYTE

Centro de Trabajo del Coordinador: ESAD ZARAGOZA 2

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente paliativo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En general, los profesionales de Atención Primaria (médicos y Enfermeras, fundamentalmente) reconocen que existe una cierta falta de formación en Cuidados Paliativos. Este déficit es más notable en cuanto a las Urgencias Domiciliarias en pacientes en Situación Terminal y Paciente Crónico Complejo avanzado. Los cursos de Cuidados Paliativos desarrollados en nuestro sector cuentan siempre con capítulos destinados a las Urgencias a Domicilios, pero creemos que sería útil elaborar un manual que incluyese protocolos de identificación y actitud a tomar ante los distintos síntomas, signos, demandas de atención, etc, a los que se enfrentan médicos y enfermeras en la asistencia domiciliaria a este tipo de pacientes. Este manual, que será publicado en INTRANET, debería ser de fácil acceso o consulta para los profesionales, gráficamente agradable (algoritmos, diagramas) e, incluso, con posibilidad de ser impresa y plastificada para la portabilidad en los maletines. Si el proyecto tiene éxito, esperamos mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes en Situación Terminal y Paciente Crónico Complejo avanzado, mediante una mayor eficacia de las intervenciones de los profesionales de Atención Domiciliaria; también creemos que resultará una mayor adecuación de las derivaciones a Urgencias, Atención Especializada, y más satisfacción personal de los profesionales de Atención Primaria con su respuesta a los avisos urgentes de estos enfermos

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0654

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE MANUAL DE URGENCIAS DOMICILIARIAS EN EL PACIENTE PALIATIVO PARA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR II

Principal:

- Realizar un manual, en forma de Protocolos, para que los profesionales de Atención Primaria puedan identificar y tratar, de la forma más adecuada posible, los síntomas y situaciones que se presentan en los pacientes en Situación Terminal y Paciente Crónico Complejo avanzado.

Específicos:

- Identificar los motivos de Demanda de Asistencia Urgente, de los pacientes en Situación Terminal y Paciente Crónico Complejo avanzado, más frecuentes y más problemáticos para los profesionales de Atención Primaria.
- Redactar, para cada uno de los síntomas y situaciones identificadas, un protocolo de actuación claro, sencillo y adecuado a las opciones disponibles en nuestro sector
- Presentar el manual, una vez terminado, a los profesionales de Atención primaria, e implementarlo, con las correcciones pertinentes, para su uso en nuestro sector.

MÉTODO

Para lograr los objetivos marcados, pensamos desarrollar las siguientes acciones:

- Crear un Grupo de Trabajo que incluya profesionales que trabajan habitualmente en Cuidados Paliativos y Atención Primaria, tanto de Medicina como de Enfermería.
 - Realizar consultas periódicas con otros profesionales de Atención Primaria (Trabajo Social, TCAE, Administrativos, etc) para detectar "puntos fuertes" y "puntos débiles" en este tipo de Atención Domiciliaria.
 - Realizar consultas periódicas con otros niveles asistenciales (Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Neumología, Cardiología, Medicina Interna, Servicios de Urgencia 061, etc) para mejorar la calidad del proyecto
- En principio, no esperamos que la realización de este Proyecto suponga una modificación en la Cartera de Servicios.

INDICADORES

Dado que se trata de un proyecto a varios años, los indicadores del segundo año y posteriores (si procede) serán variables según las decisiones tomadas en el Grupo de Trabajo y los resultados del primer año.

- Crear un Grupo de Trabajo con profesionales de Medicina y Enfermería, de Equipos de Cuidados Paliativos y de Atención Primaria. (Indicador cualitativo: sí/no)
- Disponer de una red de contactos en Atención Especializada, al menos con aquellos cuyos pacientes son más susceptibles de ingresar en Programas de Cuidados Paliativos. (Indicador cualitativo: sí/no)
- Consensuar los síntomas / Demandas de Asistencia Urgente que precisan de una mayor formación enfocada hacia los profesionales de Atención Primaria (Indicador cualitativo: sí/no)
- Redactar los protocolos de identificación y respuesta ante los síntomas que se consideren de mayor prioridad que serán al menos tres durante el año 2019

DURACIÓN

El proyecto se realizará durante los años 2019 y 2020.

Cronograma previsto:

- Reunión con representantes de Atención Primaria (médico y enfermera) antes de mayo de 2019 y luego comunicación vía mail y reuniones en persona cuando se considere necesario por algunas de las partes.
- Reunión de equipo elaborador del programa de calidad en abril de 2019 y posteriormente mensual a partir de la fecha de la primera reunión.
- Presentación de borradores en septiembre 2019 .
- Redacción final de los textos octubre-noviembre 2019.
- A concretar cronograma para el año 2020 en función de la disponibilidad de los participantes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0479

1. TÍTULO

ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL USO DE ANTIBIOTICOS (TERAPIA SECUENCIAL)

Fecha de entrada: 28/07/2016

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO BORRAZ LUIS
CASTRO VILELA MARIA ELENA
GARCIA BORJABAD SONIA
AMOROS LOPEZ DE LA NIETA FRANCISCO

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la fase observacional se obtuvieron los siguientes resultados:
- % de pacientes en nuestro centro que se podrían beneficiar de la terapia secuencial: 68,8%
- Mediana de días entre que el paciente sería candidato a terapia secuencial hasta el inicio de tratamiento vía oral o alta en su defecto: 2 días
- % pacientes en los que se realiza el desescalado antibiótico de forma espontánea (sin necesidad de una recomendación expresa): 81,8%
- Ahorro potencial en el caso de haber realizado la terapia secuencial: 35,8 euros

Otros resultados observados:
Incidencias relacionadas con la vía de administración: 9 pacientes (56,25%) (todos ellos por extravasación, en algunos casos en más de una ocasión).
En el caso de que se hubiera realizado la terapia secuencial en el momento en que el paciente hubiera sido candidato a ello se podría haber evitado 5 incidentes relacionados con la vía de administración (4 extravasaciones y 1 arrancamiento de vía)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Teniendo en cuenta el bajo número de pacientes analizados, se observó una elevada proporción de pacientes en los que se realiza la TS de forma habitual. Sin embargo hay cierto margen de mejora en el momento en la que esta se inicia una vez el paciente es candidato a ello. Así mismo, se puede observar que aunque no hay un gran impacto económico directo en su realización en base al gasto en antibióticos, sí podría contribuir en la prevención de problemas relacionados con la vía parenteral (ej. flebitis) así como también, quizás, en una menor estancia hospitalaria. A raíz de este estudio se ha detectado un cierto margen de mejora en el uso de antibióticos y la necesidad de instaurar un plan de actuación específica tipo PROA en el seno de un grupo multidisciplinar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/479 ===== ***

Nº de Registro: 0479

Título
ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL USO DE ANTIBIOTICOS (TERAPIA SECUENCIAL)

Autores:
SASTRE HERES ALEJANDRO JOSE, MARCO LIARTE MARIA CARMEN, MORENO BORRAZ LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JUAN DE DIOS

PROBLEMA
Los pacientes con infección grave o por su situación clínica aguda, suelen presentar una primera etapa de inestabilidad hemodinámica, en ocasiones acompañada de problemas gastrointestinales y bajo nivel de consciencia que requiere hospitalización. En esta primera fase el paciente suele ser tratado por vía parenteral ya que esta vía presenta como ventajas asegurar una biodisponibilidad completa, inicio inmediato de la acción y conseguir de forma inmediata niveles séricos y tisulares en rango terapéutico.
La terapia secuencial tiene por objeto, en los pacientes susceptibles a ello, el cambio del tratamiento a vía oral en la fase de mejoría precoz. En el caso de los pacientes con tratamiento antibiótico de amplio espectro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0479

1. TÍTULO

ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL USO DE ANTIBIOTICOS (TERAPIA SECUENCIAL)

es recomendable aprovechar esta fase de secuenciación para realizar una simplificación del tratamiento dirigida por cultivos (desescalado antibiótico) con el objetivo de disminuir las resistencias bacterianas.

El interés por la terapia secuencial se explica por varias circunstancias

- Evitar los problemas que se derivan de la necesidad de un acceso venoso
- o Bacteriemia secundaria, flebitis...
- o RAM: mayor riesgo de hipersensibilidad medicamentosa por las altas dosis de medicación vía parenteral en comparación con la vía oral
- Ventajas para pacientes y personal de enfermería (menos tiempo por parte de enfermería, comodidad del paciente...)

- Reducir la aparición de resistencias derivadas de usos de antibióticos de amplio espectro
- Reducir el coste tanto el asociado al propio tratamiento por vía parenteral o con antibióticos de amplio espectro así como los costes indirectos al estar asociada la vía oral.

Según la SEIMC se calcula que el 40% de los pacientes que reciben tratamiento parenteral en un hospital general son candidatos a la conversión precoz del tratamiento antimicrobiano parenteral a un régimen oral, aunque el proceso para determinar las pautas de terapia secuencial que se tienen que utilizar en el hospital ha de ser el resultado de un consenso multidisciplinar y que tiene que considerar además de los aspectos de seguridad y coste, los patrones de resistencia local a los antibióticos.

según el documento de consenso del Programa de optimización de antibióticos (PROA), de forma repetida a lo largo del tiempo y en distintos ámbitos geográficos se ha comprobado que la utilización de antimicrobianos en el medio hospitalario es mejorable en el 30-50% de los casos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0197

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 10/08/2016

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PLANAS PAMPLONA MERCEDES
FALCES AÑON EVA
SISAS RUBIO RAQUEL
GONZALEZ TEJEDOR RAQUEL
POMBO RAMON
FLORENTIN OSTARIZ EVELYN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Unificar Procedimiento
Detectar puntos críticos
Mejorar resultados en pacientes.

Para ello:
Puesta en común de protocolos
definir parrilla de recogida de datos
seminarios presentación protocolos
Cortes observacionales trimestrales
Seminarios informativos de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todo el proyecto se ha realizado en su totalidad.
Partiendo de unos datos de cumplimiento del protocolo de 82% (dato previo a la puesta en marcha del proyecto), se ha registrado un 93,3% de cumplimiento en el corte del tercer trimestre de 2015.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo el proyecto se ha realizado en su totalidad. Revisión/implantación y seguimiento
De los puntos críticos detectados se ha objetivado mejora en todos ellos.
Hemos considerado mantener la monitorización del procedimiento para seguir actuando sobre desviaciones.

7. OBSERVACIONES.
Nada que reseñar.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/197 ===== ***

Nº de Registro: 0197

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

Autores:
PALMERO PEREZ FRANCISCA, PLANAS PAMPLONA MERCEDES, FALCES AÑON EVA, SISAS RUBIO RAQUEL, VICENTE EDO MARIA JOSE, FLORENTIN OSTARIZ EVELYN, MOLINA MORALES ANA ROSA, SECORUN PONCELA AMPARO, GONZALEZ TEJEDOR RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JUAN DE DIOS

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

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0197

1. TÍTULO

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

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

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

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

DURACIÓN
Inicio: mayo 2015
Finalización mayo 2016

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1125

1. TÍTULO

INDICACIÓN DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PATRICIA CAMO MONTERDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AURED DE LA SERNA MARIA ISABEL
HARB SAID YAMAL
CLAVERIA CLAVERIA GRAZIELA
VIÑUALES CHUECA BEATRIZ
CUDINACH SAMPIETRO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos realizado un registro de las complicaciones presentadas en los pacientes bajo sedación por digestivo.
Hemos realizado un registro de las complicaciones presentadas en los pacientes bajo sedación por anestesia
Hemos validado un formulario conjunto con el servicio de anestesia con las indicaciones para sedación por un servicio y otro

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tasa de pacientes sedados por parte del servicio de digestivo: 87%.
Tasa de pacientes sedados por parte del servicio de anestesia: 12%
(porcentaje restante, pacientes no sedados)
Tasa de pacientes mal derivados a sedación por el servicio de aparato digestivo: 38%
Tasa de complicaciones relacionadas con la sedación en pacientes que no cumplen los criterios necesarios para la sedación por parte de digestivo: 12%

Los datos recogidos indican que hay una tasa realmente alta de pacientes mal derivados para sedación por parte de digestivo cuando tienen indicación de sedación por parte de anestesia; si bien la tasa de complicaciones presentadas por estos es baja.

Por los motivos indicados en observaciones no se ha podido valorar completamente el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario una mejor integración y comunicación con los médicos de atención primaria y especialistas de área para una mejor indicación de la sedación en endoscopia digestiva.
Queda pendiente la valoración de la reducción en la tasa de complicaciones tras la difusión del cuestionario con las indicaciones de sedación que por motivos laborales que expongo en el punto 8 no he podido llevar a cabo.
Dado que la sedación en endoscopia digestiva es algo que se lleva a cabo en todos los hospitales de Aragón, tanto el formulario como las indicaciones pueden aplicarse en todos los hospitales, centros de salud y diferentes áreas asistenciales.

7. OBSERVACIONES.

Desafortunadamente cambié de lugar de trabajo al inicio del proyecto de investigación, lo inicié y puse en marcha en el hospital de Barbastro y antes de acabar el calendario previsto en el primer semestre, cambié de contrato al hospital General de la Defensa de Zaragoza

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1125 ===== ***

Nº de registro: 1125

Título
INDICACION DE SEDACION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Autores:
CAMO MONTERDE PATRICIA, AURED DE LA SERNA MARIA ISABEL, HARB SAID YAMAL, ARELLANO CARRERA ROCIO, CLAVERIA CLAVERIA GRAZIELLA, VIÑUALES CHUECA BEATRIZ, CUDINACHS SAMPIETRO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1125

1. TÍTULO

INDICACIÓN DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente las exploraciones endoscópicas que llevamos a cabo en el servicio de digestivo se realizan bajo sedación moderada o profunda con propofol que en este caso puede ser administrado por los facultativos de aparato digestivo o bien por el servicio de anestesia si el paciente no cumple una serie de criterios médicos. Esta sedación comporta una serie de riesgos para el paciente entre los que se encuentran la depresión respiratoria, broncoaspiración o parada respiratoria, potencialmente mortales, por lo que es necesario una correcta valoración de las características físicas del paciente y de sus comorbilidades.

En el momento actual, recibimos solicitudes desde atención primaria y especializada, tanto de manera ambulatoria como de pacientes ingresados, donde no se valoran correctamente dichas comorbilidades, lo que conlleva que se cite al paciente para sedación por parte de digestivo sin tener en cuenta las indicaciones de sedación por anestesia, lo cual provoca un aumento de los riesgos de la sedación y una demora en la lista de espera de endoscopia puesto que estos casos en los que no cumplen los criterios no se puede llevar a cabo la exploración y es necesario reubicar al paciente en otro día.

Con este proyecto, pretendemos validar un formulario para ofrecer una herramienta rápida y sencilla para realizar una correcta valoración del paciente y derivarlo al servicio de anestesia o digestivo en función de sus indicaciones de sedación.

RESULTADOS ESPERADOS

Principalmente buscamos desarrollar y validar un formulario donde se expliquen las indicaciones absolutas para una sedación bajo control por parte del anestesista, que comporte la participación del servicio de anestesia y digestivo del hospital de Barbastro.

Con este protocolo buscamos mejorar la atención al paciente durante dichos procedimientos bajo las máximas condiciones de seguridad y optimizando los recursos del hospital y la calidad de las exploraciones teniendo en cuenta una serie de objetivos que serían:

- Validar un formulario conjunto con el servicio de anestesia para una correcta valoración de las indicaciones de sedación.
- Disminuir la proporción de pacientes mal indicados para sedación al servicio de aparato digestivo.
- Disminuir las complicaciones en endoscopia digestiva relacionadas con la sedación.
- Facilitar desde atención primaria y especializada el acceso a las consultas de anestesia para su valoración.
- Optimización de los recursos en sedación endoscópica.
- Optimización del uso de los quirófanos para realización de exploraciones endoscópicas.

MÉTODO

- Realización de un formulario y validarlo conjuntamente con el servicio de anestesia y reanimación con las indicaciones para sedación por parte de dicho servicio.
- Facilitar el acceso mediante intranet al formulario para atención primaria y especializada, tanto de manera ambulatoria como en hospitalización.
- Acceso fácil a la consulta por parte del servicio de anestesia y reanimación.
- Acceso fácil y rápido con el servicio de digestivo en caso de duda.

INDICADORES

- % pacientes sedados por parte del servicio aparato digestivo.
- % de pacientes sedados por parte del servicio de anestesia
- % pacientes mal derivados a sedación por el servicio de aparato digestivo
- % de complicaciones relacionadas con la sedación en pacientes que no cumplen los criterios necesarios para sedación por parte de digestivo. (primer semestre)
- % de reducción de complicaciones relacionadas con la sedación en el total de las exploraciones endoscópicas (segundo semestre)

DURACIÓN

Primer semestre de 2019:

- Diseño y validación del formulario con las indicaciones de sedación junto con el servicio de anestesia y reanimación.
- Facilitar el acceso al formulario desde intranet.
- Comunicación a atención primaria y especializada del formulario y su uso.

Segundo semestre 2019:

- Puesta en marcha del proyecto y valoración de los indicadores.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1125

1. TÍTULO

INDICACIÓN DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIEGSTIVA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1117

1. TÍTULO

ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE LAURA PERPIÑAN SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DEZA PEREZ CARMEN
VILLAR SAN PIO TERESA
CRESPO BURILLO MARIA MAR
MARIUTANU TAMARA
MARTINEZ HEREDIA CAROLINA
LAHOZ DE TORRES SUSANA
PEREZ VAQUERO ANA GRACIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1) Búsqueda bibliográfica para elaborar un cuerpo de conocimientos (mayo/junio 2018). Cada subgrupo del proyecto realizó dicha búsqueda reforzando los conocimientos previos con el objetivo de alcanzar el nivel necesario para poder impartir los talleres planteados. Para ello todos los miembros aportaron recursos personales informáticos.
- 2) Diseño y elaboración de soportes complementarios (julio/agosto/septiembre 2018). Se elaboraron tanto los soportes necesarios para informar de la programación prevista e impartir los talleres, como los recursos requeridos para la realización y evaluación del proyecto. Según los acuerdos alcanzados se prepararon:
 - a) Cartelería:
 1. Póster informativo genérico sobre los talleres para promocionar y fomentar la asistencia. De forma general se informa de la realización de los talleres ofreciendo la posibilidad de ampliar la información del mismo.
 2. Póster informativo sobre la programación, horarios y temas de los talleres. Se realizó un cartel en el que programar los diferentes temas a abordar de tal forma que pueda ser reutilizado modificando en cada caso los horarios y temas para adaptarse a las necesidades de formación tal y como se planteó en el proyecto.
 - b) Folleto informativo. Se diseñó un tríptico promocional del proyecto con el fin de dar a conocer los talleres, explicar la necesidad de los mismos y fomentar la asistencia.
 - c) Presentaciones/Soportes visuales referentes a cada uno de los temas tratados en los talleres (cinco) que sirvan de apoyo y ayuda a la formación de los cuidadores.
 - d) Cuestionarios/Encuestas:
 1. Elección y preparación del cuestionario Zarit para valorar la sobrecarga de los cuidadores asistentes.
 2. Elaboración de una encuesta inicial para los asistentes, permitiendo valorar los conocimientos previos referidos a los temas abordados en los talleres de los cuidadores.
 3. Elaboración de una encuesta final para valorar los conocimientos adquiridos en el taller por parte de los cuidadores. Se elaboró una encuesta diferente (cinco) para cada uno de los temas a tratar en los talleres, considerando aquellos que son básicos para la población diana del proyecto.
 4. Elaboración de una encuesta de satisfacción que nos permita valorar nuestra actividad y mejorarla, así como ofrecer la posibilidad de formar en temas diferentes según las necesidades observadas.
- 3) Preparación y elaboración de una tabla en formato EXCEL para la recogida y análisis estadístico de los datos.
- 4) Adecuación del espacio necesario para desarrollar la actividad (septiembre 2018). Se comenzó a preparar una sala para impartir los talleres en base a los criterios acordados para el proyecto. Basándonos en el tipo de población diana y sus necesidades, en los objetivos de docencia interactiva y práctica y en la aplicación de los conocimientos se propuso el aula docente situada en la unidad, no obstante, el traslado de planta y cierre de la anterior impidió terminar la preparación. Quedando el proyecto en este punto a expensas de la reestructuración de los espacios en la nueva ubicación y la obtención del permiso para su uso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1) Búsqueda bibliográfica. SI
- 2) Elaboración de soportes complementarios:
 - a) Cartelería: póster genérico y de programación. SI
 - b) Tríptico informativo. SI
 - c) Presentaciones. SI
 - d) Cuestionarios/Encuestas:
 1. Zarit: SI
 2. Encuesta inicial. SI
 3. Encuesta final para cada tema. SI
 4. Encuesta de satisfacción. SI
- 3) Preparación de una tabla para la recogida de datos. SI
- 4) Adecuación del aula. PARCIAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de este proyecto permite:

- 1) Conocer la sobrecarga de los cuidadores, pudiendo disminuir dicha sobrecarga mediante los talleres planteados.
- 2) Aumentar los conocimientos de los cuidadores de personas ancianas/dependientes en los pilares del cuidado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1117

1. TÍTULO

ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA

- 3) Mejorar las habilidades y técnicas de los cuidadores de personas ancianas y/o dependientes al dispensar los cuidados socio-sanitarios necesarios de manera eficaz.
- 4) Demostrar la capacidad de los cuidadores para cubrir las necesidades básicas en los cinco temas planteados como objetivo del proyecto.
- 5) Disminuir las necesidades de atención sanitaria actuando sobre los riesgos evitables derivados de la situación de dependencia del paciente.
- 6) Mejorar la calidad de vida de cuidadores y cuidados, ofreciendo un programa de apoyo que combine soporte emocional, educacional y recursos sociales.

La imposibilidad de empezar el proyecto tal y como se había planteado nos impide alcanzar todos los resultados deseados, quedando pendiente de desarrollo:

- ? Inicio de los talleres.
- ? Realización de reuniones mensuales para valorar las propuestas de nuevas necesidades de los cuidadores.
- ? Valoración de los conocimientos alcanzados por los cuidadores.
- ? Valoración del grado de satisfacción alcanzado.
- ? Análisis estadístico de los resultados alcanzados.

No obstante, nos ha permitido obtener resultados en otros sentidos, ya que, sin ser objetivos marcados en el proyecto hemos podido:

- 1) Trabajar ampliamente en la planificación de los talleres, planteando nuevos temas útiles para los cuidadores, de forma que puedan realizarse inmediatamente tras detectar su necesidad.
- 2) Desarrollar en profundidad los soportes informativos y de difusión, ofreciendo ideas básicas de cuidados en los mismos.
- 3) Comenzar con la difusión de los talleres confirmando la buena acogida por parte de los cuidadores.
- 4) Realización de reuniones mensuales para valorar nuevas necesidades observadas en los cuidadores y cuidados.
- 5) Diseño y adecuación de la nueva aula de talleres, a expensas de la aceptación por parte del Hospital General de la Defensa para el inicio inminente de los talleres.
- 6) Mejora del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1117 ===== ***

Nº de registro: 1117

Título
ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA

Autores:
CRESPO BURILLO MARIA MAR, DEZA PEREZ CARMEN, VILLAR SAN PIO TERESA, PERPIÑAN SANCHEZ LAURA, MARIUTANU TAMARA, MARTINEZ HEREDIA CAROLINA, LAHOZ DE TORRES SUSANA, PEREZ VAQUERO ANA GRACIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H GENERAL DE LA DEFENSA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sobrecarga del cuidador
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proceso de convertirse en cuidador supone la aparición, en muchos casos, de sobrecarga, que puede verse acrecentada por la falta de información y/o apoyo que en numerosas ocasiones sufren los cuidadores principales. La calidad de vida de las personas cuidadoras está condicionada por varios factores, entre los que se encuentran los elementos mediadores (soporte formal e informal). Para reducir la sobrecarga de los cuidadores y mejorar su salud mental, resulta beneficioso ofrecerles un programa de apoyo que combine soporte emocional, educacional y recursos sociales.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1117

1. TÍTULO

ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA

Mejorar las habilidades y técnicas del cuidador al dispensar cuidados sociosanitarios a la persona dependiente

- 1.- Disminuir la sobrecarga del cuidador principal del paciente geriátrico
- 2.- Demostrar que el cuidador es capaz de mantener la piel íntegra de la persona dependiente
- 3.- Demostrar que el cuidador es capaz de realizar movilizaciones y transferencias sin riesgo de lesión
- 4.- Demostrar que el cuidador es capaz de satisfacer las necesidades del patrón nutricional de la persona dependiente
- 5.- Demostrar que el cuidador es capaz de prevenir caídas en la persona dependiente
- 6- Demostrar que el cuidador es capaz de entender los trastornos conductuales asociados a la demencia

MÉTODO

- 1.- Puesta en marcha del aula sobre cuidado e higiene de la piel
Carolina Martínez y M^a del Mar Crespo
 - 2.- Puesta en marcha del aula sobre movilizaciones y transferencias
Susana Lahoz y Laura Perpiñán
 - 3.- Puesta en marcha del aula sobre nutrición en el anciano
Teresa Villar y Ana Graciela Pérez
 - 4.- Puesta en marcha del aula sobre prevención en caídas
Tamara Mariutanu y Carmen Deza
 - 5.- Puesta en marcha del aula sobre trastornos conductuales asociados a la demencia
Carmen Deza y M^a del Mar Crespo
- Semanalmente, según las preferencias de los cuidadores de la planta y nuestra valoración, se impartirán los miércoles una charla de 30 minutos de duración, en el turno de la tarde, de 16:00 a 16:30. Las charlas serán preparadas y presentadas por nuestro personal sanitario de la unidad: facultativos, enfermeros y tcas.

INDICADORES

Objetivo 1.- Test para valorar los conocimientos que tiene el cuidador antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados

Objetivo 2.- Test de Zarit antes de la sesión formativa. Se realizará de nuevo telefónicamente (unido a otro proyecto de calidad de la planta) a la semana. Se contrastarán estadísticamente los resultados

Objetivo 3.- Test relacionado con el cuidado de la piel antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados.

Objetivo 4.- Test relacionado con movilizaciones y transferencias antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados.

Objetivo 5.- Test relacionado con patrón nutricional antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados.

Objetivo 6.- Test relacionado con prevención de caídas antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados.

Objetivo 7.- Test relacionado con los trastornos conductuales asociados a demencia antes de la sesión formativa. Se realizará el mismo test después de la charla. Se contrastarán estadísticamente los resultados.

Para valorar la estructura y el proceso se realizará una encuesta de satisfacción del usuario.

DURACIÓN

Fecha de inicio: mayo 2018
Fecha de finalización: mayo 2019

Calendario:

- búsqueda bibliográfica para elaborar un cuerpo de conocimientos: mayo, junio 2018
- elaboración de soportes informativos complementarios: julio, agosto, septiembre 2018
- adecuación del espacio donde se vaya a desarrollar la actividad: septiembre 2018
- desarrollo de las sesiones: desde octubre 2018 hasta mayo 2019
- evaluación: mayo 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0141

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL TEST PARA LA EVALUACION DEL CONTROL DEL ASMA (ACT) EN CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA ANORO ABENOZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ GONZALEZ CRISTINA
SAMPIETRO ARCAS NURIA
SANZ ABOS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha procedido a administrar a la totalidad de los pacientes con diagnóstico de asma bronquial que acuden a revisión a consultas externas de Neumología, el test para evaluar el grado de control de la enfermedad (ACT). El resultado del mismo ha sido incluido en la historia clínica y/o en los informes de consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La valoración objetiva mediante este test, del grado de control de la enfermedad ha permitido una valoración médica más completa, además de servir para ajustar el tratamiento médico y/o insistir en la adherencia al mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración muy positiva por parte de médicos y enfermería de esta herramienta, lo que ha permitido que se mantenga en el tiempo hasta la fecha actual. Se ha obtenido colaboración por parte de los pacientes en la totalidad de los casos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/141 ===== ***

Nº de registro: 0141

Título
IMPLANTACION DEL TEST PARA LA EVALUACION DEL CONTROL DEL ASMA (ACT) EN CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGIA

Autores:
ANORO ABENOZA LAURA, GOMEZ GONZALEZ CRISTINA, CORTES SANTIDRIAN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H GENERAL DE LA DEFENSA

TEMAS
Sexo Ambos sexos
Edad Adultos
Tipo Patología Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se calcula que entre el 50 y el 70% de los pacientes asmáticos en nuestro medio no tienen bien controlada su enfermedad, lo que incide de forma notable en su calidad de vida. El objetivo actual del tratamiento es alcanzar y mantener el control.
El test de control del asma (ACT) es la herramienta que recomienda la Guía Española para el Manejo del Asma, ya que permite de forma objetiva determinar el grado de control de la enfermedad, siendo de gran ayuda para ajustar el tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1.-Administrar a todos los pacientes asmáticos que acudan a revisión en consulta general de Neumología el cuestionario de control del asma (ACT).
2.-Identificar a los pacientes no controlados (ACT = 20 puntos) para ajustar su tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0141

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL TEST PARA LA EVALUACION DEL CONTROL DEL ASMA (ACT) EN CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGIA

MÉTODO

Se administrará el cuestionario ACT a todos los pacientes asmáticos que acudan a revisión (tanto si llevan tratamiento previo para el asma bronquial como si no se estableció tratamiento en la primera visita).

En función de la puntuación obtenida, se procederá a incrementar/desescalar el tratamiento médico con la ayuda de esta herramienta.

INDICADORES

- 1.-Número de pacientes asmáticos a los que se realiza Test de Control del asma.
- 2.-Número de pacientes con control deficitario de la enfermedad (puntuación inferior a 20 puntos).
- 3.-Número de pacientes en los que es preciso modificar el tratamiento crónico con la ayuda de esta herramienta.

DURACIÓN

Periodo de inclusión de pacientes de un año (desde Octubre 2016 a Octubre 2017).
Seguimiento periódico posterior (cada tres, seis o 12 meses en función del grado de control y de la severidad de la enfermedad).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0440

1. TÍTULO

IDENTIFICAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES EPOC A TRAVES DEL TEST DE ADHERENCIA A INHALADORES (TAI)

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA GOMEZ GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANORO ABENOZA LAURA
SAMPIETRO ARCAS NURIA
SANZ ABOS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Test de adherencia a inhaladores.

Educación de la técnica inhalatoria.

Posterior valoración del uso del dispositivo a través del test de adherencia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cumplimiento y adhesión al dispositivo tras la enseñanza de la técnica inhalatoria valorado mediante Tai.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Resulta imprescindible emplear tiempo e insistir en la técnica inhalatoria para una correcta adhesión al inhalador

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/440 ===== ***

Nº de registro: 0440

Título
IDENTIFICAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES EPOC A TRAVES DEL TEST DE ADHERENCIA A LOS INHALADORES (TAI)

Autores:
GOMEZ GONZALEZ CRISTINA, ANORO ABENOZA LAURA, CORTES SANTIDRIAN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H GENERAL DE LA DEFENSA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: EPOC
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- En pacientes con EPOC la adhesión a su tratamiento es imprescindible para alcanzar y mantener el control de la enfermedad. Una baja adhesión a los inhaladores se asocia consistentemente a un aumento de la morbimortalidad, por lo que resulta imprescindible determinar el grado de adhesión al tratamiento en cada paciente.

- La principal causa de esta baja adherencia es que el paciente sobreestima el uso del inhalador por lo que en nuestro proyecto vamos a utilizar cuestionarios validados en la práctica clínica diaria para identificar la adhesión al tratamiento.

- El proyecto es útil porque valorando la adhesión al tratamiento e identificando cuáles son las barreras para que ésta se produzca podremos generar una estrategia asistencial individualizada a cada paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0440

1. TÍTULO

IDENTIFICAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES EPOC A TRAVES DEL TEST DE ADHERENCIA A INHALADORES (TAI)

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar pacientes con baja adhesión al tratamiento. - Identificar las barreras que les impiden el cumplimiento del tratamiento.
- Elaborar una estrategia asistencial individualizada.
- Disminuir el número de agudizaciones (visitas a Urgencias, Ingresos hospitalarios)

MÉTODO

- Identificar en la visita médica pacientes con EPOC y tratamiento con inhaladores. (Responsable: Dra Gómez/Anoro)
- Complimentar el Test de Adherencia a los Inhaladores (TAI) validado por la Sociedad Española de Neumología (SEPAR). El paciente debe cumplimentar 10 preguntas y el profesional sanitario 2. (Responsable enfermera Ana Cortés)
- Establecer las medidas correctoras pertinentes en la visita médica. (Responsable: Dra Gómez/Anoro)
- Comprobar la efectividad de las medidas correctoras. Valorar el control de la enfermedad (Responsable: Dra Gómez/Anoro)

INDICADORES

- Grado de adherencia a la terapia inhalada a través del cuestionario TAI en cada visita médica.
- Estabilidad de la enfermedad. Número de agudizaciones toma de corticoides sistémicos, antibióticos, visitas a Urgencias, ingresos hospitalarios.

DURACIÓN

- Inicio: Septiembre 2016
- Finalización: Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0605

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN ATENCION AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE JUANA MARIA MORELLI BENITEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD CEBOLLA JUAN CARLOS
ASIN LASIERRA ASCENSION
BIELSA VALDOVINOS CARMELO
GRACIA REMACHA MARIA ANGELES
LAZARO FIERRO MARIA ANGELES
PARRILLA MARZO JUAN
SANCHEZ VILLAVARDE GREGORIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Creación de un grupo de formadores para encargarse de la formación de las nuevas incorporaciones al Servicio
- 2.- Elaboración de un documento "cheeklist" para ser respondido al finalizar el periodo de formación tanto por el formador como por el formado. El periodo de formación será de 15 días, una semana se formará en la ventanilla de urgencias y otra en ingresos tanto programados como urgentes.
- 3.- Dar formación a los integrantes del Servicio para mejorar las relaciones interpersonales y conseguir relaciones cordiales y eficaces con los usuarios, los propios compañeros y resto de personal.
- 4.- Realización de un tríptico con mensajes simples y eficaces para mejorar la actitud de los componentes del Servicio.
- 5.- Actualizar el documento del protocolo de actuación del Servicio en Admisión urgencias y hospitalización
- 6.- Llevar a cabo reuniones informativas y motivacionales con todos los trabajadores, personal administrativo, del Servicio de Admisión de urgencias y hospitalización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Este proyecto fue satisfactorio, en el pudimos recoger información, inquietudes, frustraciones y desacuerdos de una parte importante del Servicio.
Ha sido un trabajo exploratorio en el que no ha habido medidas objetivas, solamente percepciones subjetivas y apreciaciones positivas sobre el cambio actitudinal hechas por personas ajenas al Servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1.- Es necesaria la comunicación efectiva y bidireccional entre los mandos intermedios y el resto de trabajadores.
- 2.- Es importante detenerse y reflexionar juntos sobre el trabajo diario.
- 3.- Las actitudes se pueden cambiar con motivación y sobre todo con el ejemplo de los mandos intermedios.
- 4.- Es necesario explicar a todos los trabajadores la importancia de su trabajo para la institución.
- 5.- La formación continuada es imprescindible para evitar la desmotivación, prevenir actitudes negativas y para mantener estándares de calidad elevados.
- 6.- Nuestro Servicio se ha comprometido a llevar a cabo mediciones objetivas, p.e con encuestas de satisfacción de los cambios actitudinales.
- 7.- Ante las nuevas incorporaciones de personal administrativo queremos trabajar desde el principio y ofrecerles formar parte de grupos de trabajo de nuestro Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/605 ===== ***

Nº de registro: 0605

Título
CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN ATENCION AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO

Autores:
MORELLI BENITEZ JUANA MARIA, ABAD CEBOLLA JUAN CARLOS, ASIN LASIERRA MARIA ASCENSION, BIELSA VALDOVINOS CARMELO, CORTES GOMEZ MARIA LUISA, GRACIA REMACHA MARIA ANGELES, SANCHEZ VILLAVARDE GREGORIO, LAZARO FIERRO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0605

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN ATENCION AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ATENCION AL USUARIO
ACOGIDA NUEVOS TRABAJADORES
RELACIONES INTERNAS CON RESTO PERSONAL

RESULTADOS ESPERADOS
APRENDER A GESTIONAR EL ESTRES
APRENDER HABILIDADES SOCIALES QUE MEJOREN EL TRATO Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES

MÉTODO
1º CREACION DEL GRUPO (3 MANDOS INTERMEDIOS Y 5 AUXILIARES ADMINISTRATIVOS)
2º ESTUDIO DE LAS AREAS DE MEJORA ENTRE TODOS LOS COMPONENTES.
3º FORMACIÓN

INDICADORES
UTILIZAR ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN YA EXISTENTES Y COMPARARLAS CON OTRAS SEMEJANTES AL FINALIZAR EL PROYECTO

DURACIÓN
NOVIEMBRE 2016 - MAYO 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Fecha de entrada: 25/02/2018

2. RESPONSABLE RAMIRO ALVAREZ ALEGRET
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

YUS GOTOR CARMEN
HAKIM ALONSO SOFIA
BLASCO ADIEGO ROSA
LOPEZ PRIETO PILAR
MARTIN LARDIES SOFIA
COY ALDANA DAMARIS
FONTANA JUSTES ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º Reuniones informativas y de Formación al personal de quirófano: Preredactadas, pendientes de redacción definitiva para solicitar Acreditación
2º Registro de las correspondientes encuestas de satisfacción: La encuesta de conocimientos de preanalítica se halla realizada, pendiente de su remisión a los Sº implicados
3º Registro de incidencias en el registro del Sº de AP. Se han registrado por los técnicos, e incorporadas a una hoja de cálculo por le Jefa de equipo administrativo. Se ha realizado una primera evaluación.
4º Registro de No Conformidades en registro del Sº de AP, que implican un rechazo de la muestra. Existe un formato ya diseñado para que el personal de quirófano sea informado de ello, y de las medidas correctoras necesarias para su aceptación.
5º Registro del Nº de reuniones del Grupo de Mejora. Se ha realizado una primera reunión.
6º Seguimiento diagnóstico de los casos de No Conformidad, para evaluar su trascendencia en el diagnóstico final anatomopatológico (preservación deficitaria que implique déficits en la valoración morfológica o de las técnicas especiales, imposibilidad de realizar un diagnóstico y su comunicación final al Sº de procedencia,...): Datos recogidos, parcialmente analizados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

* Redacción de la encuesta de conocimientos de Preanalítica para el áreas de quirófanos, pendiente de remisión.
3º Registro de incidencias y no conformidades en el registro del Sº de AP. Se han registrado 380

Bote sin identificación demográfica	120
No coinciden botes con los consignados	116
Informe sin identificación demográfica	52
Formol derramado	46
Muestra en fijador incorrecto o sin fijar	17
No coinciden datos demográficos con muestra	16
Falta informe de petición	9
Bote vacío	3
Cristal roto	1*

* Seguimiento diagnóstico de los casos de No Conformidad: Pendiente de estudio, aunque las causas más frecuentes (1ª y 2ª) ya se ha referido a las Unidades implicadas

Nota: Se ha redactado una breve memoria del Proyecto, análisis preliminar, posibles soluciones en cuanto a instrucciones y material, que se puede adjuntar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1º Recogida de datos: Es la principal actividad realizada, de forma sistemática y exhaustiva.
2º Valoración primeros resultados: Los principales eran los esperables en cuanto a incidencias y no conformidades en la recepción de las muestras.
3º Encuestas y sesiones informativas: Pendientes de remisión, y la segunda de redacción definitiva y acreditación.
4º No se ha podido realizar todavía una evaluación trimestral de los resultados para conocer la evolución de las medidas a adoptar.

7. OBSERVACIONES.

Se puede adjuntar una memoria más ampliada con índice, tarea realizada, diagrama de causa-efecto (Isikawa), instrucciones y soluciones materiales.

Esperamos en un 2º ciclo de Proyecto de Mejora cumplir las tareas no realizadas y finalizarlo.

Existe el compromiso, ligado al Concurso de Técnicas Automatizadas y con la ayuda y experiencia de la empresa ICSA, de Acreditar los Sº de Anatomía Patológica de Acreditar los alcances de cáncer de mama y de pulmón este año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1293 ===== ***

Nº de registro: 1293

Título
INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Autores:
ALVAREZ ALEGRET RAMIRO, YUS GOTOR CARMEN, GARCIA GARCIA MAR, BLASCO ADIEGO ROSA, LOPEZ PRIETO PILAR, MARTIN LARDIES SOFIA, COY ALDANA DAMARIS, FONTANA JUSTE ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA NEOPLASICA Y NO NEOPLASICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Anatomía Patológica recibe muestras citohistológicas para ser analizadas y emitir un diagnóstico preciso, además de proporcionar variables que constituirán factores pronósticos y predictivos de la enfermedad. De especial relevancia es la fase preanalítica (todo el proceso desde la hoja de solicitud y toma de muestra hasta su recepción en el Servicio). De su correcta cumplimentación depende no sólo la valoración morfológica, sino también todas las técnicas complementarias, cada vez más numerosas y complejas, que exigen una óptima calidad de las muestras.

Situación de partida:

Desde 2003 el Servicio participa en los Programas de Calidad del Salud, y desde 2014 dispone de un sistema de trazabilidad, que junto con el registro y gestión de incidencias y el aseguramiento de la Calidad, son los pilares de la Acreditación.

Nos planteamos toda la fase preanalítica hasta el registro, para asegurar los requisitos de Seguridad clínica (prioridad de la organización)

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: Mejora de la Seguridad Clínica (paciente/personal hospitalario).

Objetivos específicos:
Mejorar la información y formación en el conocimiento de los requisitos preanalíticos en el bloque quirúrgico.
Optimización en la toma, manipulación y transporte de las muestras.
Plan de mejora continua y control de indicadores de calidad específicos en el bloque quirúrgico.
Repercusión de las no conformidades en el diagnóstico final.

MÉTODO
Encuesta sobre conocimientos/requisitos preanalíticos en el bloque quirúrgico.
Plan de comunicación y Formación el personal (personal médico, enfermería, subalterno, y auxiliar administrativo):
Concienciación de la importancia de la preanalítica en el diagnóstico final del proceso.
Información sobre la Cartera de Servicios de Anatomía Patológica, y de posibles ampliaciones, si necesitasen instrucción preanalítica específica.
Seguridad del paciente: Datos completos de filiación, etiquetado del recipiente, concordancia con hoja de petición, referencia de la hora de la toma en el volante,...
Seguridad del personal: Correcta toma, manipulación, y remisión en fresco/con fijador, conocimientos de riesgos laborales, condiciones del transporte, horario de remisión,...
Aplicación de circuito de mejora en base a registro de incidencias y control de indicadores, para el que se proponen reuniones periódicas.
Trabajo de campo inicial, destinado a identificar puntos débiles/oportunidades de mejora.
Encuesta de satisfacción (anuales).
Cooperación con Grupos de Calidad del área quirúrgica, y Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

INDICADORES

Registro de N° de reuniones informativas y de Formación al personal de quirófano.
Registro de las encuestas de satisfacción. Evaluación anual.
Registro de incidencias en el registro del S° de AP, incorporadas a una hoja de cálculo. Evaluación trimestral. Se evaluará como positiva una disminución de un 20% en dichos controles.
Registro de No Conformidades que implican un rechazo de la muestra. Existe formato diseñado para que el personal de quirófano sea informado de ello, y de las medidas correctoras necesarias para su aceptación. La muestra sería retenida y manipulada para evitar su deterioro y ser correctamente procesada, y en caso de no concordancia hoja solicitud/muestra, se requerirá que personal autorizado se presente para su resolución.
Registro del N° de reuniones del Grupo de Mejora. Evaluación trimestral de datos.
Seguimiento de los casos de No Conformidad, para evaluar su trascendencia en el diagnóstico final.

DURACIÓN

La estimación es de un año, prorrogable en base a los resultados, aunque se incorporará al Programa de Calidad con las correspondientes modificaciones que sugieran las evaluaciones.

Calendario:

La confección y solicitud de acreditación de las Jornadas de Formación del Personal se realizarán inmediatamente, para su puesta en marcha en dos meses.
Se contactará de inmediato con el Personal de quirófano para iniciar las primeras reuniones para informar del proyecto y programar la información y la Formación.
Formación: será impartida por los distintos miembros del Grupo de Mejora.
Evaluación trimestral del mismo, que coincide con la mayor parte de los indicadores.

OBSERVACIONES

Este proyecto forma parte de un Proyecto de mayor dimensión, la Acreditación del Servicio, en alcances previamente programados y progresivos, en Norma ISO 15189.

Clasificación del proyecto:

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE RAMIRO ALVAREZ ALEGRET
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

YUS GOTOR CARMEN
MARQUINA IBAÑEZ ISABEL
BLASCO ADIEGO ROSA
LOPEZ PRIETO PILAR
MARTIN LARDIES SOFIA
COY ALDANA DAMARIS
MARQUEZ LARRAZ VIOLETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Servicio ha implementado un Plan de Acreditación en NORMA ISO 15189 en los alcances de Mama y Pulmón, en el contexto de un Programa de Acreditación en Laboratorios del propio SALUD, Sector II y Servicio, tras la reactivación de su Grupo de Calidad.

En colaboración con la empresa ICSA, contratada a través del Concurso de Técnicas Automatizadas autonómico, se ha reorganizado toda la política de Calidad, y Documentos asociados comunes a todos los Servicios, que figurarán en la Intranet del SALUD, y en nuestra propia Intranet local, homogéneos con el resto de Laboratorios.

1º Se han redactado y consensado 18 Procedimientos técnicos (Preanalíticos, Analíticos (técnicos y Diagnósticos), y Postanalíticos.

2º Se han redactado y consensado los correspondientes Documentos de Registro:

- Preanalíticos
- Analíticos técnicos
- Analíticos diagnósticos
- Postanalíticos
- Equipos
- Documentos
- No conformidades
- Manual de Calidad y Auditorías
- Personal
- Compras
- Plan de contingencia y Riesgos
- Actas

3º Registro de incidencias en el registro del Sº de AP. Se han registrado por los técnicos, e incorporadas a una de cálculo común, actualizado, y que subtipifica el área de las incidencias

4º Registro de No Conformidades en registro del Sº de AP, que implican un rechazo de la muestra. Se ha actualizado el formato, acorde con el resto de Laboratorios.

5º Registro del Nº de reuniones del Grupo de Mejora: Se realizan actas de todas las reuniones, revisiones, control de calidad interno y externo, no conformidades,...

6º Seguimiento diagnóstico de los casos de No Conformidad: Datos recogidos, parcialmente analizados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º Nos hallamos en la fase de documentación de Calidad redactada y actualizada, revisada en una revisión por la empresa ICSA el 7/3/2019.

2º Auditoría interna pendiente, el día 2/4/2019.

3º Este proyecto de mejora figura como objetivo Nº 2 entre los 6 recogidos en el Plan de Acreditación en los alcances pactados de mama y pulmón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Acreditación en Norma ISO es un requisito considerado prioritario por el Servicio y el SALUD, que requiere tiempo, perseverancia, trabajo en equipo, y unas necesidades en forma de recursos técnicos y humanos (tiempo, en forma de jornadas de tarde para personal médico, técnico y administrativo), que se han solicitado oficialmente y no se han concedido. Merece la pena valorar este hecho ante la presión asistencial de nuestros Servicios, y las coyunturas actuales, que exigen también un esfuerzo de las Direcciones/Gerencias.

7. OBSERVACIONES.

Los distintos documentos redactados y consensados de hallan a disposición de los coordinadores de Calidad del Sector y del Salud, en formato PDF/NO editable.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1293 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Nº de registro: 1293

Título
INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Autores:
ALVAREZ ALEGRET RAMIRO, YUS GOTOR CARMEN, GARCIA GARCIA MAR, BLASCO ADIEGO ROSA, LOPEZ PRIETO PILAR, MARTIN LARDIES SOFIA, COY ALDANA DAMARIS, FONTANA JUSTE ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA NEOPLASICA Y NO NEOPLASICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Anatomía Patológica recibe muestras citohistológicas para ser analizadas y emitir un diagnóstico preciso, además de proporcionar variables que constituirán factores pronósticos y predictivos de la enfermedad. De especial relevancia es la fase preanalítica (todo el proceso desde la hoja de solicitud y toma de muestra hasta su recepción en el Servicio). De su correcta cumplimentación depende no sólo la valoración morfológica, sino también todas las técnicas complementarias, cada vez más numerosas y complejas, que exigen una óptima calidad de las muestras.

Situación de partida:

Desde 2003 el Servicio participa en los Programas de Calidad del Salud, y desde 2014 dispone de un sistema de trazabilidad, que junto con el registro y gestión de incidencias y el aseguramiento de la Calidad, son los pilares de la Acreditación.

Nos planteamos toda la fase preanalítica hasta el registro, para asegurar los requisitos de Seguridad clínica (prioridad de la organización)

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: Mejora de la Seguridad Clínica (paciente/personal hospitalario).

Objetivos específicos:

Mejorar la información y formación en el conocimiento de los requisitos preanalíticos en el bloque quirúrgico.
Optimización en la toma, manipulación y transporte de las muestras.
Plan de mejora continua y control de indicadores de calidad específicos en el bloque quirúrgico.
Repercusión de las no conformidades en el diagnóstico final.

MÉTODO

Encuesta sobre conocimientos/requisitos preanalíticos en el bloque quirúrgico.
Plan de comunicación y Formación al personal (personal médico, enfermería, subalterno, y auxiliar administrativo):
Concienciación de la importancia de la preanalítica en el diagnóstico final del proceso.
Información sobre la Cartera de Servicios de Anatomía Patológica, y de posibles ampliaciones, si necesitasen instrucción preanalítica específica.
Seguridad del paciente: Datos completos de filiación, etiquetado del recipiente, concordancia con hoja de petición, referencia de la hora de la toma en el volante,...
Seguridad del personal: Correcta toma, manipulación, y remisión en fresco/con fijador, conocimientos de riesgos laborales, condiciones del transporte, horario de remisión,...
Aplicación de circuito de mejora en base a registro de incidencias y control de indicadores, para el que se proponen reuniones periódicas.
Trabajo de campo inicial, destinado a identificar puntos débiles/oportunidades de mejora.
Encuesta de satisfacción (anuales).
Cooperación con Grupos de Calidad del área quirúrgica, y Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

INDICADORES

Registro de Nº de reuniones informativas y de Formación al personal de quirófano.
Registro de las encuestas de satisfacción. Evaluación anual.
Registro de incidencias en el registro del Sº de AP, incorporadas a una hoja de cálculo. Evaluación trimestral. Se evaluará como positiva una disminución de un 20% en dichos controles.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Registro de No Conformidades que implican un rechazo de la muestra. Existe formato diseñado para que el personal de quirófano sea informado de ello, y de las medidas correctoras necesarias para su aceptación. La muestra sería retenida y manipulada para evitar su deterioro y ser correctamente procesada, y en caso de no concordancia hoja solicitud/muestra, se requerirá que personal autorizado se presente para su resolución.
Registro del N° de reuniones del Grupo de Mejora. Evaluación trimestral de datos.
Seguimiento de los casos de No Conformidad, para evaluar su trascendencia en el diagnóstico final.

DURACIÓN

La estimación es de un año, prorrogable en base a los resultados, aunque se incorporará al Programa de Calidad con las correspondientes modificaciones que sugieran las evaluaciones.

Calendario:

La confección y solicitud de acreditación de las Jornadas de Formación del Personal se realizarán inmediatamente, para su puesta en marcha en dos meses.

Se contactará de inmediato con el Personal de quirófano para iniciar las primeras reuniones para informar del proyecto y programar la información y la Formación.

Formación: será impartida por los distintos miembros del Grupo de Mejora.

Evaluación trimestral del mismo, que coincide con la mayor parte de los indicadores.

OBSERVACIONES

Este proyecto forma parte de un Proyecto de mayor dimensión, la Acreditación del Servicio, en alcances previamente programados y progresivos, en Norma ISO 15189.

Clasificación del proyecto:

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1588

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS CONSULTAS DE PUNCION POR AGUJA FINA (PAAF) EN EL Sº DE ANATOMIA PATOLOGICA POR ENCUESTA DE SATISFACCION A LA POBLACION ATENDIDA Y FOLLETO INFORMATIVO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ANA BELEN ROCHE LATASA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE ARREGUI SANDRA
TORRECILLA IDOIBE NEREA
TRIGO CEBRIAN MIGUEL ANGEL
VISO SORIANO MARIA JESUS
FRANCO RUBIO JOSE IGNACIO
MALO NIEVEDES VERONICA
CARRASCO MARTINEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del borrador del tríptico informativo y de la encuesta a realizar a los pacientes, con reuniones periódicas, para decidir el formato de los trípticos.
Arbol de decisión para valorar la manera de informar a los pacientes y solicitarles la realización de la encuesta.
Metodología a realizar para garantizar la privacidad del paciente, para rellenar la encuesta y para estar a su disposición para cualquier duda que pudiera surgirles con el procedimiento a realizar.
La explicación de la actividad a realizar es en primer lugar por parte del técnico de punciones con la entrega del material informativo y de la encuesta y en segundo lugar del profesional a realizar la actividad, en este momento se le preguntara al paciente por las dudas que pudiera tener y con posterioridad a la punción se recogería la encuesta de satisfacción.
No se han empleado recursos económicos hasta el momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración del tríptico informativo y del modelo de encuesta a realizar, se ha cumplido el standard marcado. En este momento no se puede valorar el impacto del proyecto, dado que no se ha iniciado la entrega de documentación a los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo, es muy positiva, se intensifica y mejora la relación con el paciente, incrementándose la satisfacción por el trabajo realizado.
Nuestra siguiente fase es la implementación del proyecto.
Creemos que nuestro proyecto es sostenible y aportara datos para mejorar nuestra actividad diaria y además aumentara la satisfacción del paciente.
Este proyecto podría ser aplicado a cualquier servicio y actividad clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1588 ===== ***

Nº de registro: 1588

Título
PLAN DE MEJORA DE LAS CONSULTAS DE PUNCION POR AGUJA FINA (PAAF), EN EL Sº DE ANAT. PATOLOGICA, POR ENCUESTA DE SATISFACCION A LA POBLACION ATENDIDA Y FOLLETO INFORMATIVO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR

Autores:
ROCHE LATASA ANA BELEN, TORRECILLA IDOIBE NEREA, VICENTE ARREGUI SANDRA, MALO NIEVEDES VERONICA, TRIGO CEBRIAN MIGUEL ANGEL, CARRASCO MARTINEZ MERCEDES, FRANCO RUBIO JOSE IGNACIO, ECHEVARRIA NAVARRO PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1588

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS CONSULTAS DE PUNCION POR AGUJA FINA (PAAF) EN EL Sº DE ANATOMIA PATOLOGICA POR ENCUESTA DE SATISFACCION A LA POBLACION ATENDIDA Y FOLLETO INFORMATIVO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Se ha detectado en las consultas PAAF, un desconocimiento por parte de numerosos pacientes del procedimiento a realizar y de los objetivos y posibles decisiones terapéuticas que dicho procedimiento genera. Esto conlleva gran inquietud y numerosas dudas a nuestros pacientes, así mismo se añade el desconocimiento de los contenidos de nuestra especialidad por parte de la población, este hecho aumenta la incertidumbre en los pacientes a los que hay que debemos realizar esta prueba.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo primordial es que todos los pacientes tengan previa a la realización de la punción, la información necesaria sobre la prueba a realizar, el conocimiento de nuestra labor como patólogos y los pasos posteriores que pueden derivarse de este acto; así como implementar un plan de mejora de estas consultas con las sugerencias y la información que se obtengan de los pacientes a través de la encuesta de satisfacción.

MÉTODO

Elaboración de una encuesta anónima poblacional para conocer la satisfacción de la población atendida, las opiniones y dudas generadas, y las posibilidades de mejora en nuestras consultas, con toda la información obtenida. Dicha encuesta constara de 4 preguntas cerradas y una abierta, se le entregara al paciente antes de la realización de la PAAF y se le recogerá después. Con esta información se realizara un estudio para plantear las mejoras a realizar con los datos obtenidos.
Preparación de un folleto informativo sobre la labor del patólogo, con una explicación asequible del procedimiento a realizar y toda la información necesaria posterior a la realización de la prueba (como y donde recoger el resultado de dicha prueba, tiempo de espera, etc.....)
Estas actividades se llevaran a cabo por parte de un equipo multidisciplinar, que forma parte y participa de manera activa en las consultas PAAF, se incluyen facultativos, residentes y técnicos de laboratorio.
El material necesario sería acceso a un PC para la realización de la encuesta y el folleto.

INDICADORES

La fuente de datos serían todos los pacientes que acuden a nuestras consultas PAAF, como indicadores para monitorizar el proyecto y de calidad en nuestros resultados se valorara, que al menos uno de cada cuatro pacientes, responda a nuestra encuesta y poder obtener un mínimo de 50 encuestas completadas.

DURACIÓN

Tres años, con inicio en septiembre de 2017 y fin septiembre del 2020. Las actividades se llevarían a cabo por el equipo de la consulta PAAF, con una evaluación periódica mensual, por parte del coordinador del proyecto y el resto de personal medico adscrito al proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR HERRANZ ANDRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASSINELLO OGEA CONCEPCION
FRACA CARDIEL CONCEPCION
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
RODRIGUEZ CALVO CORAL
MATEO AGUDO JESUS JAVIER
GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA
SANZ ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Coordinación con servicio de endocrino para la derivación de pacientes malnutridos para su evaluación y tratamiento. Establecer circuito y dossier informativo para el paciente.
2. Consulta no presencial, donde se revisan electrónicamente a los pacientes recién incluidos en lista de espera para solicitar determinadas pruebas previas a la consulta de anestesia, y a su vez se revisan a los pacientes próximos a intervenir de cara a iniciar circuito de optimización nutricional o de su anemia o bien posponer su cirugía en el caso de alguna contraindicación sobrevenida entre la consulta de anestesia y la cirugía
3. Charla informativa a los anesthesiólogos de traumatología para información de las novedades de este proyecto
4. Coordinación con hematología para control de los pacientes optimizados y transfundidos.
5. Coordinación con el servicio de endocrinología para detección y tratamiento de pacientes de bajo nivel nutricional
6. Coordinación con el servicio de medicina interna para derivación a la consulta de alta resolución de anemia de determinados pacientes.
7. Formación del personal de enfermería de la consulta de anestesia.
8. Continuar utilizando la infraestructura de hospital de día para la administración de tratamientos pautados. Y mensualmente recogida de datos de los pacientes optimizados para su control.
9. Realización de tabla Excel de recogida de datos donde agrupar a los pacientes según unidad quirúrgica a la que pertenezcan

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Implicación cada vez mayor de los anesthesiólogos de trauma, enfermería, responsables de sección de las unidades y en la realización del circuito que conlleva el proyecto.
2. Revisados 6222 pacientes desde lista de espera y desde listados de próximas cirugías a lo largo del 2018, de los cuales se detectaron 550 posibles pacientes con anemia a los cuales se envió analítica para completar el estudio. y de ellos 248 se incluyeron finalmente en el circuito de optimización.
3. Detección de 5 pacientes con patología digestiva que le provocaba la anemia y que fueron derivados al servicio de digestivo/ medicina interna.
4. Detección desde la consulta no presencial de 7 pacientes con una nueva comorbilidad que ha retrasado/anulado la indicación de cirugía, y uno de ellos fue exitus antes de la cirugía.
7. Disminución de la tasa de transfusión en pacientes operados de forma programada, concretamente en la unidad de artroplastia de cadera, ésta ha bajado durante estos años desde una tasa del 11% a una tasa del 3,1% del año 2017 a una actual de 2,39%. En la unidad de columna se sitúa entorno al 7% siendo las cifras previas alrededor del 15%.
8. En relación al nivel nutricional únicamente fue incluido un paciente en el grupo de optimización, por lo cual se llegó a la conclusión que el nivel nutricional de los pacientes de HRTQ sometidos a estas cirugías programadas era óptimo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Hay que hacer una labor constante de recuerdo a los distintos servicios implicados, de la importancia de la optimización prequirúrgica de la hemoglobina de sus pacientes de cara a disminuir la transfusión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES

sanguínea y sus complicaciones asociadas.

2. El tratamiento de la anemia en el preoperatorio es el factor que influye más positivamente en el descenso de la transfusión, y parece ser que ya hay una concienciación de este hecho entre los distintos servicios quirúrgicos.

3. Los pacientes sometidos a cirugía programada en HRTQ, no suelen presentar desnutrición

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/58 ===== ***

Nº de registro: 0058

Título
MEJORA DE LA HEMOGLOBINA PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DE HTRQ SOMETIDOS A PTR, PTC, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIADA, SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Autores:

HERRANZ ANDRES PILAR, GOMEZ GOMEZ ROBERTO, FRACA CARDIEL CONCEPCION, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, POLO PELLICENA MARCOS, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, RODRIGUEZ CALVO CORAL, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Musculoesquelética, neuroquirúrgica y cirugía reparadora de mama
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el año pasado ya se inició un proyecto de optimización de la hemoglobina de algunos pacientes quirúrgicos del área de HRTQ.

Este año se pretende continuar con las líneas básicas del anterior proyecto, así como ampliar a otras patologías la posibilidad de mejora, e ir corrigiendo a su vez, pequeños fallos que se han ido viendo durante la puesta en funcionamiento en el primer año de rodaje.

Se considera que el minimizar los niveles de anemia de estos pacientes, provoca unos resultados positivos tanto en el paciente como en el sistema, al disminuir posibles complicaciones/costes asociadas a la transfusión.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la tasa de transfusión sanguínea en aquellos pacientes incluidos en el proyecto

MÉTODO

- 1.Sesión clínica informativa para las unidades quirúrgicas/servicios responsables de los pacientes a optimizar. Dra Cassinello/ Dr. Gómez
2. Elaboración de un triptico informativo para los pacientes.Dra. Herranz
3. Elaboración de esquema recordatorio para los anestesiólogos de HRTQ. Dra Fraca
4. Elaboración de programa de intercomunicación con hematología revisable desde intranet (historia clínica electrónica del sector). Dra. Gonzalez
5. Formación del personal de enfermería asignado a la consulta de anestesia. Dr Polo/ Dra. Rodriguez
6. Continuar con la revisión de listas de espera, para detectar a posibles candidatos y actuar (se les pedirá analíticas de control por correo y dependiendo del resultado se iniciarán tratamientos vía oral) Responsables todos los anestesiólogos del proyecto
7. Continuar utilizando la infraestructura de hospital de día para la administración de tratamientos pautados así como mejorar la intercomunicación en caso de dudas/ problemas que puedan surgir. Dra Oriden

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES

8.Revisión mensual de los pacientes a intervenir al mes siguiente, de cara a iniciar tratamientos iv, y detectar casos no optimizados por error. Dra. Herranz

9.Elaboración de encuesta de satisfacción para los pacientes optimizados. Dra Fraca

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes optimizados que reciben información por escrito.

Se obtendrá de la historia clínica

Indicador N°pac informados/ pac optimizados x 100

2.Pacientes que cumplen el protocolo

Se obtendrá de la historia clínica

Indicador: pac optimizados/ pac Incluidos en el protocolo x 100

DURACIÓN

Inicio Octubre 16 finalización Octubre 17

1. Sesión informativa Noviembre 16

2. Tríptico paciente Octubre 16

3. Esquema anestesiólogos Noviembre 16

4. Hematología Diciembre 16

5. Formación enfermería: Noviembre 16

6. Revisión lista de espera: mensualmente durante todo el año

7. Hospital de día: diciembre 16

8. Revisión lista de pacientes a operar mensualmente

9. Encuesta de satisfacción. Diciembre 16

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE PILAR HERRANZ ANDRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
FRACA CARDIEL CONCEPCION
POLO PELLICENA MARCOS
GOMEZ GOMEZ ROBERTO
RODRIGUEZ CALVO CORAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración del tríptico informativo para el paciente.
2. Contacto con responsables de las distintas unidades implicadas en las cirugías a optimizar, para recordarles la importancia del proyecto de mejora, sus objetivos y repercusión en sus pacientes.
3. Continuar con la colaboración de la supervisora de hospital de día, para utilizar la unidad para la administración de los tratamientos y para que nos facilite la relación de pacientes optimizados de cara a un mayor control.
4. Contacto con la responsable de unidad de anemias (Dra. Gonzalez), y protocolización en las interconsultas que le realicemos para que aparezcan en la pestaña de otros informes en la historia clínica del paciente.
5. Formación continuada de anesthesiólogos implicados en el proyecto, con elaboración de esquema recordatorio de los pasos a dar ante un paciente con anemia.
6. Formación de la enfermera de la consulta de anestesia.
7. Aunque inicialmente no estaba en el proyecto, se ha creado una consulta no presencial, desde la que se revisa los pacientes que las distintas unidades implicadas en el proyecto piensan operar al mes siguiente, con el objetivo de:

- a) Detectar pacientes que son necesarios optimizar, para avisarles vía telefónica para que inicien el circuito para recibir el tratamiento pautado, desde la consulta de anestesia.
- b) Detectar pacientes que han presentado algún tipo de comorbilidad desde que fueron vistos en la consulta de anestesia y que pueda contraindicar la cirugía en el momento actual.
- c) Comunicación con los responsables de las distintas unidades sobre las incidencias encontradas al valorar las listas de cara a su modificación si fuese necesario.

Los informes sobre estos pacientes se crean en el HP Doctor y se pueden visualizar en la pestaña de otros informes de la historia clínica del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Implicación de los anesthesiólogos de trauma, enfermería, responsables de sección de las unidades y secretarías en la realización del circuito que conlleva el proyecto.
2. Revisados 2064 pacientes desde lista de espera a lo largo del 2017, de los cuales se detectaron 153 posibles pacientes con anemia a los cuales se envió analítica para completar el estudio.
3. Desde Octubre, 92 pacientes estudiados desde la consulta de anestesia y puesto tratamiento necesario.
4. Detección de 7 pacientes con neoplasia digestiva que le provocaba la anemia al ser derivados al servicio de digestivo y un paciente con mieloma que fué derivado a hematología.
5. Detección desde la consulta no presencial de 10 pacientes con una nueva comorbilidad que ha retrasado/anulado la indicación de cirugía.
6. Disminución de la tasa de transfusión en pacientes operados de forma programada, concretamente en la unidad de artroplastia de cadera, ésta ha bajado de una tasa del 11% a una tasa del 3,1%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Hay que hacer una labor constante de recuerdo a los distintos servicios implicados, de la importancia de la optimización prequirúrgica de la hemoglobina de sus pacientes de cara a disminuir la transfusión sanguínea y sus complicaciones asociadas.
2. El tratamiento de la anemia en el preoperatorio es el factor que influye más positivamente en el descenso de la transfusión.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/58 ===== ***

Nº de registro: 0058

Título

MEJORA DE LA HEMOGLOBINA PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DE HTRQ SOMETIDOS A PTR, PTC, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIADA, SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Autores:

HERRANZ ANDRES PILAR, GOMEZ GOMEZ ROBERTO, FRACA CARDIEL CONCEPCION, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, POLO PELLICENA MARCOS, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, RODRIGUEZ CALVO CORAL, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Musculoesquelética, neuroquirúrgica y cirugía reparadora de mama
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el año pasado ya se inició un proyecto de optimización de la hemoglobina de algunos pacientes quirúrgicos del área de HRTQ.

Este año se pretende continuar con las líneas básicas del anterior proyecto, así como ampliar a otras patologías la posibilidad de mejora, e ir corrigiendo a su vez, pequeños fallos que se han ido viendo durante la puesta en funcionamiento en el primer año de rodaje.

Se considera que el minimizar los niveles de anemia de estos pacientes, provoca unos resultados positivos tanto en el paciente como en el sistema, al disminuir posibles complicaciones/costes asociadas a la transfusión.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la tasa de transfusión sanguínea en aquellos pacientes incluidos en el proyecto

MÉTODO

- 1.Sesión clínica informativa para las unidades quirúrgicas/servicios responsables de los pacientes a optimizar. Dra Cassinello/ Dr. Gómez
2. Elaboración de un triptico informativo para los pacientes.Dra. Herranz
3. Elaboración de esquema recordatorio para los anesthesiólogos de HRTQ. Dra Fraca
4. Elaboración de programa de intercomunicación con hematología revisable desde intranet (historia clínica electrónica del sector). Dra. Gonzalez
5. Formación del personal de enfermería asignado a la consulta de anestesia. Dr Polo/ Dra. Rodríguez
6. Continuar con la revisión de listas de espera, para detectar a posibles candidatos y actuar (se les pedirá analíticas de control por correo y dependiendo del resultado se iniciarán tratamientos vía oral) Responsables todos los anesthesiólogos del proyecto
7. Continuar utilizando la infraestructura de hospital de día para la administración de tratamientos pautados así como mejorar la intercomunicación en caso de dudas/ problemas que puedan surgir. Dra Oliden
- 8.Revisión mensual de los pacientes a intervenir al mes siguiente, de cara a iniciar tratamientos iv, y detectar casos no optimizados por error. Dra. Herranz
- 9.Elaboración de encuesta de satisfacción para los pacientes optimizados. Dra Fraca

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes optimizados que reciben información por escrito. Se obtendrá de la historia clínica
Indicador $N^{\circ}pac \text{ informados} / pac \text{ optimizados} \times 100$
- 2.Pacientes que cumplen el protocolo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Se obtendrá de la historia clínica
Indicador: pac optimizados/ pac Incluidos ene le protocolo x 100

DURACIÓN

- Inicio Octubre 16 finalización Octubre 17
1. Sesión informativa Noviembre 16
 2. Tríptico paciente Octubre 16
 3. Esquema anestesiólogos Noviembre 16
 4. Hematología Diciembre 16
 5. Formación enfermería: Noviembre 16
 6. Revisión lista de espera: mensualmente durante todo el año
 7. Hospital de día: diciembre 16
 8. Revisión lista de pacientes a operar mensualmente
 9. Encuesta de satisfacción. Diciembre 16

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0097

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE JORGE VALLES TORRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA
ROYO CRESPO IÑIGO
EMBUN FLOR RAUL
PUERTA DILOY MARIA LOURDES
SANJUAN VILLARREAL ALBERTO
MOLINOS ARRUEBO IRENE
COTERA USUA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
RECOGIDA BASAL DE DATOS

Registro de los pacientes atendidos en la consulta durante los dos primeros meses. Se observa que en más del 46% de los pacientes falta alguna prueba por realizar. En concreto, en el 29 % falta algún dato sobre analítica sanguínea (principalmente estudio de coagulación), y el 22% falta el electrocardiograma.

REUNIÓN DE LOS IMPLICADOS

Reunión de los representantes de los servicios de Anestesiología, Cirugía Torácica y Enfermería de Consultas Externas para plantear línea de mejora y actuaciones a desarrollar. Se decide, que para la evaluación anestésica perioperatoria de los pacientes es imprescindible la realización de analítica con coagulación y ECG. El resto de pruebas complementarias (radiodiagnóstico, pruebas de función pulmonar) ya suelen estar realizadas en este tipo de pacientes debido a su patología (procesos oncológicos intratorácicos).

ACTUACIONES

Se llevan a cabo reuniones con lo servicios de Neumología y Oncología, que son los dos servicios que principalmente derivan pacientes a las consultas de Cirugía Torácica. Se transmite la información sobre la necesidad de realizar analítica con coagulación y ECG en todos los pacientes candidatos a cirugía torácica. Además, a través de la Dirección de Atención Especializada, se envía carta a todos los servicios de Oncología y Neumología para transmitir la información.

RECOGIDA DE DATOS TRAS LAS ACTUACIONES

Seis meses después se registran los datos de los pacientes atendidos en la consulta durante dos meses. Se observa que en el 45% de los pacientes falta alguna prueba por realizar. En concreto, el ECG falta en el 45%, y la coagulación en el 8%.

ACTUACIONES COMPLEMENTARIAS

Para solucionar el problema con la falta de ECG en los pacientes atendidos, se consigue disponer de un aparato de ECG en la consulta de anestesia, de modo que todo paciente que acude sin ECG se le puede realizar en la misma consulta. De esta forma, los pacientes atendidos en la consulta que tienen todas la pruebas realizadas alcanza el 92%.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al inicio del proyecto, sólo el 54% de los pacientes atendidos en la consulta de anestesia acudían con las pruebas preoperatorias realizadas. Se estableció como objetivo conseguir que más del 80% de los pacientes que acuden a la consulta de anestesia lo hagan con todas las pruebas preoperatorias realizadas. Tras la realización del proyecto se consigue que los pacientes que acudan a la consulta con las pruebas realizadas alcance el 92%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la primera fase de actuaciones se observó que los resultados no eran los esperados. El problema pudo haberse debido a un fallo en la transmisión de información a nivel regional entre todos los servicios implicados. Tras observar que el ECG era de la principal prueba preoperatoria que faltaba de realizar, se planteó la posibilidad de realizar el ECG en la propia consulta de Anestesia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/97 ===== ***

Nº de registro: 0097

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0097

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA

Título
OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA

Autores:
VALLES TORRES JORGE, IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA, ROYO CRESPO IÑIGO, EMBUN FLOR RAUL, PUERTA DILOY MARIA LOURDES, SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, MOLINOS ARRUEBO IRENE, COTERA USUA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Cirugía Torácica y la Unidad de Anestesia Cardiotorácica del Hospital Universitario Miguel Servet prestan atención a pacientes procedentes de todos los sectores sanitarios de Aragón. Debido a que la mayoría de los pacientes atendidos acuden por patología oncológica subsidiaria de tratamiento quirúrgico (cirugía de resección pulmonar) o procedimientos quirúrgicos diagnósticos (mediastinoscopia, biopsia pulmonar,...), es primordial acelerar el circuito asistencial para poder aplicar el tratamiento lo antes posible. Es por eso por lo que, para evitar retrasos y desplazamientos, los pacientes son citados en la consulta de cirugía y de anestesia el mismo día.
Para poder realizar la valoración preanestésica de forma adecuada es imprescindible que los pacientes acudan a la consulta con los resultados de todas las pruebas preoperatorias realizadas, sobre todo aquellos pacientes pertenecientes a otros sectores sanitarios en los que es más difícil recabar resultados de pruebas realizadas en otros hospitales.
Actualmente, una proporción importante de los pacientes acuden a la consulta sin todas las pruebas preoperatorias realizadas. En estos casos las pruebas que faltan se solicitan desde la consulta de anestesia y son valoradas, o bien en una posterior consulta anestésica (lo que implica desplazamientos adicionales a pacientes de todos los sectores sanitarios), o cuando el paciente ingresa para ser intervenido (lo que puede conllevar una inadecuada evaluación preoperatoria).
Tras recoger datos durante un periodo de dos meses, se observa que en más del 46% de los pacientes falta alguna prueba por realizar. En concreto, en el 29 % falta algún dato sobre analítica sanguínea (principalmente estudio de coagulación), y el 22% falta el electrocardiograma.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir que más del 80% de los pacientes que acuden a la consulta de anestesia lo hagan con todas las pruebas preoperatorias realizadas:

N° pacientes con todas las pruebas / Total pacientes candidatos a cirugía x 100 = 80

MÉTODO
Determinar las pruebas preoperatorias necesarias para la evaluación preanestésica.
Informar a los servicios implicados sobre las pruebas preoperatorias necesarias para que sean realizadas antes de que el paciente acuda a la consulta.
Para llevar a cabo el proyecto se analizarán las características de los servicios hospitalarios implicados, los recursos técnicos y humanos, y las posibles limitaciones que puedan dificultar su implantación. Los servicios hospitalarios directamente implicados son el Servicio de Anestesiología con el equipo de enfermería de Consultas Externas, el Servicio de Cirugía Torácica, los Servicios de Neumología y Oncología de todo Aragón.

INDICADORES
Proporción de pacientes intervenidos de cirugía torácica que acuden a la consulta de anestesia con todas las pruebas preoperatorias realizadas.

DURACIÓN
La duración completa del proyecto se estima que tenga una duración aproximada de entre 6 meses. Una vez desarrollado el proyecto se analizarán los resultados obtenidos para valorar posibles modificaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0097

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0268

1. TÍTULO

REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE SILVIA MARTINEZ NUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORO NUÑEZ MAXIMILIANO
COLOMINA CALLEN LORENA
COLAS RODRIGUEZ ANA
ROMERO IÑIGUEZ BLANCA
ALCAZAR SALILLAS MARIA TERESA
GRACIA CORTES LAURA
FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El dolor agudo postoperatorio se presenta de diferentes formas ya que influyen, por un lado, la variabilidad de respuesta de los pacientes y, por otro lado el tipo de intervención y el procedimiento anestésico empleado. El objetivo del proyecto era comprobar la efectividad del tratamiento analgésico en el paciente durante su estancia en la REA y las primeras 48h al alta de la Unidad, así como el control de los posibles efectos secundarios al mismo.

La metodología empleada en este proyecto fue de tipo prospectiva y observacional. Se encuestó a una muestra aleatoria de los pacientes mayores de 14 años operados entre el mes de febrero y noviembre de 2017 en el Hospital Miguel Servet en las especialidades de Cirugía Torácica, Urología y Cirugía General y que fueron ingresados en la REA durante el postoperatorio inmediato. Se estudiaron un total de 60 pacientes, 20 de cada una de las especialidades.

En una escala de intensidad del dolor, todos los procesos que se incluyeron en este estudio estarían en el grupo de dolor intenso (nefrectomía, cistectomía, resección pulmonar, resección de recto, colectomía)

Como criterio de exclusión se estableció la incapacidad o falta de colaboración para responder a los test del estudio.

Previamente, se revisó la bibliografía existente, se diseñó una hoja de recogida de datos y se realizaron unos protocolos de analgesia en la REA y al alta en la planta, que serían aplicados a todos los pacientes incluidos en el proyecto.

Realizamos reuniones periódicas para evaluar los resultados, modificar protocolos y dar alternativas a los problemas que pudieran presentarse.

Se realizó una sesión para los médicos de la Unidad de Reanimación, donde se explicaron los protocolos y la forma de aplicarlos.

Para cada paciente se rellenó una hoja de recogida diseñada específicamente, donde se registraron parámetros como:

1. Fármacos usados en la intervención
2. EVA al ingreso en la unidad y seriado hasta las 48 horas tras el alta de la reanimación
3. Protocolo analgésico aplicado durante su estancia en la unidad
4. Protocolo analgésico aplicado durante su estancia en la planta
5. Efectos secundarios
6. Necesidad de analgesia de rescate. En caso de haber sido necesaria, evaluamos su efectividad
7. Monitorización de la función renal
8. Grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento del dolor.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo del proyecto era comprobar la efectividad del tratamiento analgésico en el paciente durante su estancia en la REA y durante las primeras 48h al alta de la Unidad, así como el control de los efectos secundarios y las posibilidades de mejora que pudiéramos extraer.

Los datos fueron obtenidos por medio de una entrevista con el paciente siguiendo un cuestionario diseñado específicamente para el proyecto, revisando su historia clínica en la planta y monitorizando los valores de las analíticas solicitadas.

No hubo pérdida de información: los 60 casos seleccionados completaron todas las fases del cuestionario y no se tuvo que excluir a ninguno de los pacientes.

La recogida de datos comprendió a 60 pacientes (20 de cada especialidad quirúrgica) cuyos datos demográficos se describen a continuación: edad media de 68.5 años; peso medio de 77.8 kg; sexo (H/M): 44.5% frente 55.5 %.

Descripción de los resultados en los pacientes intervenidos de Urología:

A 8 de los 20 pacientes se les realizó una anestesia combinada: anestesia general y anestesia epidural con anestésico local. El EVA al ingreso era menor en estos pacientes que en los que se había realizado una anestesia general solo con opioides.

Los pacientes fueron incluidos en 2 protocolos de analgesia en REA, según fueran portadores o no de catéter epidural, con los mismos analgésicos menores y fármacos antieméticos.

Observamos igual control del dolor al final de su estancia en la REA, aunque las cifras más bajas de EVA aparecieron antes en los pacientes con epidural.

Los episodios de náuseas y la necesidad de rescates fueron menores en los pacientes con catéter epidural. Durante su estancia en planta, precisaron menos rescates y presentaron menos efectos secundarios los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0268

1. TÍTULO

REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

pacientes portadores de catéter epidural
Comprobamos cómo la función renal estaba conservada en todos ellos, independientemente del tipo de analgesia recibida
9 pacientes tuvieron dolor "como lo esperaban", 9 "menos del que esperaban" y solo 2 "más del que esperaban"
Al calificar nuestra intervención, 10 pacientes estaban "muy satisfechos", 7 "satisfechos" y 3 "ni contentos ni descontentos"
Descripción de los resultados en los pacientes intervenidos de Cirugía General:
Sólo a 5 de los 20 pacientes se les realizó una anestesia combinada: anestesia general y anestesia epidural con anestésico local. El EVA al ingreso era menor en estos pacientes que en los que se había realizado una anestesia general solo con opioides
Los pacientes fueron incluidos en 2 protocolos de analgesia en REA, según fueran portadores o no de catéter epidural, con los mismos analgésicos menores y fármacos antieméticos
Observamos peor control del dolor durante su estancia en la REA en los pacientes sin catéter epidural
Los episodios de náuseas y la necesidad de rescates fueron menores en los pacientes con catéter epidural
Durante su estancia en planta (todos sin epidural), precisaron un número elevado de rescates analgésicos y presentaron una considerable incidencia de efectos secundarios (náuseas y mareo, fundamentalmente)
Comprobamos cómo la función renal estaba conservada en todos ellos, independientemente del tipo de analgesia recibida
7 pacientes tuvieron dolor "como lo esperaban", 9 "menos del que esperaban" y 4 "más del que esperaban"
Al calificar nuestra intervención, 2 pacientes estaban "muy satisfechos", 12 "satisfechos", 3 "ni contentos ni descontentos" y 3 "descontentos"
Descripción de los resultados en los pacientes intervenidos de Cirugía Torácica:
A 13 de los 20 pacientes se les realizó una anestesia combinada: anestesia general y anestesia epidural con anestésico local. El EVA al ingreso era menor en estos pacientes que en los que se había realizado una anestesia general solo con opioides
Los pacientes fueron incluidos en 2 protocolos de analgesia en REA, según fueran portadores o no de catéter epidural, con los mismos analgésicos menores y fármacos antieméticos
Observamos igual control del dolor al final de su estancia, aunque las cifras más bajas de EVA aparecieron antes en los pacientes con catéter epidural
Los episodios de náuseas y la necesidad de rescates fueron menores en los pacientes con catéter epidural
Durante su estancia en planta, precisaron menos rescates y presentaron menos efectos secundarios los pacientes portadores de catéter epidural
Comprobamos cómo la función renal estaba conservada en todos ellos, independientemente del tipo de analgesia recibida
10 pacientes tuvieron dolor "como lo esperaban", 9 "menos del que esperaban" y solo 1 "más del que esperaba"
Al calificar nuestra intervención, 11 pacientes estaban "muy satisfechos", 8 "satisfechos" y sólo 1 "descontento"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grado de satisfacción de los pacientes fue entre satisfecho y muy satisfecho en el 86% de los casos y sólo en 4 casos expresaron su descontento (3 de ellos por dolor en planta y 1 por dolor en la REA; este caso se trató de una compleja Cirugía Torácica realizada sin catéter epidural)
Cuando encuestamos a los pacientes, un número elevado nos refirieron que esperaban tener dolor importante tras la operación. Sorprende esta creencia bastante generalizada, que nos lleva a pensar que existe poca información general sobre el dolor y la oferta que tiene la Anestesiología para atajarlo. Este tema podría ser tratado con el paciente en la consulta preanestésica: explicar las posibilidades analgésicas en la intervención y postoperatorio inmediato
La percepción general es que lo estamos haciendo bien, pero hay que mejorar el control del dolor en las plantas de hospitalización, donde la supervisión del anestesiólogo ya no es tan directa como en la REA
La función renal no se ha alterado en ningún paciente de forma estadísticamente significativa
Los rescates analgésicos por vía epidural fueron mucho mejor que los rescates por vía intravenosa: tiempo de latencia, potencia, duración del efecto y tasa de efectos secundarios
Los resultados obtenidos en cada una de las cirugías fueron superponibles en cuanto a intensidad, progresión de la EVA, necesidad de rescates o efectos secundarios. Confirma la creencia que la homogeneización del tratamiento sobre una base científica nos permite obtener mejores resultados
La analgesia epidural ha resultado mejor método analgésico que la perfusión continua de opiáceos: menos efectos secundarios, menos crisis irruptivas, mejor respuesta a los rescates
Creemos que hay que utilizar más la técnica epidural en Cirugía General: son muy pocas intervenciones quirúrgicas las que se hacen con esta técnica y en nuestro estudio, ningún paciente dispuso de este método analgésico en la planta. La causa fundamental es que no se ha establecido una línea de trabajo con el personal médico y de enfermería (uso y cuidados específicos del catéter epidural) de dicha especialidad como con el de Urología o C. Torácica
Hemos observado que las crisis irruptivas están asociadas a momentos y actos puntuales: aseo, visitas, radiografías, exploraciones... Tenemos que adelantarnos a ellas y tratar de evitarlas, puesto que son muy mal toleradas por el paciente
Tuvieron dolor los pacientes hospitalizados en planta. Los resultados obtenidos en nuestro estudio mostraron la aparición de crisis de dolor o dolor no controlado fundamentalmente las primeras 24 h al alta de la REA. Creemos que es debido a que en planta se inicia la movilización precoz y que hay una mayor ratio de pacientes/enfermería para su cuidado que en la REA. Los planes analgésicos pautados para la planta fueron efectivos, por que tras su administración, el paciente recuperó su confort con celeridad
En este momento no contamos con la opción de PCA para control del dolor. Una bomba de analgesia controlada por el paciente (PCA, por sus siglas en inglés) le permite inyectarse un analgésico por vía intravenosa (IV)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0268

1. TÍTULO

REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

cuando lo necesite. Esto le da un mayor control del alivio del dolor y tienen una mayor sensación de control y seguridad sobre su propio tratamiento del dolor.
Cada día se describen nuevas técnicas analgésicas, más efectivas y menos invasivas, como sería el bloqueo TAP (bloqueo del plano transversal del abdomen), muy útil en la analgesia multimodal postoperatoria de varios procedimientos de cirugía abdominal baja, urológica y de pared abdominal. Creemos que debe ser incluida en los protocolos analgésicos por su sencillez, bajo coste y alta efectividad. Podría ser objeto de futuros trabajos de investigación o proyectos de mejora.
Pensamos que la solución al problema del dolor postoperatorio no controlado depende básicamente del establecimiento de una organización formal antes que de la implantación de nuevas técnicas. Las unidades de dolor agudo son una alternativa válida porque consiguen reducir la intensidad del dolor postoperatorio de una forma eficaz y con un control importante del gasto y de la iatrogenia
Como conclusión pensamos que los resultados expuestos demuestran la eficacia de la medicación analgésica empleada en el postoperatorio y nos estimula a mejorar: corregir los errores detectados, incluir nuevas técnicas y preparar mejor al paciente ante su próxima intervención.

7. OBSERVACIONES.

La formación continuada, la implicación de los anestesiólogos y del personal médico y de enfermería de las plantas quirúrgicas y el compromiso institucional son elementos fundamentales para mantener y mejorar el adecuado tratamiento del dolor postoperatorio.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/268 ===== ***

Nº de registro: 0268

Título
REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

Autores:
MARTINEZ NUEZ SILVIA, TORO NUÑEZ MAXIMILIANO, COLOMINA CALLEN LORENA, COLAS RODRIGUEZ ANA, ROMERO IÑIGUEZ BLANCA, ALCAZAR SALILLAS MARIA TERESA, GRACIA CORTES LAURA, FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La necesidad de ofrecer al paciente un adecuado confort post-operatorio nos obliga a establecer pautas de analgesia que deben comenzar en el periodo postoperatorio inmediato.
La REA dispone de pautas para el tratamiento del dolor adecuadas según la intensidad del dolor previsible (leve, moderado, intenso), tipo de cirugía y características del paciente.
Queremos evaluar la eficacia analgésica, los efectos secundarios y los efectos adversos relacionados con el tratamiento.
Igualmente, queremos que todos los pacientes tengan una pauta analgésica al alta de la Unidad
Actualmente no existe un seguimiento del paciente en la planta de hospitalización.
Este seguimiento se realizará según lo dispuesto en el protocolo para la revisión de la analgesia post-operatoria que se creará en este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
-El objetivo es comprobar la efectividad del tratamiento analgésico en cada paciente durante su estancia en la REA y durante las primeras 48h al alta de la Unidad, así como el control de efectos secundarios

-Toda esta información quedará recogida en un protocolo adecuado de recogida de datos

MÉTODO
-Revisión y actualización de los protocolos analgésicos existentes

-Creación de la hoja y sistema de recogida de datos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0268

1. TÍTULO

REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

-Monográficos informativos con los Servicios Quirúrgicos implicados

-Participarán todos los miembros del proyecto de mejora coordinados por el responsable del proyecto

INDICADORES

-Tasa de Cumplimiento: si se han seguido las instrucciones de forma correcta.

-Morbilidad asociada: eventos consecuencia de los efectos secundarios del fármaco.

-Grado de dificultad durante el proceso.

-Grado de satisfacción del paciente. Se obtendrán a través de un cuestionario que se le pasará al paciente durante su estancia y al alta de la REA

DURACIÓN

Inicio y finalización: 1 enero 2017 - 31 octubre 2017

Formación: enero y febrero 2017

Desarrollo: marzo a septiembre 2017

Evaluación final: octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE CORAL RODRIGUEZ CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARLUCCIO CRISTINA
CASTELLS MURILLO INMACULADA
FRACA CARDIEL CONCEPCION
GOMEZ MUÑOZ CONSUELO
GONZALO PELLICER INMACULADA
IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR
PASCUAL LOPEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-1.Revisión de la bibliografía existente y entrevistas informales a pacientes y 2016 profesionales: octubre 2016

Empezamos realizando una amplia revisión de la literatura existente, encontrando numerosas publicaciones desde el año 1990.

Realizamos entrevistas informales a compañeros y pacientes, preguntándoles qué consideran importante para evaluar el grado de satisfacción con los cuidados anestésicos que administramos.

-2.Reunión y generación del primer cuestionario: noviembre 2017

Con la información obtenida en el apartado anterior elaboramos un primer cuestionario en el que registrábamos los siguientes datos:

-Edad
-Sexo
-Nivel de formación: Sin estudios, Educación Básica, Educación Secundaria, Estudios Universitarios.
-Profesión
-Variables relacionadas con la salud del paciente: su clasificación ASA (que valora en cuatro grados el riesgo anestésico), los antecedentes de depresión y la toma habitual de analgésicos.
- Factores relacionados con la intervención: el tipo de intervención, el tipo de anestesia utilizada, la duración del procedimiento quirúrgico, el periodo de estancia en la sala de recuperación, la existencia de complicaciones en la sala de despertar y los días de estancia hospitalaria.

Los siguientes items los debe valorar del 1 al 5 según le parezca que cada item es importante o no para valorar su experiencia (1:nada importante, 2: poco importante, 3: importancia media, 4: bastante importante, 5: muy importante):

- 1.Disminuir el tiempo de espera en la consulta de anestesia
- 2.Recibir información clara sobre el procedimiento anestésico
- 3.Tener tiempo en la consulta para resolver sus dudas
- 4.Facilitar el descanso la noche previa a la cirugía
- 5.Minimizar el tiempo de ayuno preoperatorio
- 6.Comodidad en el traslado a la zona quirúrgica
- 7.Buena recepción en la sala de acogida
- 8.Disminuir el tiempo de espera en la sala de acogida
- 9.No sentir dolor cuando se le administre la anestesia
- 10.Tener una posición cómoda durante la intervención
- 11.No sentir dolor durante la cirugía
12. No sentir confusión durante la cirugía
- 13.No pasar frío en quirófano
- 14.No oír ruidos durante la intervención
- 15.No tener recuerdos de la cirugía
- 16.Estar tranquilo durante la intervención
- 17.No sentir miedo ni ansiedad durante la cirugía
- 18.Sentimiento de seguridad durante la cirugía
- 19.Tener confianza con el anestesista
- 20.Competencia técnica del anestesista
- 21.Grado de atención del anestesista con sus necesidades
22. Trato cortés por parte del personal sanitario
- 23.Que sus demandas sean respondidas con prontitud
- 24.Ayudar a mantener su privacidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

25. Confidencialidad sobre su estado de salud
26. Tener un despertar confortable en el quirófano
27. Buena recepción en la sala de despertar
28. No pasar frío en la sala de despertar
29. No tener sed en la sala de despertar
30. No oír ruidos en la sala de despertar
31. No tener náuseas ni vómitos postoperatorios
32. No tener dolor postoperatorio
33. No estar confuso en el postoperatorio
34. No tener dificultad para orinar en el postoperatorio
35. Disminuir el tiempo de estar en la sala de recuperación
36. Amabilidad del personal de la sala de recuperación
¿Tiene alguna sugerencia que pueda contribuir a mejorar su experiencia perioperatoria?

-3. Distribución del cuestionario a los pacientes: diciembre, enero y febrero 2017

El cuestionario lo distribuyen enfermeras, con amplia experiencia en pacientes hospitalizados posquirúrgicos, cuando han transcurrido unas horas de la intervención y valoran que están plenamente recuperados de la anestesia.

A pesar de que el test es complejo, nos parece adecuado para nuestros propósitos, prefiriéndolo a una entrevista personal en la que la enfermera ayudaría a la persona a transmitirnos su información, pero también su presencia supondría un condicionante para el paciente que podría interferir en sinceridad a la hora de responder.

Debido a la complejidad de este cuestionario y sabiendo que va a suponer un esfuerzo su contestación decidimos reducir el número de pacientes de 150 a 75.

El cuestionario se distribuye a pacientes que cumplan los siguientes requisitos: haber sido intervenido quirúrgicamente de un proceso traumatológico en las horas o días previos en nuestro hospital y tener un nivel cognitivo adecuado para contestar las preguntas solo o con ayuda de un familiar.

La enfermera le indica al paciente que estamos elaborando unos test para evaluar la satisfacción de nuestros usuarios con la asistencia anestésica recibida, y que necesitaríamos conocer su opinión sobre si le parecen adecuados los siguientes factores para evaluar esa asistencia, En la segunda columna debe marcar los 10 items que le parezcan más importantes y en la tercera los 5 de máxima importancia.

-4. Análisis de resultados del primer cuestionario: marzo 2017

Para el estudio estadístico se utilizó el programa SPSS 22 para windows. Como la media de todos los items sigue la distribución de normalidad emplearemos el test T de student para analizar su relación con las variables categóricas dicotómicas y el test de Anova cuando se trate de variables con varias categorías aceptando las hipótesis de homogeneidad con valores $p > 0,05$.

La valoración media de los items fue de 4,05 esto da validez a nuestro criterio de que eran adecuados para medir la satisfacción.

El hecho de que coincidieron los items más valorados en las tres formas en que lo preguntamos (puntuación, 10 más importantes, 5 más importantes) aumenta la consistencia de los items.

Comparamos media de satisfacción obtenida con las diferentes variables que podían influir en los resultados y no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Para simplificar y disminuir el número de items del test piloto, unificamos los que preguntaban el mismo concepto de diferente forma, siendo que además han demostrado tener una valoración muy parecida.

Teniendo en cuenta estos primeros análisis seleccionamos un total de 17 items.

Decidimos mantener la valoración de la existencia de recuerdos de la cirugía, aunque no ha obtenido una puntuación alta por los pacientes, dado que nos parece muy relevante en la evaluación objetiva del procedimiento anestésico.

Añadimos un nuevo item que es la valoración de su vivencia respecto a sus expectativas, dado que existen muchos autores que relacionan la satisfacción percibida por los sujetos con las expectativas previas a la vivencia del suceso.

También le preguntamos si le gustaría ser atendido por el mismo equipo, por que es un item muy significativo a la hora de valorar la satisfacción del paciente.

Por último en los datos sociodemográficos, que rellenan los pacientes en el encabezado del cuestionario,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

añadimos que valore su estado de salud previo, puesto que también puede condicionar su percepción de su vivencia perioperatoria.

A la pregunta abierta, de si tienen alguna sugerencia que contribuya a mejorar nuestra asistencia, 45 personas no la han contestado, del resto, la mayoría ha aprovechado para dar las gracias al personal de quirófano y de planta que le ha atendido, y algunos dan sugerencias respecto a la temperatura y otros detalles que no aportan más información para la elaboración del test.

-5.Reunión del equipo y generación del cuestionario piloto: abril 2017

A los datos registrados en el cuestionario anterior añadimos el siguiente:

-Estado de salud: 1 Malo, 2 Regular, 3Bueno, 4Muy bueno y 5Excelente

Los aspectos a valorar del 1 al 5 según su satisfacción con los cuidados anestésicos recibidos fueron los siguientes:

1. Información recibida en la consulta
- 2.Recepción en la sala de acogida
- 3.Dolor al administrarle la anestesia
- 4.Posición cómoda durante la cirugía
- 5.Dolor durante la cirugía
- 6.Confusión durante la cirugía
- 7.Frío en el quirófano
- 8.Recueros durante la cirugía
- 9.Tranquilidad durante la intervención
- 10.Nivel de confianza con el anestesista
- 11.Nivel de competencia técnica del anestesista
- 12.Grado de atención por parte del anestesista
13. Trato cortés por parte del personal sanitario
14. Despertar confortable en el quirófano
15. Frío en la sala de recuperación
- 16.Nauseas o vómitos postoperatorio
17. Dolor después de la intervención
- 18.Dificultad para orinar después de la intervención
- 19.¿Quedo satisfecho en general con la asistencia anestésica en relación con lo que se esperaba?

Si tuviese que volver a operarse, ¿Le gustaría ser atendido por el mismo equipo anestésico? SI NO

¿Tiene alguna sugerencia que pueda contribuir a mejorar la asistencia anestésica?

-6.Distribución del cuestionario piloto: de mayo a noviembre 2017

Distribuimos el test piloto entre mayo y octubre de 2017 a 150 pacientes con las mismas características que los anteriores, a mitad del tiempo hicimos una primera evaluación y modificamos la redacción de algunas preguntas porque vimos que daban lugar a error en su interpretación.

-7.Estudio estadístico de los resultados: diciembre 2017

En diciembre analizamos los resultados, obteniendo un valor en el test alfa de Cronbach de 0,838 y un Índice de Correlación Interclase de 0,838 cuando comparamos los test distribuidos por dos enfermeras diferentes, una vez comprobada la viabilidad y fiabilidad del test seleccionamos los 16 que le otorgaban mayor validez para redactar una encuesta más breve y sencilla.

-8.Reunión del equipo para valorar los resultados: diciembre 2017

Aunque el objetivo principal este año era la elaboración de la encuesta, también analizamos los resultados, obteniendo una media de satisfacción con los cuidados anestésicos de 4,51 sobre 5.

Comunicamos los resultados de la encuesta a nuestros compañeros en sesión clínica.

La media de edad de los pacientes entrevistados es alta, rozando los 62 años, lo cual era esperable ya que los procesos traumatológicos que pueden requerir tratamiento quirúrgico aumentan con la edad y además nuestro hospital pertenece a una comunidad autónoma con un alto nivel de envejecimiento poblacional.

Sólo se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con un intervalo de edad de 45 a 65 y los que tienen entre 65 y 85 años, pero vemos que hay una clara tendencia a aumentar el grado de satisfacción conforme la edad aumenta, de una media de 4 en las personas jóvenes a una de 4.84 en las personas ancianas, lo cual concuerda con los resultados obtenidos en las encuestas previas de valoración de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

cuidados anestésicos que leímos en la revisión bibliográfica previa a nuestro estudio.

En cuanto al sexo el porcentaje de mujeres fue superior al de hombres no existiendo diferencias en cuanto a su nivel de satisfacción.

Las intervenciones más frecuentes fueron las osteosíntesis de cadera y la artrodesis de columna, no existiendo diferencias de satisfacción por el tipo de procedimiento.

La anestesia mas frecuentemente realizada fue la intradural sin que tampoco existan diferencias en cuanto a la valoración global según el tipo de anestesia.

En cuanto al nivel de estudios destaca el alto porcentaje de pacientes que no contestan a esta pregunta (19,3) y como no vemos que exista relación con el nivel de satisfacción la eliminaremos de nuestro cuestionario en base a conseguir un cuestionario breve y rápido de realizar.

También fue alto el porcentaje de pacientes que no rellenaron el apartado de su profesión (12,7%) y tampoco existía relación con el nivel de satisfacción, por lo que también será eliminado.

En cuanto a la percepción que el paciente tenía de su estado de salud previo también destaca el alto porcentaje no contestado (25,3%), así como la alta proporción de pacientes que hacen una valoración negativa de su estado de salud(34%) y el bajo porcentaje que la valora positivamente (11,3). Pensamos que esta valoración negativa puede estar relacionada con una mala redacción de la escala de valoración donde regular ya es un nivel bajo y para la siguiente encuesta cambiaremos la escala a: muy malo (1), malo(2), regular(3), bueno(4) y muy bueno(3).En cuanto a nivel de satisfacción se encontraron diferencias entre los que tenían un nivel de salud bueno y muy bueno.

En cuanto a la escala ASA la mayoría de nuestros pacientes eran ASA I Y II con un porcentaje equilibrado entre estos dos niveles, posiblemente en relación con los requisitos para poder realizar la entrevista y no existieron diferencias estadísticamente significativas en su media de satisfacción.

De todos los pacientes la mitad tenían antecedentes de depresión y/o tomaban analgésicos de forma habitual, encontrándose una relación estadísticamente significativa entre los que tenían depresión y valoraron mas negativamente su satisfacción. En la encuesta final mantendremos sólo los antecedentes de depresión.

Ni el tiempo de estancia media hospitalaria, ni la duración media de la intervención quirúrgica, ni el tiempo media de permanecer en la sala de despertar influyeron en la valoración media y también los retiraremos del cuestionario definitivo.

En cuanto a las complicaciones en la sala de despertar ocurrieron en 36 pacientes, destacando el dolor de moderado a severo y esto si que tuvo relación con una menor satisfacción con los cuidados recibidos.

Valorando cada item por separado el peor valorado fue el dolor postoperatorio, siendo el único que recibió una valoración por debajo de 4 (3,74)buscamos si existe relación con algún tipo de intervención en concreto.

Como vemos la osteosíntesis de las extremidades son las que más dolor postoperatorio produjeron seguidos de la artrodesis de columna, las extracciones de material y los tumores de las extremidades, todos valorados por debajo de 4.

Los siguientes aspectos peor valorados, pero ya por encima de 4,fueron la información recibida en la consulta y la sensación de frío en el quirófano y en el despertar.

Los aspectos mejor valorados fueron el no tener recuerdos de la cirugía con 4,87 (teniendo que ver con la mala interpretación del primer tipo de cuestionario, pues nos referimos a la existencia de despertares intraoperatorios y en nuestros pacientes no se dio ningún caso, así que sería 5).

También fue muy bien valorado el no tener dolor durante la cirugía y el trato por parte del personal sanitario.

-9.Reunión del equipo para realizar un cuestionario definitivo y valorar la pertinencia de realizarlo a un grupo mayor de pacientes el año consecutivo: diciembre.

Valorando los resultados obtenidos en los pasos previos elaboramos la encuesta que distribuiremos en el año 2018:

-Variables demográficas: edad, sexo.

-Variables relacionadas con la salud del pacientes: Clasificación ASA, antecedentes de depresión, valoración subjetiva por parte del encuestado de su estado de salud previo a la hospitalización.

-Los 7 aspectos siguientes los tienen que valorar del 1 al 5 según su nivel de satisfacción:

- 1.Información recibida en la consulta
- 2.Recepción en la sala de acogida
- 3.Posición cómoda durante la cirugía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. Tranquilidad durante la intervención
5. Grado de atención por parte del anestesista
6. Trato cortés por parte del personal sanitario
7. Despertar confortable en el quirófano

A las siguientes 5 preguntas deben contestar: no, muy poco, poco, bastante, mucho

8. ¿Sintió dolor al administrarle la anestesia?
9. ¿Sintió dolor durante la cirugía?
10. ¿Sintió dolor después de la operación?
11. ¿se sintió confuso durante la cirugía?
12. ¿Paso frío en el quirófano?
13. ¿Tuvo náuseas o vómitos después de la operación?
14. ¿Tuvo dificultad para orinar después de la intervención?

A la siguiente pregunta responden cómo se ve a continuación

15. Respecto a lo que usted esperaba antes de ingresar, ¿la asistencia anestésica recibida ha sido? Mucho peor, peor, como me esperaba, mejor, mucho mejor

16 Si tuviese que volver a operarse, ¿le gustaría ser atendido por el mismo equipo anestésico? Si no

¿Tiene alguna sugerencia que pueda contribuir a mejorar la asistencia anestésica?

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido nuestro resultado principal elaborando una encuesta multidimensional,, valida, fiable, consistente y sencilla que distribuiremos entre algunos de nuestros pacientes el próximo año como herramienta que nos ayude a mejorar la experiencia que viven cuando están bajo nuestro cuidado, dado que entendemos que las intervenciones quirúrgicas suponen una experiencia estresante y muchas veces dolorosa y es parte de nuestro objetivo contribuir a que el paciente sufra lo mínimo posible, reduciendo el stress en la recuperación del proceso quirúrgico.

Como objetivo secundario hemos realizado una primera valoración de la satisfacción de los pacientes con nuestros cuidados.

La media de satisfacción ha sido alta.

Al hacer el estudio estadístico de las diferentes variables vemos que las peores valoraciones están relacionadas con el dolor postoperatorio de los procesos de osteosíntesis de las extremidades y de las artrodesis de la espalda, la información que damos en la consulta y el frío que pasa el paciente en el quirófano y en la sala de despertar.

Actualmente ya estamos recogiendo datos para valorar el dolor de los pacientes intervenidos de osteosíntesis de las extremidades en los que realizamos anestesia locoregional.

Se han cumplido los indicadores de resultados y realización propuestas en el proyecto, aunque en un menor número de pacientes de los que nos habíamos propuesto por el tiempo que ha requerido la realización de las encuestas a los pacientes que han sido mayor del esperado, por eso hemos intentado simplificar al máximo las encuestas del próximo año aunque hay un número mínimo de preguntas a contestar para que la encuesta sea fiable por lo que dejaremos en 16 los aspectos a valorar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las encuestas deben ser breves y sencillas de interpretar porque nuestros pacientes tienen una edad media alta y no disponemos de mucho tiempo para explicarles el contenido.

El dolor postquirúrgico es un problema que continúa teniendo una alta incidencia y debemos seguir trabajando en disminuirlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/280 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Nº de registro: 0280

Título

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:

RODRIGUEZ CALVO CORAL, CARLUCCIO MARIA CRISTINA, CASTELLS MURILLO INMACULADA, FRACA CARDIEL CONCEPCION, GOMEZ MUÑOZ CONSUELO, GONZALO PELLICER INMACULADA, IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR, PASCUAL LOPEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la Sección de Anestesia de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet se realizan a diario números procedimientos anestésicos utilizando técnicas muy diversas. Siendo un objetivo fundamental de los anestesiólogos proporcionar bienestar al paciente, es importante conocer el nivel de satisfacción del mismo con los cuidados recibidos para poder evaluar la calidad de nuestro trabajo y emprender acciones de mejora. La American Society of Anesthesiologists ha publicado que pasos se deben seguir en la elaboración de este tipo de encuestas para que sean válidas y fiables, debiendo cada profesional adaptarlas también a su entorno.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es elaborar una Encuesta de Satisfacción con los Cuidados Anestésicos que sea multidimensional, válida, fiable, consistente y sencilla de realizar. El objetivo secundario sería realizar la encuesta a todos nuestros pacientes y analizar los resultados buscando qué aspectos de nuestra atención podemos mejorar.

MÉTODO

1. Generar una lista de los factores relacionados con la anestesia que más influyen en la satisfacción del paciente mediante revisión de bibliografía y realización de entrevistas a profesionales y pacientes. Equipo de Mejora
2. Distribución de esta lista a 150 pacientes en la planta de hospitalización para que ponderen la importancia que dan a cada factor. Inmaculada Castells, Pilar Ibañez y Merche Pascual
3. Evaluación de los resultados obtenidos Cristina Carluccio y Concepción Fraca
4. Realización de un Cuestionario de Satisfacción piloto. Consuelo Gomez e Inmaculada Gonzalo
5. Distribución de este cuestionario a 300 pacientes. Inma Castells, Pilar Ibañez y Mercedes Pascual
6. Análisis estadístico de las respuestas obtenidas. Coral Rodriguez
7. Elaboración de un cuestionario definitivo. Equipo de Mejora

INDICADORES

Indicador de realización: número de pacientes y profesionales que responden al primer cuestionario.
Indicador de resultados: Documento que analice las respuestas del primer cuestionario.
Indicador de realización: Número de pacientes que responden al segundo cuestionario.
Indicador de resultados: Análisis del segundo cuestionario
Indicador de realización: elaboración de la Encuesta de Satisfacción

DURACIÓN

de octubre de 2016 a octubre 2017
Generación del primer cuestionario OCT16
Distribución de 150 cuestionarios NOV y DIC 16
Evaluación resultados del primer cuestionario ENE17
Elaboración segundo cuestionario ENE 17
Distribución del segundo cuestionario a 300 pacientes FEB, MAR, ABR y MAYO17
Análisis de resultados JUN17
Elaboración encuesta definitiva SEP, OCT 17

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE CORAL RODRIGUEZ CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARLUCCIO MARIA CRISTINA
MARDONES FUENTE AMAYA
FRACA CARDIEL CONCEPCION
GOMEZ MUÑOZ CONSUELO
GONZALO PELLICER INMACULADA
IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR
PASCUAL LOPEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Realización de las encuestas, elaboradas en el Proyecto de Mejora del año 2016, a 172 pacientes. Estos habían sido intervenidos en las horas previas de un proceso traumatológico. Las encuestas se realizan en la planta de hospitalización, cuando el paciente está recuperado de la anestesia y las realizan enfermeras con experiencia en este tipo de pacientes.

2. Seguimos el calendario previsto entregando las encuestas desde mayo del 2018 hasta enero del 2019.

3. En septiembre hicimos una primera valoración de los datos obtenidos, viendo que la mayoría de los pacientes rellenaban bien el cuestionario, salvo la primera pregunta referente a su estado de salud que muchos se la saltaban.

4. En febrero hemos realizado un estudio estadístico de los datos obteniendo los resultados que detallamos en el apartado siguiente.

5. Vamos informando a la Unidad de los resultados obtenidos y comentando medidas que podemos realizar para optimizar los cuidados que realizamos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El principal resultado alcanzado es haber obtenido una valoración por parte del paciente de los cuidados anestésicos que recibe teniendo en cuenta las dimensiones física, emocional y de relación de los mismos. Los pacientes colaboran rellenando los cuestionarios y la valoración que tienen de nuestro trabajo es, en general, muy positiva.

2. Al igual que en el proyecto del año 2016 no hemos conseguido realizar el número de cuestionarios que nos habíamos propuesto,

3. Un breve resumen los datos obtenidos:

- Hemos obtenido 167 cuestionarios válidos. 96 mujeres y 71 hombres. Edad media de 63,7. La mayoría ASA1 (89) y ASA2 (76).

- Los procesos quirúrgicos de los que hemos recogido más encuestas son las artrodesis de columna y las osteosíntesis de cadera.

- La valoración media de la satisfacción obtenida con los cuidados anestésicos sobre una escala de 5 ha sido de 4,381.

- El único aspecto valorado por debajo de 4 ha sido el dolor postoperatorio con una media de 3,6. Por intervenciones las más dolorosas han sido las osteosíntesis de mano y antebrazo con media de 2,7, seguidas de las osteosíntesis de pierna y pie con media de 3,35 y de las artrodesis de columna con media 3,44.

- Los siguientes aspectos peor valorados, pero ya siempre con medias por encima de 4 son: el pasar frío en quirófano (4,1), la información recibida en la consulta (4,14), la posición cómoda durante la cirugía (4,25) y el despertar confortable en quirófano (4,21).

- Las náuseas y vómitos postoperatorios han obtenido buena valoración (4,69).

- Hemos realizado un estudio estadístico de las diferentes variables a estudio (edad, sexo, percepción por parte del paciente de su estado de salud previo al ingreso, grado de riesgo anestésico según la escala ASA, existencia de depresión, toma habitual de analgésicos, intervención quirúrgica, tipo de anestesia realizada, complicaciones en la unidad de reanimación postanestésica) para ver si existe relación estadísticamente significativa entre alguna de ellas y la valoración media que realiza el paciente de la atención anestésica recibida. Con los datos obtenidos hasta el momento no encontramos ninguna relación significativa que influya en los resultados obtenidos.

- También hemos realizado un estudio de la relación entre valoración del dolor postquirúrgico y el tipo de intervención. Aquí sí que encontramos diferencias significativas entre los pacientes intervenidos de hombro y el resto de las intervenciones, siendo las de hombro menos dolorosas (valoración media 4,64).

- En el estudio del resto de los ítems peor valorados y las diferentes intervenciones no hemos encontrado ninguna relación.

- Sí que encontramos correlación entre las expectativas que tenía el paciente previas al ingreso y la valoración de los cuidados recibidos,

- A la pregunta de si volverían a elegir el mismo equipo anestésico para operarse todos nuestros pacientes han respondido positivamente,

- En el apartado de sugerencias solo han respondido 20 pacientes, la mayoría agradeciendo los cuidados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

recibidos y unos pocos recalando el malestar con alguno de los cuidados ya valorados en la encuesta que habían realizado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. En cuanto a la validez del formulario, vemos que la mayoría de los pacientes lo rellenan bien, excepto el primer apartado de valorar su estado de salud que solo lo han contestado 99.
2. Hemos realizado menos encuestas de las que nos habíamos propuesto, debido a que en un hospital con tanta presión asistencial como el nuestro es difícil sacar el momento para cualquier tarea extra. Pero nos parece que 167 es un número suficiente para hacer un sondeo de como valoran los pacientes nuestro trabajo que es el objetivo principal de este proyecto.
3. Nos parece pertinente seguir realizando las encuestas porque vemos que vamos obteniendo datos que nos ayudan a mejorar nuestra labor asistencial.
4. El nivel de satisfacción con los cuidados recibidos por parte del equipo de anestesia es alto y existe un bajo índice de complicaciones en la sala de despertar,
5. El dolor postoperatorio es el aspecto peor valorado de los cuidados anestésicos de nuestros pacientes. Siendo los procesos de osteosíntesis distales de las extremidades y las artrodesis de columna los peor controlados según nuestros resultados.
- Ya el año pasado se empezó a hacer seguimiento del dolor de los pacientes que reciben anestesia locoregional. Intentaremos este segundo trimestre realizar más encuestas a los pacientes sometidos a osteosíntesis de las extremidades para poder hacer una valoración más exhaustiva.
6. Destaca la baja incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios, pero seguiremos haciendo seguimiento para ver que continúa esta tendencia.
7. La información dada en la consulta también esta entre los items peor valorados, como ya ocurrió el año pasado, insistiremos otra vez en intentar ser más exhaustivos al explicarles cómo vamos a realizar las técnicas anestésicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/280 ===== ***

Nº de registro: 0280

Título
ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
RODRIGUEZ CALVO CORAL, CARLUCCIO MARIA CRISTINA, CASTELLS MURILLO INMACULADA, FRACA CARDIEL CONCEPCION, GOMEZ MUÑOZ CONSUELO, GONZALO PELLICER INMACULADA, IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR, PASCUAL LOPEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la Sección de Anestesia de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet se realizan a diario números procedimientos anestésicos utilizando técnicas muy diversas.

Siendo un objetivo fundamental de los anestesiólogos proporcionar bienestar al paciente, es importante conocer el nivel de satisfacción del mismo con los cuidados recibidos para poder evaluar la calidad de nuestro trabajo y emprender acciones de mejora.

La American Society of Anesthesiologists ha publicado que pasos se deben seguir en la elaboración de este tipo de encuestas para que sean válidas y fiables, debiendo cada profesional adaptarlas también a su entorno.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

El objetivo principal es elaborar una Encuesta de Satisfacción con los Cuidados Anestésicos que sea multidimensional, válida, fiable, consistente y sencilla de realizar.

El objetivo secundario sería realizar la encuesta a todos nuestros pacientes y analizar los resultados buscando qué aspectos de nuestra atención podemos mejorar.

MÉTODO

1. Generar una lista de los factores relacionados con la anestesia que más influyen en la satisfacción del paciente mediante revisión de bibliografía y realización de entrevistas a profesionales y pacientes. Equipo de Mejora
2. Distribución de esta lista a 150 pacientes en la planta de hospitalización para que ponderen la importancia que dan a cada factor. Inmaculada Castells, Pilar Ibañez y Merche Pascual
3. Evaluación de los resultados obtenidos Cristina Carluccio y Concepción Fraca
4. Realización de un Cuestionario de Satisfacción piloto. Consuelo Gomez e Inmaculada Gonzalo
5. Distribución de este cuestionario a 300 pacientes. Inma Castells, Pilar Ibañez y Mercedes Pascual
6. Análisis estadístico de las respuestas obtenidas. Coral Rodriguez
7. Elaboración de un cuestionario definitivo. Equipo de Mejora

INDICADORES

- Indicador de realización: número de pacientes y profesionales que responden al primer cuestionario.
Indicador de resultados: Documento que analice las respuestas del primer cuestionario.
Indicador de realización: Número de pacientes que responden al segundo cuestionario.
Indicador de resultados: Análisis del segundo cuestionario
Indicador de realización: elaboración de la Encuesta de Satisfacción

DURACIÓN

- de octubre de 2016 a octubre 2017
Generación del primer cuestionario OCT16
Distribución de 150 cuestionarios NOV y DIC 16
Evaluación resultados del primer cuestionario ENE17
Elaboración segundo cuestionario ENE 17
Distribución del segundo cuestionario a 300 pacientes FEB, MAR, ABRI y MAY017
Análisis de resultados JUN17
Elaboración encuesta definitiva SEP, OCT 17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0392

1. TÍTULO

MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE NATALIA PEÑA DE BUEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROVIRA FLORES EVA
TARANCON ROMERO MARIA ELENA
BORQUE MARTIN JOSE LUIS
GOMEZ RAMOS NEREA
DELGADO DOMINGO JUAN
CASTILLO AZNAR JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se llevó a cabo la elaboración de los monográficos y las hojas de información para las pacientes durante los primeros meses del proyecto (Octubre y Noviembre). Posteriormente, se realizaron varias reuniones con el Servicio de Obstetricia (a lo largo de Diciembre, Enero y Febrero) para mostrar las hojas de información y concretar las tareas a realizar para el proyecto. A continuación se desarrolló el Proyecto, de forma que las pacientes recibieron la información pertinente con respecto a la analgesia epidural en reuniones informativas del Servicio de Anestesiología, y además se pudo evaluar de forma programada en el preoperatorio a aquellas pacientes con patología concomitante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos marcados fueron conseguidos.

- Por un lado la mejora de la información a las pacientes sobre analgesia epidural fue notable, con una mayor afluencia de pacientes a las reuniones informativas del Servicio de Anestesiología de Maternidad, pasando de una media de 13 pacientes a 25. (Datos recogidos de la participación en las reuniones informativas realizadas, contabilizando).

- Asimismo, se consiguió que las pacientes con patología fueran remitidas a la consulta de preanestesia para la optimización de cara al parto. De esta manera, de una media de 1 paciente mensual mandada a la consulta de preanestesia pasamos a una media de 15. (Datos recogidos en la consulta de preanestesia, pacientes obstétricas citadas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora trabajó en conjunto y de manera organizada para llevar a cabo las actividades correspondientes, lo que ha quedado reflejado en los buenos resultados obtenidos. Sin embargo, sería necesario continuar con el trabajo al respecto e incluir en el proyecto a miembros del Servicio de Obstetricia, para conseguir la optimización de todas las pacientes obstétricas en el momento del parto. Asimismo, sería deseable lograr que la información en relación a la analgesia obstétrica llegara a todas las pacientes previamente al parto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/392 ===== ***

Nº de registro: 0392

Título
MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO

Autores:
PEÑA DE BUEN NATALIA, ROVIRA FLORES EVA, TARANCON ROMERO MARIA ELENA, BORQUE MARTIN JOSE LUIS, GOMEZ RAMOS NEREA, DELGADO DOMINGO JUAN ANTONIO, CASTILLO AZNAR JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo Mujeres
Edad Adultos
Tipo Patología Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Gestante
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0392

1. TÍTULO

MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La analgesia epidural es un procedimiento habitualmente utilizado en el trabajo del parto, que permite el alivio del dolor y disminuye la ansiedad materna. En el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) este procedimiento es habitual, con un número de epidurales entre 2300 y 3400 al año. Sin embargo, existe un importante desconocimiento de la técnica por parte de las pacientes, así como sus complicaciones, riesgos y beneficios. Durante dos días al mes se realizan unos coloquios por parte del Servicio de Anestesiología para mejorar la información al respecto, no obstante son pocas las gestantes que pueden acudir a las mismas (problemas de horario, de distancia...).

La consulta de preanestesia forma parte de la evaluación y la preparación previa a cualquier procedimiento anestésico, sin embargo en numerosos centros como en el nuestro las mujeres gestantes no son citadas ni evaluadas en la misma. En consecuencia, la evaluación preanestésica es preciso llevarla a cabo en el momento previo a la analgesia epidural, lo que supone un retraso en el procedimiento y en ocasiones una denegación del mismo, debido a que las condiciones para realizar la técnica no son óptimas.

Por todo ello, consideramos necesaria una mejora en el proceso previo a la analgesia epidural de manera que las pacientes estén informadas de la técnica de manera óptima, y si es necesario por la patología concomitante, puedan ser evaluadas previamente al procedimiento anestésico en las consultas evitando retrasos y denegaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Los principales objetivos son:

Mejorar la información de las pacientes sobre la analgesia epidural, procedimiento, riesgos y beneficios en unas condiciones óptimas.
Evitar retrasos y denegaciones de la analgesia epidural.

MÉTODO

- Creación de monográficos informativos para el Servicio de Anestesiología y Reanimación, así como para el Servicio de Obstetricia. De esta manera se informará al personal implicado en el proceso.
- Creación de unas hojas de información sobre la técnica epidural, que se repartirán junto con el consentimiento informado en la ecografía del tercer trimestre ya que esta consulta es la de mayor cumplimiento o afluencia. De esta manera, se permitirá su lectura previamente al parto y en unas condiciones óptimas.
- Creación de una hoja y sistema de recogida de datos. Por un lado, se recogerán los datos relativos al número de embarazadas con patología que fueron remitidas a la consulta de preanestesia y aquellas que no. Además, se tomarán los datos del número de gestantes que obtuvieron las hojas de información y el consentimiento informado previamente al parto, a partir de la implantación del Proyecto, en comparación con las que lo hacían previamente.
- La participación en el proyecto será de todos los miembros incluidos en el Proyecto, coordinados por el responsable del proyecto.

INDICADORES

- Se evaluará la tasa de cumplimiento por parte de los servicios implicados comparando los datos previos a la implantación del Proyecto y posteriores.
- Se valorará el número de pacientes con patología remitidas a la consulta de preanestesia, y aquellas que no a través de las hojas de recogida de datos.
- Se valorará el número de pacientes con que han obtenido las hojas de información y el consentimiento previamente al proceso analgésico a través de las hojas de recogida de datos.
- Se estudiará el grado de satisfacción de la paciente con la mejora de la información al respecto, mediante un cuestionario.
- Se evaluará el número de gestantes que acuden a los coloquios de información pre- y postimplantación del Proyecto.

DURACIÓN

- Elaboración de los monográficos, de las hojas de información a las pacientes y de las hojas de recogida de datos: Octubre y Noviembre de 2016.
 - Formación de los Servicios implicados: Enero y Febrero de 2017.
 - Desarrollo del Proyecto: desde Marzo a Octubre de 2017.
 - Evaluación final: Noviembre de 2017.
- Total: desde Octubre a Noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0425

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACION)

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ROBERTO CARBONELL BERNAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DELGADO MARTINEZ JULIO
RODRIGO PALACIOS JAVIER
GOMEZ GOMEZ ROBERTO
GOMEZ MUÑOZ CONSUELO
GONZALO PELLICER INMACULADA
POLO PELLICENA MARCOS
GARCIA HERNANDEZ ALEJANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión continua de la literatura.
Seguimiento e información del protocolo de manejo perioperatorio de transferencias microquirúrgicas de tejidos a los profesionales implicados de los Servicios de Cirugía Plástica y Anestesiología.
Modificación del protocolo de antiagregación ampliándose a todo el período perioperatorio.
Seguimiento y confirmación del uso de la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno como método válido para el control de la viabilidad de injertos.
El objetivo señalado en la presentación del proyecto de desarrollo como proceso no se ha realizado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Siendo un proyecto de continuación y seguimiento y dado que la memoria precedente se presentó con los resultados de 2015, aquí se han incluido los datos recogidos correspondientes a 2016 y 2017.
En las 37 transferencias microquirúrgicas para cirugía reconstructiva de la mama, se ha usado la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno en 35 casos, ya que hubo dos fracasos intraoperatorios que no dieron opción a monitorización por lo que se excluyeron a efectos de validación de dicha monitorización.
Se ha constatado consenso en el manejo perioperatorio en cuanto a control, medición y registro de la temperatura, administración de fármacos y manejo de la fluidoterapia, no repitiéndose el problema señalado en la memoria anterior en cuanto a disponibilidad de dispositivos calentadores, estableciéndose como tal la manta de aire.
Indicadores:
Tasa de supervivencia del injerto monitorizado : nº injertos viable/ nº injertos realizados 29/35=82% (objetivo 90%). Este indicador se encuentra modificado dada la circunstancia ya comentada de los fracasos inmediatos considerados como cirugía no realizada o concluida, en los que no se pudo monitorizar y que supondría un sesgo a efectos del estudio precisamente de la validación de la monitorización.
Tasa de fallos del injerto detectados mediante monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno: nº fallos detectados/ nº total de fallos 6/6=100% (objetivo 90%)
Eficacia de la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno: nº colgajos salvados/ nº trombosis detectadas 2/6=33% (objetivo 65%)
El impacto de la monitorización supuso un aumento de la tasa de supervivencia al alta hospitalaria del 82% (29/35) al 85% (30/35). No fue del 88% (31/35), ya que aunque se recuperaron dos colgajos, como se observa en el indicador arriba expuesto, el día previo al alta hospitalaria tras cinco días de ingreso sin incidencias, se trombosó un caso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras tres años de recogida de datos y habiendo realizado el seguimiento en este proyecto de mejora del anterior de 2015, se puede considerar que el manejo perioperatorio de transferencias microquirúrgicas de tejidos relacionado con el proceso reconstructivo de mama, está implantado, consensuado y aceptado por todos los implicados en la actuación perioperatoria.
Dados los resultados obtenidos en cuanto a recuperación de colgajos, la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno como método para el control de la viabilidad de injertos, también se empezó a utilizar en las transferencias de tejidos en defectos cutáneos de localizaciones diferentes a la reconstrucción mamaria, aunque por tamaño o localización de los mismos no siempre es posible la colocación del dispositivo de monitorización. A pesar que en la memoria anterior se indicó la exclusión de estas transferencias, dado el aumento del uso de la monitorización en ellas, se debería realizar un seguimiento similar al que nos ha ocupado con la reconstrucción mamaria.

7. OBSERVACIONES.
Valorar el realizar seguimiento de las transferencias de tejidos en defectos cutáneos de localizaciones diferentes a la reconstrucción mamaria, del mismo modo que se ha hecho en la misma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0425

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACION)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/425 ===== ***

Nº de registro: 0425

Título
MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACION)

Autores:
CARBONELL BERNAL ROBERTO, DELGADO MARTINEZ JULIO, RODRIGO PALACIOS JAVIER, GOMEZ GOMEZ ROBERTO, GOMEZ MUÑOZ CONSUELO, GONZALO PELLICER INMACULADA, POLO PELLICENA MARCOS, GARCIA HERNANDEZ ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Como fue explicado en la solicitud del proyecto inicial, la transferencia de tejido libre con técnicas microquirúrgicas es una técnica cada vez más utilizada en cirugía reconstructiva de la mama y de defectos cutáneos complejos. Actualmente el porcentaje de supervivencia del injerto es muy alto, pero la pérdida del mismo, aunque poco frecuente, tiene graves consecuencias para los pacientes.
Aunque no hay un consenso en el manejo perioperatorio de estos pacientes, sí existen una serie de factores, identificables según bibliografía potencialmente modificables y controlables, que influyen en los resultados de supervivencia del injerto y sobre los que nos propusimos actuar en el proyecto de 2015.
Los resultados fueron óptimos, como quedó reflejado en los indicadores evaluadores en la memoria correspondiente, logrando un consenso en el manejo perioperatorio, así como un buen índice de viabilidad.
La necesidad de continuación viene dada por el aumento de fracasos posteriores, lo que requiere un manejo multidisciplinar en el periodo perioperatorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el manejo multidisciplinar perioperatorio de estos pacientes para disminuir las complicaciones y conseguir un porcentaje de supervivencia del implante de alrededor del 90%.
Actualizar el protocolo de manejo perioperatorio basado en la evidencia con el objetivo de desarrollar un proceso. Validar la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno como método de control de la viabilidad del injerto.

MÉTODO
Revisión de la literatura sobre manejo perioperatorio de los pacientes sometidos a transferencia microquirúrgica de tejidos e incorporación de los datos al protocolo de manejo perioperatorio ya existente. La revisión de la literatura y aplicación del protocolo se realizará por parte de los componentes del Servicio de Anestesia y Reanimación que pertenecen a este grupo de mejora.
Se modificará el protocolo de antiagregación ampliándolo a todo el periodo perioperatorio.
Durante las primeras 48 horas de postoperatorio se combinará la monitorización clásica (exploración + doppler) con la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno para controlar la validez del injerto y poder valorar la eficacia y ventajas de la monitorización continua. Esta actividad se realizará por el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora.
Elaboración y consolidación del proceso de transferencias microquirúrgicas de tejidos en cirugía plástica.
Para evaluar el proyecto se monitorizarán cada 6 meses los indicadores por parte de los doctores Roberto Carbonell y Julio Delgado.

INDICADORES
Tasa de supervivencia del injerto.
 N° injertos viable / N° injertos realizados x 100 = 90 %

Tasa de fallos del injerto detectados mediante monitorización de la saturación tisular de O2
 N° de fallos detectados / N° total de fallos x 100 = 90%

Eficacia de la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno
 N° de colgajos salvados / N° de trombosis detectadas x 100 = 65%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0425

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACION)

Elaboración del proceso y presentación a la Unidad de Calidad Asistencial.
Los indicadores se monitorizarán semestralmente con datos obtenidos de la Historia Clínica del paciente.

DURACIÓN

Durante el segundo trimestre de 2016 se realizará la revisión de la literatura y del protocolo de manejo perioperatorio.
En junio de 2017 se evaluarán los indicadores y se elaborará memoria para la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Universitario Miguel Servet, finalizando el proyecto en diciembre 2017.
De junio a octubre de 2017 se elaborará el proceso.

OBSERVACIONES

Dada la cada vez mayor frecuencia de realización de transferencias microquirúrgicas de tejidos, en el proyecto de 2015 se indicó la intención de valorar la aplicación del protocolo al manejo de las transferencias microquirúrgicas realizadas por otros servicios quirúrgicos del Hospital Universitario Miguel Servet. Vista la necesidad de ampliación el proyecto y recogida de más datos, es una actividad no realizada y todavía pendiente, realizable en función de los resultados obtenidos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0522

1. TÍTULO

ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL HU.MSERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MARTINEZ ANDREU
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE OJEDA NOELIA
PEÑA DE BUEN NATALIA
GARCES SAN JOSE CRISTINA
DELGADO DOMINGO JUAN ANTONIO
CASTILLO AZNAR JESUS
VIGUERA FERNANDEZ LAURA
TRES RITTERBACH EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizadas encuestas de conocimiento en dolor en enfermería, médicos y satisfacción del tratamiento del dolor e los pacientes.
Realizados y aplicados protocolos de tratamiento de dolor agudo en el Servicio de Urología.
Realizado y aplicado el protocolo de tratamiento del dolor agudo en la cirugía oncológica de mama en el Servicio de Cirugía General.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido disminuir la incidencia de dolor moderado severo en la planta de cirugía comparando las encuestas de satisfacción de los pacientes.
Ha disminuido la incidencia de dolor y náuseas y vómitos en la cirugía de la mama.
Se han realizado sesiones de formación en dolor en los servicios de Anestesiología y Urología y URPA y planta de Urología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha resultado por el momento imposible llegar a un acuerdo para la protocolización del tratamiento analgésico de todos los Servicios quirúrgicos así como coordinar un plan de formación conjunto a médicos y enfermería quirúrgica.
Se ha solicitado material para la introducción de la analgesia controlada por el paciente que en el momento actual solo se puede aplicar en el tratamiento del dolor del parto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/522 ===== ***

Nº de registro: 0522

Título
ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL H.U.M SERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

Autores:
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, LAFUENTE OJEDA NOELIA, PEÑA DE BUEN NATALIA, GARCES SAN JOSE CRISTINA, DELGADO DOMINGO JUAN ANTONIO, CASTILLO AZNAR JESUS, VIGUERA FERNANDEZ LAURA, TRES RITTERBACH EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor agudo
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0522

1. TÍTULO

ANÁLISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL HU.MSERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

PROBLEMA

Estudios epidemiológicos recientes muestran de forma incuestionable que la prevalencia del dolor agudo postoperatorio y su tratamiento siguen siendo deficitarios en nuestro entorno. El tratamiento insuficiente del dolor postoperatorio es, por tanto, un problema bien documentado que persiste a pesar de los avances en los conocimientos científicos sobre la fisiopatología del dolor, la introducción de nuevos fármacos y modalidades de tratamiento y la elaboración e implementación de guías. En la actualidad la prevención y tratamiento del dolor postoperatorio puede considerarse un fracaso terapéutico importante. Una reciente encuesta realizada entre los pacientes postoperados hospitalizados de nuestro hospital ha mostrado una incidencia de dolor agudo postoperatorio intenso mayor del 60 %.

Son múltiples las causas que influyen en este fracaso, entre las cuales podemos considerar como más importantes:

- Miedo exagerado a los efectos indeseables de los opioides
- Prescripción de dosis inferiores a las analgésicas, utilizando pautas invariables independientemente del tipo de intervención o paciente.
- Restricción en la administración de fármacos por parte de enfermería.
- Resignación de los pacientes a sufrir dolor y reticencia a pedir analgésicos.
- Desconocimiento de la magnitud del problema, del origen fisiopatológico y del diagnóstico preciso de los distintos cuadros dolorosos, así como de los medios de tratamiento.
- Falta de evaluación del dolor.
- Falta de formación tanto pregrado como posgrado en dolor.

Es este último punto el que consideramos fundamental para la persistencia de una incidencia y prevalencia de dolor agudo postoperatorio severo intolerable. Nuestro objetivo es analizar la prevalencia de dolor agudo postoperatorio en nuestro hospital así como conocer las necesidades de formación, tanto de médicos como de enfermeras que tratan pacientes con dolor agudo postoperatorio, para poner en marcha un programa de formación como primer paso para el establecimiento de una Unidad de Dolor Agudo en nuestro hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos conocer la intensidad e incidencia de dolor agudo en nuestro hospital. Descubrir los conocimientos sobre dolor del personal del hospital y sus necesidades de formación. Si la intensidad de dolor agudo es elevada descubrir cuáles son los motivos de la misma para poner en marcha medidas correctoras. Iniciar medidas de formación para: Concienciar al personal sanitario del HUMS sobre la importancia del dolor agudo y los efectos deletéreos que el mismo puede suponer para el paciente; enseñar el manejo de técnicas analgésicas comunes y avanzadas; estandarizar la escala analgésica visual como medida estándar de evaluación del dolor conseguir que dicha evaluación se considere como la quinta constante de los pacientes postoperados. Todo ello destinado a reducir la incidencia de dolor agudo moderado y severo en los pacientes postoperados.

MÉTODO

Para ello se van a pasar encuestas de conocimientos en dolor y de estudio de necesidades al personal de enfermería quirúrgica y a los facultativos quirúrgicos. Se pasarán periódicamente encuestas a los pacientes postoperados que evalúen la intensidad del dolor, la presencia de efectos secundarios relacionados con el dolor y su tratamiento así como la satisfacción con el tratamiento del mismo. Se organizarán cursos acreditados para facultativos y enfermería sobre el tratamiento del dolor. Se realizarán sesiones en los servicios quirúrgicos de cirugía general, vascular, torácica, cardiovascular, urología, otorrinolaringología y maxilofacial para concienciar de la importancia del tratamiento del dolor y explicar las técnicas analgésicas disponibles. Se elaborarán nuevos protocolos analgésicos y una guía para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. También se elaborará una guía para los pacientes que explicará la importancia del tratamiento del dolor y las posibilidades de tratamiento disponibles.

INDICADORES

Se considerará que se ha cumplido la evaluación del dolor agudo postoperatorio en los pacientes si se completan al menos 150 encuestas al trimestre. Las encuestas de facultativos y personal de enfermería deberán haber sido rellenadas al menos por el 50 % del personal implicado. Se deberán haber realizado al menos dos cursos de formación para enfermería y uno para médicos. Se deberán haber realizado sesiones temáticas de dolor agudo postoperatorio en todos los servicios quirúrgicos mencionados.

DURACIÓN

Las encuestas al personal sanitario se deberán haber recogido y analizado antes de fin de 2016, igualmente las primeras encuestas de intensidad y satisfacción de los pacientes.

EL primer curso de formación en dolor agudo para enfermería tendrá lugar en el primer trimestre de 2017 y el segundo en el segundo semestre. EL curso de formación para médicos, protocolos y guía de tratamiento y para pacientes debe estar realizado antes de fin de 2017.

OBSERVACIONES

Esta proyecto es la primera fase de un programa para el tratamiento integral del dolor agudo en nuestro hospital como paso previo a la instauración de una unidad de dolor agudo que abarque no solo al hospital general, sino también a traumatología, maternidad y hospital infantil, para conseguir que nuestro hospital pase a formar parte de los hospitales sin dolor.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0522

1. TÍTULO

ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL HU.MSERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0624

1. TÍTULO

BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ADELA RUIZ DE LA CUESTA MARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI MARIA PILAR
COLOMINA CALLEN LORENA
QUESADA GIMENO NATIVIDAD
PASCUAL BELLOSTA ANA MARIA
BELLO DRONDA SALVADOR
ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION
GARCIA FAU MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º. El Anestesiólogo realizó una valoración preanestésica FAST-TRACK (30 minutos antes de la realización de la broncoscopia), para realización de dicha técnica bajo sedación profunda, en los pacientes que lo precisaron y que cumplieran los requisitos pertinentes. Se explicó al paciente en qué consistía la técnica anestésica a realizar y los riesgos derivados de sus patologías basales.

2º El Anestesiólogo obtuvo el Consentimiento Informado por escrito por parte de los pacientes que resultaron "APTOS" en la valoración FAST-TRACK, para realización de sedación profunda.

3º Se realizó la broncoscopia bajo sedación profunda de los pacientes. Durante la misma, el Anestesiólogo registró los casos de desaturación que se presentaron (saturación de O2 < 90% o descenso en la saturación de O2 > 7% de la basal en pacientes con saturación basal de O2 < 92%).

4º Se registraron los casos de agitación que se presentaron durante la realización de la broncoscopia y que impidieron la realización de la misma.

5º 30 minutos después de concluida la broncoscopia se valoró la satisfacción del paciente respecto a la técnica empleada.

6º Se evaluó el número de efectos adversos (desaturación y agitación) que sucedieron durante la broncoscopia bajo sedación profunda (realizada por un Anestesiólogo) frente a los presentados en pacientes en los que se realizó broncoscopia bajo ansiólisis por parte de Neumólogo (técnica convencional).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Broncoscopias bajo sedación profunda (Anestesiólogo) realizadas:38. Desaturaciones:1. Agitación: 0

- Broncoscopias bajo ansiólisis (Neumólogo): 384. Desaturaciones:23. Agitación:7

- Sólo 1 de los pacientes a los que se realizó broncoscopia bajo sedación profunda (por Anestesiólogo) se desaturó (!/38=0,026), frente a los 23 pacientes que se desaturaron en la broncoscopia con ansiólisis convencional (23/384=0,059).

- En 7 pacientes bajo ansiólisis convencional no se pudo realizar la broncoscopia debido a agitación (7/384=0,018) frente a ningún caso de agitación entre los pacientes cuya broncoscopia se realizó bajo sedación profunda.

- El 100% de los pacientes cuya broncoscopia se realizó bajo sedación profunda estarían dispuestos a repetirse la prueba frente al 93% de los pacientes que estarían dispuestos a repetírsela bajo sedación convencional (27 pacientes de los 384 no se la repetirían).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de broncoscopias bajo sedación profunda (Anestesiólogo) permite la realización del 100% de las mismas, con una mayor seguridad para el paciente (sólo 1 de cada 38 pacientes se desaturó: 2,6%) y una mejora en la satisfacción del paciente (encuesta de calidad y satisfacción: el 100% de los pacientes estarían dispuestos a repetirse dicha prueba).

Si bien es cierto que el número de desaturaciones presentadas en los pacientes en los que se realizó ansiólisis convencional por el Neumólogo es relativamente bajo (5,9%) y las suspensiones de la prueba por agitación en este último grupo de pacientes también lo es (1,8%), el paciente que no recibe sedación profunda administrada por un Anestesiólogo presenta un riesgo dos veces mayor de desaturarse (RR=2,26)

La seguridad del paciente es primordial y este hecho, sumado al alto grado de satisfacción que presentan aquellos en los que se realizó broncoscopia bajo sedación profunda (Anestesiólogo), así como a la nula suspensión por agitación en estos casos, nos permite afirmar que la realización de broncoscopias bajo sedación profunda administrada por un Anestesiólogo supondría un importante beneficio para los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/624 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0624

1. TÍTULO

BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Nº de registro: 0624

Título
BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Autores:
RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA, JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI MARIA PILAR, QUESADA GIMENO NATIVIDAD, PASCUAL BELLOSTA ANA MARIA, ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION, COLOMINA CALLEN LORENA, GARCIA FAU MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes a los que se les va a realizar una broncoscopia son susceptibles de presentar unos efectos adversos (desaturación y agitación) durante la realización de la misma, que dificulten o incluso impidan la realización de dicha técnica. Habitualmente la broncoscopia es realizada bajo ansiólisis por un Neumólogo. Determinados pacientes programados para realización de broncoscopia requieren sedación profunda por parte de Anestesiología. En nuestro Servicio implantamos durante el año 2015 un programa de "Valoración Anestésica Fast-track para realización de broncoscopia bajo sedación profunda" (incluido en los Programas de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el servicio Aragonés de Salud de 2015) que nos permitió mejorar la EFICIENCIA en la valoración preanestésica de este tipo de pacientes, mejorar la EFICIENCIA en la realización de broncoscopias bajo sedación profunda y mejorar la CALIDAD de la atención a este tipo de pacientes.
Con nuestro presente proyecto pretendemos aumentar el número de pacientes en los que se realizará broncoscopia y disminuir los efectos adversos derivados tanto de la patología basal del paciente como de la técnica a realizar.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la EFICIENCIA en la realización de broncoscopias.
- Mejorar la SEGURIDAD de los pacientes a los que se realiza la broncoscopia.
- Mejorar la CALIDAD de la atención a este tipo de pacientes.

MÉTODO
1º. El Anestesiólogo realizará una valoración preanestésica FAST-TRACK (30 minutos antes de la realización de la broncoscopia), para realización de dicha técnica bajo sedación profunda, en los pacientes que lo precisen y que cumplan los requisitos pertinentes. Le explicará al paciente en qué consiste la técnica anestésica a realizar y los riesgos derivados de sus patologías basales.
2º El Anestesiólogo obtendrá el Consentimiento Informado por escrito por parte de los pacientes que resulten "APTOS" en la valoración FAST-TRACK, para realización de sedación profunda.
3º Se realizará la broncoscopia bajo sedación profunda de los pacientes. Durante la misma, el Anestesiólogo registrará los casos de desaturación que se presenten (saturación de O2 < 90% o descenso en la saturación de O2 > 7% de la basal en pacientes con saturación basal de O2 <92%).
4º Se registrarán los casos de agitación que se presenten durante la realización de la broncoscopia y que impidan la realización de la misma.
5º 30 minutos después de concluida la broncoscopia se valorará la satisfacción del paciente respecto a la técnica empleada.
6º Se evaluará el número de efectos adversos (desaturación y agitación) que suceden durante la broncoscopia bajo sedación profunda (realizada por un Anestesiólogo) frente a los presentados en pacientes en los que se realiza broncoscopia bajo ansiólisis por parte de Neumólogo (técnica convencional).

INDICADORES
- Cálculo de la razón entre el número de desaturaciones presentes en pacientes a los que se realizó broncoscopia bajo sedación profunda (APTOS en la valoración preanestésica FAST-TRACK) y las desaturaciones presentes en las broncoscopias realizadas bajo ansiólisis por Neumólogo (técnica convencional).
- Cálculo de la razón entre el número de casos de agitación que imposibiliten la realización de broncoscopia presentes en pacientes a los que se realizó broncoscopia bajo sedación profunda (APTOS en la valoración preanestésica FAST-TRACK) y los casos de agitación presentes en las broncoscopias realizadas bajo ansiólisis por Neumólogo (técnica convencional).
- Mejora en la CALIDAD asistencial a estos pacientes (encuesta de SATISFACCIÓN).

DURACIÓN
Inicio del proyecto: 1 de junio de 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0624

1. TÍTULO

BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Duración del proyecto: 1 año (hasta el 1 de junio de 2017).

Cronograma:

- 1º Del 1-5 junio de 2016: Puesta en común del proyecto con el Neumólogo responsable de la Sección de Broncoscopias. Presentar los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes. Protocolos de suspensión de antiagregación y anticoagulación, así como de tratamiento sustitutivo en los casos necesarios (prueba invasiva). Protocolo de ayunas para los distintos tipos de alimentos. Dudas y preguntas.
- 2º Del 8 junio de 2016 - 1 junio 2017: selección de pacientes por parte de Neumología. Realización de consulta preanestésica FAST-TRACK a todos ellos, 30 minutos antes de la realización de la broncoscopia bajo sedación profunda. Realización de ENCUESTA DE SATISFACCIÓN a los pacientes.
- 3º Evaluación del proyecto al año de su implementación (1 junio 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0865

1. TÍTULO

CREACION DE MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ALBERTO SANJUAN VILLARREAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO GARCIA BORJA
VALLES TORRES JORGE
BARRADO GIL PEDRO
PUERTOLAS ORTEGA MARIA
MOLINOS ARRUEBO IRENE
COTERA USUA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se optó por el uso de guías tipo SENSAR (Sistema de Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y reanimación) para su implantación.
- Se distribuyeron las guías en los quirófanos cubiertos por la unidad de Anestesia cardiotorácica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tan solo se comunicaron dos informes de uso de las guías, posiblemente debido al carácter no anónimo de la comunicación. En ambos casos se observó positivo el apoyo de las guías cognitivas para el tratamiento del evento adverso. Otra razón de la pobre comunicación podría ser la infrecuencia de eventos adversos "atípicos" que precisen del uso de las guías.

Todos los integrantes de la unidad valoraron como conveniente tener guías cognitivas a su disposición.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La opción de comunicación de eventos críticos de forma "no anónima" dificulta el caso de recogida de informes. Se recomienda el uso de sistemas de comunicación anónima tipo SINASP (genérico) o SENSAR (Anestesiología).
- Se precisa redefinir los eventos críticos que aparecen en las guías que disponemos.
- Se ha creado una cultura de seguridad. Un miembro de la unidad ha entrado a formar parte en el comité de seguridad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/865 ===== ***

Nº de registro: 0865

Título
CREACION DE MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA

Autores:
SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, RUBIO GARCIA BORJA, VALLES TORRES JORGE, BARRADO GIL PEDRO, PUERTOLAS ORTEGA MARIA, MOLINOS ARRUEBO IRENE, COTERA USUA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes sometidos a cirugía cardíaca, vascular o torácica.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA
Los pacientes sometidos a cirugía vascular, cardíaca o torácica son pacientes habitualmente pluripatológicos que van a ser sometidos a un estrés quirúrgico, lo que puede colocar al paciente en situaciones de riesgo vital. Cuando la asistencia se produce en situaciones urgentes y graves, el estrés, la complejidad y la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0865

1. TÍTULO

CREACION DE MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA

intervención de múltiples participantes favorecen los eventos adversos. La Declaración de Helsinki para la Seguridad del paciente propone crear "manuales de ayuda cognitiva" como una línea estratégica más para reforzar la seguridad del paciente. En este sentido se han creado guías generalistas para Anestesia como la "Guía Stanford de Emergencias" o la "Guía SENSAR". Nuestra intención es realizar una guía específica para la anestesia en las cirugías previamente especificadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la asistencia al paciente en situaciones críticas que se puedan encontrar en anestesia cardíaca, vascular y torácica: optimizando el manejo y evitando que las prescripciones causen daño añadido.

MÉTODO

Creación de un manual escueto que pueda servir de "ayuda cognitiva" a los profesionales que están manejando la situación de crisis clínica. Ayudando a establecer de forma ordenada los pasos fundamentales en el manejo de la situación clínica, evitando las acciones innecesarias o la omisión de pautas de tratamiento adecuadas a cada situación.

INDICADORES

Como indicadores se utilizaran:

- Informe de cada situación crítica en la que se ha usado el manual.
- Encuesta de satisfacción a los profesionales a los que va dirigido el manual

DURACIÓN

La duración del proyecto es de 9 meses:

- Selección de las situaciones críticas a incluir en el manual (1 mes).
- Reparto de los temas a tratar entre los miembros del grupo y redacción de los temas. (2 meses)
- Revisión por pares de los temas por si hubiera que modificarlos (1 mes).
- Edición del manual (15-30 día).
- Implantación del manual en quirófanos para su evaluación (4-4'5 meses)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION CASSINELLO OGEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ
LAGLERA TREBOL SALVADOR
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
HERRANZ ANDRES PILAR
JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAFAEL
CARBONELL BERNAL ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1- Stock de 2 concentrados de hematíes 0 negativos en neveras apropiadas para conservarlos, localizadas en urgencias y el bloque quirúrgico. (21-XI-2017)
- 2- Instrucción sobre el control de temperatura de la nevera que vigilan y registran las enfermeras (20-XI-2017)
- 3-Implantación del proceso de registro y reposición de las condiciones de conservación, a quien se transfunde, quien transfunde, y quien repone los concentrados de hematíes de estas neveras (21-XI-2017 hasta ahora)
- 4-Albarán con fecha y hora de salida de urgencias y QNO y fecha y hora de devolución, para poder realizar su trazabilidad (modelo 1475) según modelo informatizado en uso en el servicio de urgencias, o, si no se han utilizado (se cambian cada 21 días) o deben darse de baja por otro motivo (rotura...)(21-XI-2017)
- 5- Estandarización e implantación de la comprobación del grupo sanguíneo a la cabecera del paciente que se va a transfundir (2016-2017)
- 6-Instrucción para los celadores indicando donde están las neveras con el stock de 2 concentrados de hematíes 0 negativos.
- 7-Se ha actualizado el protocolo de hemorragia masiva y se han dado 4 sesiones en urgencias y otras 4 en el bloque quirúrgico, se han dado protocolos de bolsillo, y, se han colocado poster en los puntos donde puede haber una hemorragia masiva. El protocolo se ha colgado en intranet (2016-2018)
- 8-Se han conseguido Neveras específicas para el transporte de los hemo componentes de la hemorragia masiva desde el banco de sangre a urgencias o el bloque quirúrgico (VII-2017)
- 9-Se ha creado una petición informática para el área de urgencias del paquete de hemorragia masiva (XII-2017)
- 10-Se ha creado un registro para el seguimiento de los pacientes con hemorragias masivas y el uso de los concentrados de hematíes 0 negativos de las neveras (V-2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1-Desde 31-mayo del 2018 a 31-diciembre 2018, se han transfundido 28 concentrados de hematíes 0 negativo procedentes de las neveras de urgencia vital a 21 pacientes que han llegado a urgencias con una hemorragia masiva, el tiempo entre la solicitud del concentrado y la transfusión ha sido menor de 5 minutos en todos los casos. (1-estándar era: 5 minutos. 2-Fuente: el registro de pacientes transfundidos con concentrados de las neveras, y, preguntando específicamente a los médicos y enfermeras que han asistido una hemorragia masiva en urgencias. El tiempo previo entre la solicitud y la transfusión eran 17 minutos)
- 2-Desde 31-mayo del 2018 a 31-diciembre 2018, se han transfundido 20 concentrados de hematíes 0 negativo procedentes de las neveras de quirófanos a 13 pacientes que han desarrollado una hemorragia masiva en quirófano, el tiempo entre la solicitud del concentrado y la transfusión ha sido menor de 5 minutos en todos los casos. (1-estándar era: 5 minutos. 2-Fuente: el registro de pacientes transfundidos con concentrados de las neveras, y, preguntando específicamente a los médicos y enfermeras que han asistido una hemorragia masiva en el bloque quirúrgico, el tiempo en la transfusión antes del proyecto podía alcanzar los 20 minutos en algunos quirófanos)
- 3-Mortalidad en politraumatizado grave que llega vivo al hospital y presenta una hemorragia grave o masiva: 23% (1-estándar era: < 40%. 2-Fuente: revisión retrospectiva de las historias clínicas de politraumatizados graves con hemorragia grave o masiva. 3-obtención: revisión de los politraumatizados que han precisado concentrados 0 negativos en la urgencia o el bloque quirúrgico)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1-Una de las piedras angulares en la implantación de los proyectos de calidad que modifican la rutina, es planificar detalladamente las instrucciones necesarias para que el proyecto se cumpla, preguntando los pequeños detalles a todos los profesionales implicados.
- 2- Las medidas que solucionan los problemas habituales y graves en el hospital, se implantan más fácil que las que ahorran dinero

7. OBSERVACIONES.

El proyecto ha salvado vidas y ha mejorado el sentir de los profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1008 ===== ***

Nº de registro: 1008

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ, CARBONELL BERNAL ROBERTO, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, HERRANZ ANDRES PILAR, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, LAGLERA TREBOL SALVADOR, CARLUCCIO MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Transfusión perioperatoria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha estudiado el circuito de transfusión y la disponibilidad urgente de concentrados de hematies en quirófano. Se ha detectado que los tiempos de transfusión urgente son excesivos, debido a la distancia entre el banco de sangre y los quirófanos y, a la falta de un circuito eficaz. Esta demora transfusional, ha supuesto un aumento de morbilidad y mortalidad y una frustración de los profesionales. El proyecto es de importancia vital, porque se pueden salvar vidas, evitar complicaciones y costes.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Crear un circuito eficiente para evitar demoras en la transfusión necesaria
2- Crear una cultura que evite la transfusión evitable.
3- Registrar las actuaciones

MÉTODO
1º Análisis de los procesos que requieren transfusión urgente en quirófano
2º revisión del circuito, petición electrónica de sangre, registro eficaz
3º Formación sobre cuándo se debe transfundir y como hacerlo
4º medir los tiempos de respuesta el inicio de la transfusión
5º Evaluar la necesidad y conveniencia de una nevera con termómetro en el bloque quirúrgico, para disponibilidad precoz de la sangre cruzada y urgente 0-

INDICADORES
1- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía programada
2- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía urgente

DURACIÓN
Inicio: Noviembre 2016
Formación de los profesionales (Médicos, enfermeras, auxiliares, celadores) desde octubre 2016
Medición de los indicadores en el bloque quirúrgico: Noviembre-Diciembre
Reuniones para crear un protocolo y un circuito eficiente hasta Marzo
Protocolo de bolsillo para todos los profesionales de quirófano Marzo-Abril
Implementación del circuito Abril-Noviembre
Creación de un registro informático desde el inicio al fin del proyecto
Fin: Noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION CASSINELLO OGEA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ
LAGLERA TREBOL SALVADOR
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
HERRANZ ANDRES PILAR
CARBONELL BERNAL ROBERTO
JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES
BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Mejora de la disponibilidad de concentrados de hematíes 0 negativos en la hemorragia grave y masiva:
- 1-Se ha aumentado el stock hospitalario de concentrados de hematíes 0 negativos (CH-0-) en 4 unidades.
 - 2-Se han colocado 2 neveras con termómetro, para la conservación de 2 CH-0- en cada nevera.
 - 3- Se ha creado una rueda de registro de temperatura por turno de enfermería, en cada nevera.
 - 4- Se ha creado una instrucción sobre la actuación, si la temperatura de las neveras aumenta de 6°C o disminuye de 2 °C, para ser implementada por las enfermeras.
 - 5- Se ha establecido un circuito de petición, mantenimiento, y recambio, de los CH-0- con información clave para las enfermeras y médicos (de urgencias y quirófano) que puedan tener que atender una hemorragia masiva.
 - 6- Se ha implantado registrar que se ha realizado el grupo sanguíneo a la cabecera, en el formulario de solicitud de sangre para una urgencia vital.
 - 7- Se han impartido sesiones a los celadores que transportan la sangre, y a las enfermeras y los médicos que la transfunden.
 - 8- Se ha creado un protocolo de seguimiento de las hemorragias masivas, para poder registrar como lo estamos haciendo y poder analizar las actividades que podemos seguir mejorando
 - 9-Se ha solicitado una segunda línea telefónica en banco de sangre, porque con frecuencia coinciden varias hemorragias con riesgo vital, y el único teléfono del banco de sangre está ocupado.
 - 10- Se han impartido sesiones por servicio, y cursos con alumnos reducidos(1 al trimestre) a los médicos que tienen una hemorragia masiva, sobre el protocolo hospitalario, y se han colocado poster con el protocolo, en todos los quirófanos y área de urgencias, donde se tratan las hemorragias masivas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1-En el bloque quirúrgico está funcionando correctamente:
 - el circuito de conservación de los CH-0-, el registro de la temperatura y, las actuaciones para que la temperatura sea adecuada en todo momento. Cada día se revisa el registro de temperatura y el uso y reposición de los CH-0-, un día falló la temperatura y se realizaron las debidas actuaciones para no desperdiciar los CH de las neveras.
 - la utilización de los CH-0- y su reposición, tanto cuando se han utilizado, como cuando han caducado.
- 2- En los pacientes con hemorragia masiva, se han podido transfundir los CH-0- en los primeros 5 minutos tras detectar la hemorragia con riesgo vital, en lugar de demorar la transfusión los 17-35 minutos de promedio, que se tardaba antes de este circuito. Se midió el tiempo desde que se detecta la urgencia vital por hemorragia hasta que se inicia la transfusión, antes de disponer de las neveras (promedio 17-35 minutos), y desde que se dispone de los CH-0- en el bloque quirúrgico (promedio 4-5 minutos).
- 3- Ha mejorado el ánimo de los profesionales que atendieron estas hemorragias al no desesperarse esperando los CH-0-. Se ha encuestado a las enfermeras y médicos que tuvieron la urgencia.
- 4- Al 90% de los pacientes que se transfunden en el quirófano, se les realiza el grupo sanguíneo a la cabecera.
- 5- En el 90% de las hemorragias masivas se sigue el protocolo de actuación hospitalario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1-El equipo de mejora ha colaborado en todo momento para conseguir los objetivos.
- 2-El proyecto se ha cumplido y se ha conseguido el objetivo de transfundir en los primeros 5 minutos tras detectar el riesgo vital por hemorragia
- 3- Es necesario seguir de cerca el mantenimiento de los circuitos y registrar la evolución de las hemorragias masivas, para seguir implementando mejoras.
- 4- Hemos revisado el protocolo de hemorragia masiva, y hemos visto que el uso de la tromboelastografía puede mejorar los resultados, pero su uso e implementación será motivo de otro proyecto de mejora
- 5- Hemos entrado en un proyecto FIS para seguimiento de la implementación del protocolo de hemorragia masiva, y realizaremos un registro de la evolución de estas, que será motivo del proyecto de mejora siguiente

7. OBSERVACIONES.

Nos falta conseguir una segunda línea telefónica en el banco de sangre, mejorar los ordenadores del bloque quirúrgico, que son muy lentos, y realizar una petición de sangre por vía informática.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

El proyecto de las neveras está concluido, sin duda hay que seguir encima, hasta que todas las instrucciones, se hagan una costumbre

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1008 ===== ***

Nº de registro: 1008

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ, CARBONELL BERNAL ROBERTO, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, HERRANZ ANDRES PILAR, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, LAGLERA TREBOL SALVADOR, CARLUCCIO MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Transfusión perioperatoria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha estudiado el circuito de transfusión y la disponibilidad urgente de concentrados de hematíes en quirófano. Se ha detectado que los tiempos de transfusión urgente son excesivos, debido a la distancia entre el banco de sangre y los quirófanos y, a la falta de un circuito eficaz. Esta demora transfusional, ha supuesto un aumento de morbilidad y mortalidad y una frustración de los profesionales. El proyecto es de importancia vital, porque se pueden salvar vidas, evitar complicaciones y costes.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Crear un circuito eficiente para evitar demoras en la transfusión necesaria
2- Crear una cultura que evite la transfusión evitable.
3- Registrar las actuaciones

MÉTODO
1º Análisis de los procesos que requieren transfusión urgente en quirófano
2º revisión del circuito, petición electrónica de sangre, registro eficaz
3º Formación sobre cuándo se debe transfundir y como hacerlo
4º medir los tiempos de respuesta el inicio de la transfusión
5º Evaluar la necesidad y conveniencia de una nevera con termómetro en el bloque quirúrgico, para disponibilidad precoz de la sangre cruzada y urgente 0-

INDICADORES
1- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía programada
2- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía urgente

DURACIÓN
Inicio: Noviembre 2016
Formación de los profesionales (Médicos, enfermeras, auxiliares, celadores) desde octubre 2016
Medición de los indicadores en el bloque quirúrgico: Noviembre-Diciembre
Reuniones para crear un protocolo y un circuito eficiente hasta Marzo
Protocolo de bolsillo para todos los profesionales de quirófano Marzo-Abril
Implementación del circuito Abril-Noviembre
Creación de un registro informático desde el inicio al fin del proyecto
Fin: Noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1028

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ANESTESICA PEDIATRICA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE LUIS PEDRO PORTERO LLORO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORO FRAILE JESUS
GIL BERDUQE LUIS ALBERTO
OLIVA PERALES PEDRO
RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN
CHUECA MATA JULIA
GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL
SANCHEZ ANDRES ARMANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han mantenido reuniones con todos los servicios solicitantes de nuestra atención (quirúrgicos, médicos y centrales), para obtener sus carteras de servicios y poder generar la base de datos electrónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La realización está acabándose por un problema de salud del responsable del proyecto, que ha tenido una baja de larga duración.
Debido a la multitud de servicios con los que se trabaja, y a que la varios no disponen de una clara y conocida cartera de servicios.
En estos días se está finalizando la base de datos para poder realizar el registro que pronto esperamos poder poner en marcha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es muy complicado poder registrar todos los procesos detalladamente, tanto por la variedad de enfermedades y procesos, como por las variantes técnicas para su tratamiento o diagnóstico, como por los nuevos tratamientos y técnicas aplicadas por avances en nuestro quehacer.
Se han tenido que simplificar varias técnicas distintas de tratamiento de una región para poder simplificar su registro: p.ej. "osteosíntesis supracondílea humeral" engloba tanto distintas técnicas percutáneas con aguja como el uso de tornillos o placas+tornillos, indistintamente del grado de afectación ósea, articular o neurovascular, todas de diferente repercusión y dificultad quirúrgica y de pronóstico. Es imposible especificar todo.

7. OBSERVACIONES.

Es imposible especificar al detalle todas las actuaciones realizadas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1028 ===== ***

Nº de registro: 1028

Título
INFORMATIZACION DEL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ANESTESICA PEDIATRICA

Autores:
PORTERO LLORO LUIS PEDRO, ORO FRAILE JESUS, GIL BERDUQE LUIS ALBERTO, OLIVA PERALES PEDRO, RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN, CHUECA MATA JULIA, GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL, SANCHEZ ANDRES ARMANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No atañe a una enfermedad en concreto
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La actividad anestésica realizada en la sección de Anestesiología Pediátrica es especialmente variada. Es muy

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1028

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ANESTESICA PEDIATRICA

frecuente tener que realizar procedimientos anestésicos fuera del quirófano para una gran diversidad de pruebas o intervenciones.

Actualmente la recogida de datos del proceso quirúrgico y de la actividad anestésica empleada es realizada por el personal destinado oportunamente. Cuando el proceso anestésico es realizado fuera del quirófano, esta actividad no puede ser recogida en el formato electrónico. Así, tenemos que realizar diariamente un registro de nuestra actividad en formato papel, manualmente.

Hoy día no se considera oportuno seguir manteniendo la captura de nuestra actividad exclusivamente mediante la actividad realizada en quirófano y tampoco procede que se continúe realizando en formato papel si se tiene como objetivo reducir el número de documentos en nuestro Hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

- Informatización del registro de la actividad Anestésica Pediátrica.
- Registro lo más ajustado a la realidad asistencial existente.
- Posibilidad de estudios departamentales respecto a nuestra asistencia.

MÉTODO

Elaboración de un archivo en formato Excel para facilitar el registro de toda la actividad asistencial realizada.

INDICADORES

- Evaluación de la actividad asistencial registrada antes de la informatización completa tanto respecto a la disponible en intranet.
- Comparación a posteriori de los datos correspondientes con la base informatizada completa respecto a la disponible en intranet.

DURACIÓN

La duración total se estima en 12 meses:

- Octubre-Diciembre '16: Elaboración del archivo en formato Excel y evaluación de la actividad registrada según los datos informatizados disponibles comparándolos con los reales.
- Enero '17: Implementación del nuevo formato de recogida de datos.
- Febrero-Mayo '17: Puesta al día de la nueva actividad capturada.
- Junio-Septiembre '17: Reevaluación del nuevo formato de recogida de nuestra actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1032

1. TÍTULO

REEVALUACION Y ADAPTACION DE LOS CIRCUITOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREANESTESICAS Y PREQUIRURGICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ARMANDO SANCHEZ ANDRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL
GIL BERDUQUE LUIS ALBERTO
ORO FRAILE JESUS
DELGADO ALVIRA REYES
GONZALEZ ESGUEVA AINARA
CORONA BELLOSTAS CAROLINA
GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han mantenido reuniones con los servicios quirúrgicos para revisar los criterios de pruebas complementarias según cirugía, basándonos en la evidencia disponible.
Se han mantenido reuniones con los servicios centrales de laboratorio para ajustar valores según edad pediátrica que no aumentarían la necesidad de repetir las pruebas complementarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De momento, se han eliminado de las pruebas complementarias de rutina la solicitud de colinesterasa plasmática en cirugía programada a todos los pacientes con un ahorro económico no calculado todavía (multiplicar coste de la prueba por unas 3500 cirugías programadas anuales).
Se está acabando un listado de peticiones de pruebas complementarias preanestésicas según: 1) cirugía y 2) según paciente. Se evitará la realización de múltiples pruebas complementarias que supondrán menos procedimientos desagradables en el paciente (pinchazos, además dificultosos), inversión de tiempo de las familias y ahorro en gastos.
Esperamos tenerlo pronto finalizado para utilizarlo como un protocolo asistencial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de un marco de trabajo para poder tomar decisiones clínicas respecto a qué pacientes hay que solicitar unas pruebas complementarias y a quienes no, está siendo más lento de lo que se pretendía por tener que poner de acuerdo a múltiples servicios participantes en su asistencia.
Se ha conocido que existen pruebas de laboratorio realizadas en la cabecera del paciente (point of care) con seguimiento y validación inmediata por el laboratorio (equipos de gasometría). Este punto abre la puerta a una modificación de nuestras pautas para poder hacer más eficiente y efectiva la asistencia pacientes pediátricos que se pretende hacer lo antes posible.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1032 ===== ***

Nº de registro: 1032

Título
REEVALUACION Y ADAPTACION DE LOS CIRCUITOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREANESTESICAS Y PREQUIRURGICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Autores:
SANCHEZ ANDRES ARMANDO, GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL, GIL BERDUQUE LUIS ALBERTO, ORO FRAILE JESUS, DELGADO ALVIRA REYES, GONZALEZ ESGUEVA AINARA, CORONA BELLOSTAS CAROLINA, GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Anestésica y médico-quirúrgica
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1032

1. TÍTULO

REEVALUACION Y ADAPTACION DE LOS CIRCUITOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREANESTESICAS Y PREQUIRURGICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La consulta preanestésica tiene entre sus objetivos la valoración y preparación del paciente que va a ser sometido a un procedimiento bajo técnicas anestésicas. Así es posible realizar las técnicas precisas en cada el paciente minimizando sus riesgos asociados.

El Hospital Infantil es el centro de referencia de Aragón, La Rioja y Soria para la patología médica y quirúrgica de la población pediátrica.

En nuestras consultas se atiende a esta población de diversos orígenes y con distintas pruebas solicitadas por distintos protocolos regionales. En ocasiones los pacientes acuden ya a consulta con los resultados de las pruebas complementarias precisas, pero en la mayor parte de las consultas, los resultados aún están pendientes de análisis. Esto supone que en no pocos casos el paciente no pueda ser reevaluado hasta el día antes del ingreso o incluso de la intervención, si en el estudio existían alteraciones que precisan un manejo oportuno.

Así, es necesario reconfigurar los circuitos de pruebas complementarias preanestésicas y prequirúrgicas en el paciente pediátrico, para conseguir que los pacientes que precisan pruebas complementarias acudan directamente a la consulta con los resultados de las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimizar los circuitos de pruebas complementarias preoperatorias para la Anestesia Pediátrica.
- Mejorar la satisfacción global del proceso de los cuidadores.
- Disminuir la tasa de suspensiones por estudio incompleto.

MÉTODO

- Reuniones con los principales servicios subsidiarios de precisar pruebas complementarias preanestésicas pediátricas.
- Cambio de los circuitos actuales en la obtención de la analítica preoperatoria.

INDICADORES

- Evaluación de la satisfacción de los cuidadores y la tasa de suspensiones de procedimientos antes y después del cambio realizado.

Se analizará la evolución en 50 pacientes antes de los cambios, y otros 50 pacientes comparables después usando como indicadores centinela la satisfacción tasa de pacientes que acuden a consulta con sus pruebas complementarias completa si las precisaba.

DURACIÓN

La duración total se estima en 12 meses:

- Octubre-Noviembre '16: análisis basal del problema.
- Diciembre '16- febrero '17: Reuniones con los distintos servicios implicados.
- Marzo-Mayo '17: Redefinición de los nuevos circuitos preanestésicos
- Junio-Septiembre '17: Implantación de los nuevos circuitos.
- Octubre- '16: Reevaluación de los cambios realizados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1389

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DEL DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO SANCHEZ TIRADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIRON MOMPIELA JOSE ANTONIO
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER
LUCAS HERNANDEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 se han ido añadiendo distintos centros de Atención Primaria al Proyecto, en enero sólo participaba el Centro de Atención Primaria de Fernando el Católico, tras el verano se incluyeron los centros rurales de Belchite, Fuentes de Ebro y Sástago, para a partir del año 2019 incluir todos los centros de Atención Primaria del Sector Zaragoza II

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo será una contestación a las interconsultas en un plazo inferior a una semana objetivo superado en más del 80% con un índice que está aumentando en los últimos meses. Se ha conseguido una agilización en la citación de primeras visitas de los pacientes consultados a la vez que se consigue que el paciente inicie un tratamiento adecuado antes de su primera visita a la Unidad del Dolor gracias a la comunicación con su médico de Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La interconsulta de Atención Primaria con la Unidad del Dolor facilita evitar derivaciones innecesarias a la Unidad del Dolor, duplicidad de citaciones a distintos especialistas, orientación en la derivación de determinados procesos que cursan con dolor, un inicio de tratamiento adecuado de forma más precoz lo que supone un incremento en la probabilidad de éxito del mismo. Supone una agilización en la comunicación Atención Primaria-Unidad del Dolor que facilita un mejor seguimiento del paciente junto con una mayor calidad asistencial. La apertura a todos los centros de Atención Primaria del Sector va a evitar derivaciones a la Unidad del Dolor innecesarias y duplicidades de asistencia por diferentes especialistas por una misma patología en los casos que solo sea necesaria una atención especializada. Va a suponer un mayor conocimiento de las alternativas terapéuticas ofertadas por la Unidad del Dolor en Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1389 ===== ***

Nº de registro: 1389

Título
PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

Autores:
SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO, GIRON MOMPIELA JOSE ANTONIO, MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER, LUCAS HERNANDEZ ANTONIO, ECED MARTINEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor agudo, subagudo o cronico
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La ingente cantidad e pacientes que son remitidos a nuestra Unidad de Dolor hace que la lista de espera en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1389

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DEL DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

este tipo de patología sea inabarcable. Se han puesto en marcha diferentes iniciativas para disminuir dicha lista de espera (actualmente están esperando algún tipo de actuación más de 2500 pacientes, situándose la lista de espera de primer día en 11 meses). Entre las estrategias que este año prima el SALUD se encuentra la de iniciar consultas virtuales en diferentes especialidades médicas y quirúrgicas. Queremos iniciar una consulta virtual en nuestra unidad del dolor con vistas a mejorar la comunicación con AP, dando preferencia acasos que no deben esperar y disminuyendo el número de pacientes que pudiendo ser tratados en AP no sean derivados a nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la comunicación con AP
- Mejorar la formación de los médicos de AP en la aplicación de tratamientos con sustancias opioides y sustancias utilizadas en dolor tipo neuropático.
- Acelerar la atención de pacientes que cumplen los requisitos de prioridad de atención (dolor neuropático)
- Disminuir el número de pacientes derivados a la Unidad.

MÉTODO

1.- Oferta:

Atención a las consultas realizadas sobre dolor desde los CS del sector Zaragoza II y respondidas en un plazo inferior a 1 semana..- Apertura de agenda para la consulta virtual en función de las consultas realizadas y las esperadas.

2.- Actividades:

- Reunión con la Subdirección correspondiente al Sector Zaragoza II de AP. Estimación de los beneficios que pueden reportar. Fijación del Plan de puesta en funcionamiento eligiendo los CS iniciales como banco de pruebas.
- Período de formación de los miembros de la Unidad del Dolor del HUMS en el manejo del programa y sus programas de apoyo.
- Reunión con los CS elegidos para explicar el funcionamiento de la consulta virtual, que se espera de ellos y que esperan ellos de esta consulta. Inicio de programa de Formación para los MAP.
- Puesta en marcha de la consulta y período de pruebas durante 3 meses.
- Reanálisis de la situación con las mejoras obtenidas y los inconvenientes encontrados en colaboración con las SS quirúrgica y de AP.
- Introducción de nuevos CS siguiendo los mismos esquemas
- Una vez introducidos los CS urbanos, se comenzarían con los rurales, y una vez introducidos estos si la situación no ha variado en la creación de nuevas Unidades de Dolor, incluir primeramente a los pacientes del sector Zaragoza I, y posteriormente a los correspondientes al Sector de Alcañiz.

INDICADORES

- N° de consultas realizadas
- Tiempo de LE de los pacientes provenientes de los pacientes de los CS incluidos.
- N° de pacientes a los que se acelera su atención en la unidad y causa de la misma.

DURACIÓN

- Inicio Marzo 2017 / Final no previsto
- Marzo-Abril: reuniones con las SAP y la SSQQ
- Abril - Mayo: Formación miembros de la Unidad del Dolor
- Junio - Julio: reuniones y formación en CS
- Septiembre - Noviembre: puesta en marcha del período de prueba
- Diciembre: Reanálisis de la situación y elección de nuevos CS
- Enero 2018: puesta en marcha de la consulta con nuevos CS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1389

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO SANCHEZ TIRADO
· Profesión MIR
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRON MOMPIELA JOSE ANTONIO
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER
LUCAS HERNANDEZ ANTONIO
ACED MARTINEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión con la Subdirectora de Servicios Quirúrgicos del HUMS y la Subdirectora de Atención Primaria del Sector II en dos ocasiones: Abril 2017 y Octubre 2017.
Reunión y sesión informativa con la Sundirectora de Atención Primaria del Sector II, el Coordinador del Centro de Salud Fernando el Católico y médicos del citado centro en noviembre de 2017.
Formación de los miembros de la Unidad de dolor del HUMS en el manejo del programa.
Apertura de agenda para la consulta virtual para el Centro de Salud de Fernando el Católico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Inicio del proyecto el 22 de enero de 2018 con el Centro de Salud Fernando el Católico como centro piloto.
Los resultados están pendientes de valoración una vez concluido el periodo de pruebas de tres meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido al retraso en el inicio del proyecto es prematuro realizar conclusión alguna, así como la recomendación de su extensión al resto de Centros de Salud de nuestro Sector

7. OBSERVACIONES.
La tardanza en el inicio de la ejecución del proyecto fue debida a cambios en la Subdirección de Atención Primaria de nuestro sector, por lo que los resultados están pendientes de valorar en el centro elegido como piloto para estimar la pertinencia de su extensión el resto de Centros de Salud de nuestro Sector.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1389 ===== ***

Nº de registro: 1389

Título
PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

Autores:
SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO, GIRON MOMPIELA JOSE ANTONIO, MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER, LUCAS HERNANDEZ ANTONIO, ECED MARTINEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor agudo, subagudo o cronico
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La ingente cantidad e pacientes que son remitidos a nuestra Unidad de Dolor hace que la lista de espera en este tipo de patología sea inabarcable. Se han puesto en marcha diferentes iniciativas para disminuir dicha lista de espera (actualmente están esperando algún tipo de actuación más de 2500 pacientes, situándose la lista de espera de primer día en 11 meses). Entre las estrategias que este año prima el SALUD se encuentra la de iniciar consultas virtuales en diferentes especialidades médicas y quirúrgicas. Queremos iniciar una consulta virtual en nuestra unidad del dolor con vistas a mejorar la comunicación con AP, dando preferencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1389

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

acazos que no deben esperar y disminuyendo el número de pacientes que pudiendo ser tratados en AP no sean derivados a nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- .- Mejorar la comunicación con AP
- .- Mejorar la formación de los médicos de AP en la aplicación de tratamientos con sustancias opioides y sustancias utilizadas en dolor tipo neuropático.
- .- Acelerar la atención de pacientes que cumplen los requisitos de prioridad de atención (dolor neuropático)
- .- Disminuir el número de pacientes derivados a la Unidad.

MÉTODO

1.- Oferta:

Atención a las consultas realizadas sobre dolor desde los CS del sector Zaragoza II y respondidas en un plazo inferior a 1 semana..- Apertura de agenda para la consulta virtual en función de las consultas realizadas y las esperadas.

2.- Actividades:

- .- Reunión con la Subdirección correspondiente al Sector Zaragoza II de AP. Estimación de los beneficios que pueden reportar. Fijación del Plan de puesta en funcionamiento eligiendo los CS iniciales como banco de pruebas.
- .- Periodo de formación de los miembros de la Unidad del Dolor del HUMS en el manejo del programa y sus programas de apoyo.
- .- Reunión con los CS elegidos para explicar el funcionamiento de la consulta virtual, que se espera de ellos y que esperan ellos de esta consulta. Inicio de programa de Formación para los MAP.
- .- Puesta en marcha de la consulta y periodo de pruebas durante 3 meses.
- .- Reanálisis de la situación con las mejoras obtenidas y los inconvenientes encontrados en colaboración con las SS quirúrgica y de AP.
- .- Introducción de nuevos CS siguiendo los mismos esquemas
- .- Una vez introducidos los CS urbanos, se comenzarían con los rurales, y una vez introducidos estos si la situación no ha variado en la creación de nuevas Unidades de Dolor, incluir primeramente a los pacientes del sector Zaragoza I, y posteriormente a los correspondientes al Sector de Alcañiz.

INDICADORES

- .- N° de consultas realizadas
- .- Tiempo de LE de los pacientes provenientes de los pacientes de los CS incluidos.
- .- N° de pacientes a los que se acelera su atención en la unidad y causa de la misma.

DURACIÓN

- .- Inicio Marzo 2017 / Final no previsto
- .- Marzo-Abril: reuniones con las SAP y la SSQQ
- .- Abril - Mayo: Formación miembros de la Unidad del Dolor
- .- Junio - Julio: reuniones y formación en CS
- .- Septiembre - Noviembre: puesta en marcha del periodo de prueba
- .- Diciembre: Reanálisis de la situación y elección de nuevos CS
- .- Enero 2018: puesta en marcha de la consulta con nuevos CS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1391

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ANA ASENSIO PARIS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COLAS RODRIGUEZ ANA
SANDIN GONZALEZ FRANCISCO
TORO NUÑEZ MAXIMILIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de protocolo para optimización de la anemia preoperatoria en CCR.
Presentación del protocolo al servicio de Anestesia para su implementación.
Presentación al personal de enfermería de Hospital de día encargado de la administración del tratamiento: Fe intravenoso y EPO.
Presentación al personal de enfermería de la acogida del bloque quirúrgico para la extracción de analítica previa a la cirugía.
Inicio de la actividad en junio de 2016 hasta la actualidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Periodo de junio 2016 a septiembre de 2017: 44 pacientes tratados
Hb media en consulta de Anestesia: 10.88
Hb media prequirúrgica tras el Tto: 11.72
Pacientes transfundidos: 9
Tasa transfusional 21.98%
Concentrados de hematies por paciente: 2.65
Tasa transfusional en 126 hospitales europeos: 20%. BJA 116(2) 255-61(2016)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Utilización de recursos existentes en el hospital
El paciente es visto en la consulta de anestesia, sin cita previa, el mismo día que acude a la consulta de Digestivo y en la misma semana en la que se acepta para cirugía por el comité de tumores de CCR.
La primera dosis de Fe iv se administra ese mismo día y si se prescribe una segunda dosis, enfermería de hospital de día cita al paciente para la siguiente semana.
La repleción de los depósitos de Fe con Fe carboximaltosa se consigue en 1 o 2 semanas (1 administración semanal). Si la Hb es < 10 se prescribe una dosis de EPO que se administra la segunda semana.
El objetivo es disminuir la tasa transfusional, una medida costo-efectiva y una medida de calidad asistencial, que disminuye la morbilidad posoperatoria y mejora la supervivencia en el paciente oncológico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1391 ===== ***

Nº de registro: 1391

Título
OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)

Autores:
ASENSIO PARIS ANA, COLAS RODRIGUEZ ANA, SANDIN GONZALEZ FRANCISCO, TORO NUÑEZ MAXIMILIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1391

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las transfusiones en cirugía digestiva se han relacionado estrechamente con la aparición de metástasis hepáticas, mayor incidencia de complicaciones y presencia de infecciones postoperatorias. No es admisible que un paciente que va a ser sometido a cirugía oncológica digestiva de forma programada (en concreto CCR), llegue a la cirugía con anemia grave que no se haya intentado corregir. La presencia de anemia preoperatoria es el factor más relacionado con la necesidad de transfusión en el intraoperatorio o en el postoperatorio inmediato. La optimización de esta anemia previa a la cirugía es la actuación preventiva de mayor utilidad en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- .- Optimizar la anemia preoperatoria de los pacientes afectados de CCR, mejorando el estado del paciente y preparándolo para la intervención quirúrgica.
- .- Minimizar la transfusión alogénica en los pacientes afectados de CCR que son aceptados para tratamiento quirúrgico.
- .- Reducir las complicaciones transfusionales, disminuyendo la morbimortalidad, la estancia hospitalaria y los costes.
- .- Reducir el tiempo de espera entre la decisión de intervenir y la fecha de la cirugía.
- .- No intervenir de forma programada pacientes con anemia importante

MÉTODO

OFERTA:
Valoración y optimización cuando sea necesaria de pacientes tributarios de cirugía programada oncológica sobre intestino grueso.

ACTIVIDADES:

- 1.- Valoración del paciente en el comité de tumores para saber la indicación quirúrgica. Estamos presentes en dicho comité para tomar nota de estos pacientes.
- 2.- Valoración en consulta de cirugía
- 3.- Valoración preoperatoria en consulta de anestesia el mismo día que en la consulta de cirugía.
- 4.- En caso de presentar anemia preoperatoria valoración y optimización de la misma con Fe iv + EPO sc.
- 5.- Remitir al paciente a H de día donde se inicia tratamiento, cuando es posible, el mismo día de la consulta.
- 6.- Valoración día de la cirugía tras nuevo hemograma al ingreso o hemocue si ingresa por la mañana.

INDICADORES

- 1.- (Pacientes anémicos / total de pacientes sometidos a CCR) x 100
- 2.- (Nº pacientes que inician cirugía con anemia / pacientes con anemia) x 100
- 3.- Nº pacientes transfundidos / pacientes sometidos a CCR

DURACIÓN

- .- Inicio: Septiembre 2016 Fin: no tiene
- .- Septiembre - Octubre 2016: recogida de información y puesta al día bibliográfica
- .- Noviembre - Diciembre 2016: Elaboración de protocolo y acuerdo con diferentes servicios (Digestivo, Cirugía General, Farmacia, Hospital de día)
- .- Enero 2017: inicio programa
- .- Noviembre 2017: Valoración
- .- Diciembre 2017: Introducción de una nueva patología oncológica digestiva

OBSERVACIONES

Se ha valorado la iniciación de un proceso denominado Optimización de anemia de paciente con cáncer digestivo que incluirá a los de Hígado, tracto digestivo superior e Intestino delgado, y CCR.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE SALVADOR LAGLERA TREBOL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASSINELLO OGEA CONCEPCION
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO
IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA
ROVIRA FLORES EVA
PORTERO LORO LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión de bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia. Elaboración de protocolo consensado en la unidad de traumatología, de lasolicitud de pruebas preoperatorias en función de las características del paciente el tipo de procedimiento y el lugar donde se va a proceder a su realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Puesta en funcionamiento en la Unidad de anestesia en el HRTQ en Febrero de 2019

En la Unidad de Cirugía sin ingreso se está en periodo de consenso con los miembros del servicio, con enfermería y con los servicios implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los procesos se retrasan sobre el cronograma propuesto por la necesidad de alcanzar consensos no solo entre los miembros de la unidad y por las implicaciones que afectan a otros servicios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1393 ===== ***

Nº de registro: 1393

Título
NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Autores:
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, LAGLERA TREBOL SALVADOR, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER, IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA, ROVIRA FLORES EVA, PORTERO LORO LUIS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente quirurgico y paciente en anestesia fuera de quirofano
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión ("no hacer")
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Salud ha abierto una línea estratégica de "No Hacer". Esta fundamentada en estudios y recomendaciones de varias sociedades científicas y grupos de trabajo que basándose en la evidencia algunas actuaciones enraizadas desde hace mucho tiempo no son útiles o eficientes o ambas cosas.

En anestesia muchas de estas recomendaciones se relacionan con el estudio preoperatorio en diferentes procesos médicos (anestesia fuera de quirófano - AFQ) y quirúrgicos (tanto en cirugía con ingreso como en cirugía sin ingreso).

El Sº de Anestesia y Reanimación quiere basándose en estas recomendaciones, actualizar así como hacer más eficiente el estudio preoperatorio. Queremos eliminar pruebas en diferentes pacientes y procedimientos que no resultan útiles o eficientes con los cambios que ha experimentado la especialidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

ACTUALIZACIONY OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar y optimizar la solicitud de pruebas preoperatorios en pacientes sometidos a cirugía sin ingreso (CSI), cirugía con ingreso (CCI), o procedimientos diagnósticos y terapéuticos médicos (AFQ)

MÉTODO

OFERTA:
Valorar en función del paciente y el procedimiento, las pruebas preoperatorios necesarias e imprescindibles, eliminando aquellas cuya utilidad no esta demostrada. Manteniendo la máxima garantía de seguridad para el paciente.

ACTIVIDADES:

Revisión de bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia.
Implicación de ls diferentes secciones de anestesia de forma progresiva.
Elaboración de protocolos consensuados en las diferentes secciones de anestesia (Infantil, Maternidad, Cardiotorácica, HRTQ y HG) de solicitud de pruebas preoperatorios en función de las características del paciente el tipo de procedimiento y el lugar donde se va a proceder a su realización.
Reunión con los diferentes servicios médicos y quirúrgicos (de forma progresiva) y su implicación en la solicitud de las pruebas.
Puesta en marcha de forma progresiva en unidades determinadas y ampliación posterior a todo un servicio. Posterior puesta en marcha y extensión a todos los servicios.

INDICADORES

- Determinación del nº de pruebas "no solicitadas" en comparación con el año anterior. (laboratorio y Radiología)
- Suspensión de pacientes por falta de pruebas preoperatorias "que NO se deberían de haber solicitado".
- Suspensión de pacientes por falta de pruebas correctamente solicitadas.

DURACIÓN

Inicio: Junio 2016
Junio - Diciembre 2016: revisión de bibliografía
Enero - Marzo 2017: elaboración de protocolo en HRTQ
Abril 2017: implicación con laboratorio y radiología.
Formación a Traumatólogos de las secciones elegidas para iniciar el periodo de prueba
Mayo - Junio: puesta en marcha del protocolo HRTQ
Junio: realización protocolo Infantil
Julio puesta en funcionamiento protocolo Infantil
Octubre revisión de los resultados, Aprendizaje de errores y subsanación de problemas. Extensión a nuevas unidades y servicios del HRTQ
Noviembre: revision resultados y aprendizaje Infantil.
Enero - diciembre 2018: extensión a maternidad, CCT y HG

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE SALVADOR LAGLERA TREBOL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER
IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA
ROVIRA FLORES EVA
PORTERO LLORO LUIS PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hasta el momento actual, y siguiendo el calendario previsto, se han realizado 3 reuniones en el Sº de Anestesia para consensuar las pruebas preoperatorias que se van a solicitar en dependencia de la cirugía prevista y de la patología previa del paciente.

Se han desarrollado los subprocesos

- desarrollo de circuitos (con el Sº de Admisión).
- decisión de pruebas preoperatorias y gestión de las peticiones (con Sº de Bioquímica y Radiodiagnóstico).
- optimización preoperatoria de la hemoglobina.
- optimización preoperatoria del ayuno, la nutrición y la glucemia.
- manejo de los pacientes en tratamiento con antiagregantes/anticoagulantes.
- manejo de los pacientes en tratamiento con inmunodepresores e inmunomoduladores
- valoración del riesgo anestésico: biomarcadores, capacidad funcional, calidad de vida y fragilidad.
- identificación de pacientes que deben demorarse.
- manejo de los pacientes testigos de Jehová.
- identificación de pacientes que necesitan reserva de hemoderivados.
- identificación de pacientes que necesitan cuidados postoperatorios en Unidad de Reanimación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Están implantados y en funcionamiento los subprocesos

- optimización preoperatoria de la hemoglobina.
- manejo de los pacientes en tratamiento con antiagregantes/anticoagulantes.
- manejo de los pacientes en tratamiento con inmunodepresores e inmunomoduladores
- manejo de los pacientes testigos de Jehová.
- identificación de pacientes que necesitan reserva de hemoderivados.
- identificación de pacientes que necesitan cuidados postoperatorios en Unidad de Reanimación.

Consiguiendo disminuir las demoras, las suspensiones quirúrgicas y el porcentaje de pacientes que precisan transfusión en PTR, PTC y artrodesis de columna.

Se han eliminado las pruebas preparatorias sistemáticas en pacientes programados para cirugía de la catarata

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es difícil promover cambios en una organización que lleva mucho tiempo funcionando de una manera determinada. tras conseguir poner en funcionamiento los subprocesos ya comentados se iniciará en abril la puesta en marcha del nuevo protocolo de pruebas preparatorias. Inicialmente en el hospital de traumatología tras reuniones previas con los jefes de Servicio y responsables de Cirugía ortopédica, Neurocirugía y Cirugía Plástica

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1393 ===== ***

Nº de registro: 1393

Título
NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Autores:
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, LAGLERA TREBOL SALVADOR, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, LAFUENTE MARTIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

FRANCISCO JAVIER, IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA, ROVIRA FLORES EVA, PORTERO LLORO LUIS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente quirurgico y paciente en anestesia fuera de quirófano
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión ("no hacer")
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Salud ha abierto una línea estratégica de "No Hacer". Esta fundamentada en estudios y recomendaciones de varias sociedades científicas y grupos de trabajo que basándose en la evidencia algunas actuaciones enraizadas desde hace mucho tiempo no son útiles o eficientes o ambas cosas.

En anestesia muchas de estas recomendaciones se relacionan con el estudio preoperatorio en diferentes procesos médicos (anestesia fuera de quirófano - AFQ) y quirúrgicos (tanto en cirugía con ingreso como en cirugía sin ingreso).

El Sº de Anestesia y Reanimación quiere basándose en estas recomendaciones, actualizar así como hacer más eficiente el estudio preoperatorio. Queremos eliminar pruebas en diferentes pacientes y procedimientos que no resultan útiles o eficientes con los cambios que ha experimentado la especialidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar y optimizar la solicitud de pruebas preoperatorios en pacientes sometidos a cirugía sin ingreso (CSI), cirugía con ingreso (CCI), o procedimientos diagnósticos y terapéuticos médicos (AFQ)

MÉTODO

OFERTA:
Valorar en función del paciente y el procedimiento, las pruebas preoperatorios necesarias e imprescindibles, eliminando aquellas cuya utilidad no esta demostrada. Manteniendo la máxima garantía de seguridad para el paciente.

ACTIVIDADES:

Revisión de bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia.
Implicación de ls diferentes secciones de anestesia de forma progresiva.
Elaboración de protocolos consensuados en las diferentes secciones de anestesia (Infantil, Maternidad, Cardiorráctica, HRTQ y HG) de solicitud de pruebas preoperatorios en función de las características del paciente el tipo de procedimiento y el lugar donde se va a proceder a su realización.
Reunión con los diferentes servicios médicos y quirúrgicos (de forma progresiva) y su implicación en la solicitud de las pruebas.
Puesta en marcha de forma progresiva en unidades determinadas y ampliación posterior a todo un servicio. Posterior puesta en marcha y extensión a todos los servicios.

INDICADORES

.- Determinación del nº de pruebas "no solicitadas" en comparación con el año anterior. (laboratorio y Radiología)
.- Suspensión de pacientes por falta de pruebas preoperatorias "que NO se deberían de haber solicitado".
.- Suspensión de pacientes por falta de pruebas correctamente solicitadas.

DURACIÓN

Inicio: Junio 2016
Junio - Diciembre 2016: revisión de bibliografía
Enero - Marzo 2017: elaboración de protocolo en HRTQ
Abril 2017: implicación con laboratorio y radiología.
Formación a Traumatólogos de las secciones elegidas para iniciar el periodo de prueba
Mayo - Junio: puesta en marcha del protocolo HRTQ
Junio: realización protocolo Infantil
Julio puesta en funcionamiento protocolo Infantil
Octubre revisión de los resultados, Aprendizaje de errores y subsanación de problemas. Extensión a nuevas unidades y servicios del HRTQ
Noviembre: revisión resultados y aprendizaje Infantil.
Enero - diciembre 2018: extensión a maternidad, CCT y HG

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0844

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE MAXIMILIANO TORO NUÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COLOMINA CALLEN LORENA
ROMERO IÑIGUEZ BLANCA
LAFUENTE OJEDA NOELIA
MARTINEZ NUEZ SILVIA
FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO
PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO
PEREZ ANDUJAR JUAN ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo del proyecto era implementar el uso del bloqueo TAP frente a la perfusión continua de morfina (PCM) con el objeto de disminuir el consumo de opiáceos en las primeras 24 horas postoperatorias en los pacientes operados de cirugía colorrectal ingresados en la REA. Igualmente buscábamos disminuir los efectos secundarios derivados del uso de los mórficos y mejorar la satisfacción del paciente ingresado en la REA al conseguir una mayor eficacia analgésica. La metodología empleada en este proyecto fue de tipo prospectiva y observacional. Se encuestó a una muestra aleatoria de los pacientes mayores de 18 años operados entre el mes de abril y diciembre de 2018 en el Hospital Miguel Servet en la especialidad de Cirugía General y que fueron ingresados en la REA durante el postoperatorio inmediato. Se estudiaron un total de 50 pacientes. En una escala de intensidad del dolor, todos los procesos que se incluyeron en este estudio estarían en el grupo de dolor moderado-intenso (amputación abdómino peritoneal, hemicolectomía, sigmoidectomía, cirugía compleja de la pared abdominal). Como criterio de exclusión se estableció la incapacidad o falta de colaboración para responder a los test del estudio (paciente intubado, séptico, inestable HD...), o el uso de otro tipo de analgesia (epidural, fundamentalmente). Previamente al inicio del proyecto, se formó a los facultativos de la REA en la realización del bloqueo TAP: técnica, complicaciones... Posteriormente, se revisó la bibliografía existente, se diseñó una hoja de recogida de datos y se realizaron dos protocolos de analgesia que serían aplicados a todos los pacientes incluidos en el proyecto: a 25 pacientes se les asignó el protocolo TAP+PCM y a 25 pacientes el protocolo PCM. Realizamos reuniones periódicas para evaluar los resultados que se iban recogiendo y dar alternativas a los problemas que pudieran presentarse. Para cada paciente se rellenó una hoja de recogida diseñada específicamente, donde se registraron parámetros como:

1. Fármacos usados en la intervención
2. EVA al ingreso en la unidad y seriado hasta el alta de la reanimación
3. Protocolo analgésico aplicado durante su estancia en la unidad: TAP y PCM o sólo PCM
4. Efectos secundarios
5. Necesidad de analgesia de rescate. En caso de haber sido necesaria, evaluamos su número, efectividad y tiempo hasta su administración
6. Grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento del dolor.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos fueron obtenidos por medio de una entrevista con el paciente siguiendo un cuestionario diseñado específicamente para el proyecto. No hubo pérdida de información: los 50 casos seleccionados completaron todas las fases del cuestionario y no se tuvo que excluir a ninguno de los pacientes. La recogida de datos comprendió a 50 pacientes (25 que recibieron tratamiento con bloqueo TAP y PCM; y 25 que recibieron tratamiento sólo con PCM). Descripción de los resultados: El EVA durante la estancia fue menor en los pacientes a los que se les había realizado una técnica combinada TAP y PCM; de hecho, en bastantes de ellos, la dosis de opioides fue mínima o incluso suspendida su administración. El tiempo hasta el primer rescate y el número de rescates analgésicos fue menor en el grupo TAP. No observamos ninguna complicación tras la realización de la técnica analgésica (punción visceral, hematoma...). Los episodios de náuseas y la necesidad de rescates fueron menores en los pacientes con bloqueo TAP. De los 25 pacientes del grupo TAP y PCM, 10 tuvieron dolor "como lo esperaban", 14 "menos del que esperaban" y 1 "más del que esperaban". De los 25 pacientes del grupo solo PCM, 11 tuvieron dolor "como lo esperaban", 3 "menos del que esperaban" y 11 "más del que esperaban". Al calificar nuestra intervención, 22 pacientes estaban "muy satisfechos", 20 "satisfechos", 5 "ni contentos ni descontentos" y 3 "descontentos".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0844

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grado de satisfacción de los pacientes fue entre satisfecho y muy satisfecho en el 84% de los casos y sólo en 3 casos expresaron su descontento (todos ellos sin bloqueo TAP; además, fueron casos de una cirugía más compleja) La analgesia TAP ha resultado mejor método analgésico que la perfusión continua de opiáceos: menos efectos secundarios, menos crisis irruptivas, menor número de rescates y sin la aparición de complicaciones Creemos que se puede extender el uso del bloqueo TAP para el control del dolor postoperatorio de otras cirugías: Urología, Ginecología..., y ser incluido en los protocolos analgésicos habituales por su sencillez, bajo coste y alta efectividad. Como conclusión pensamos que los resultados expuestos demuestran la eficacia y seguridad de las técnicas invasivas en el control del dolor postoperatorio y nos estimula a mejorar y continuar con su uso

7. OBSERVACIONES.

Las técnicas intervencionistas para el abordaje del dolor nos aportan una solución segura, barata y eficaz para conseguir el objetivo de "pacientes sin dolor" ingresados en nuestra REA.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/844 ===== ***

Nº de registro: 0844

Título
INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION

Autores:
TORO NUÑEZ MAXIMILIANO, COLOMINA CALLEN LORENA, ROMERO IÑIGUEZ BLANCA, LAFUENTE OJEDA NOELIA, MARTINEZ NUEZ SILVIA, FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO, PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO, PEREZ ANDUJAR JUAN ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El dolor postoperatorio es aquel que aparece como consecuencia del acto quirúrgico. Se caracteriza por ser agudo, predecible y autolimitado en el tiempo. Si no se trata adecuadamente puede cronificarse. Está condicionado por una serie de factores epidemiológicos como son el tipo de paciente, la preparación quirúrgica, la intervención quirúrgica, la técnica anestésica empleada, las complicaciones que pueden surgir perioperatoriamente y los cuidados postquirúrgicos, sin olvidar que el dolor es una experiencia subjetiva Las complicaciones derivadas del dolor postoperatorio son muy diferentes y potencialmente graves: respiratorias, cardiovasculares, digestivas, metabólicas, inmunológicas, psicológicas... El postoperatorio inmediato de los pacientes intervenidos de Resección Anterior de Recto (RAR) y Amputación Abdomino Peritoneal (AAP) se realiza en la Unidad de Reanimación (REA) del HUMS. El tratamiento analgésico habitual incluye fármacos analgésicos, antiinflamatorios y fundamentalmente mórficos (en perfusión continua y en bolus de rescate) La administración de mórficos en el postoperatorio inmediato puede provocar una serie de efectos secundarios, entre los que se encuentran náuseas, prurito, sedación, íleo paralítico, hipotensión y desorientación. Todos ellos suponen un retraso en la evolución del paciente, un mayor riesgo de complicaciones y una demora en el alta a la planta de hospitalización. El bloqueo del plano transversal del abdomen (TAP) es un bloqueo con anestésicos locales de la pared abdominal que se ha extendido rápidamente en la práctica clínica como parte de la analgesia multimodal en cirugía abdominal. Todo ello debido a su sencillez, seguridad y eficacia. La realización de la técnica ecoguiada ha permitido disminuir las potenciales complicaciones y aumentar las tasas de éxito Su introducción en la práctica diaria mejorará la calidad de la analgesia de los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal ingresados en la REA, minimizando los efectos secundarios de los opiodes

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0844

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION

1. Formar a los facultativos de la REA en la realización del bloqueo TAP
2. Implementar el uso del bloqueo TAP frente a la perfusión continua de morfina (PCM)
3. Disminuir el consumo de opiáceos en las primeras 24 horas postoperatorias en los pacientes operados de cirugía colorrectal ingresados en la REA
4. Disminuir los efectos secundarios derivados del uso de los mórficos
5. Mejorar la satisfacción del paciente ingresado en la REA al conseguir una mayor eficacia analgésica

MÉTODO

1. Revisión de la bibliografía existente
2. Actualización de los protocolos analgésicos existentes, incluyendo en los mismos el bloqueo TAP para la cirugía colorrectal
3. Creación de la hoja y sistema de recogida de datos
4. Formación a los adjuntos de la REA en la realización del bloqueo TAP

INDICADORES

1. Tasa de Cumplimiento: se han formado en la técnica todos los adjuntos de la REA, se han realizado un mínimo de 50 bloqueos TAP
2. Morbilidad asociada: eventos consecuencia de la técnica
3. Grado de satisfacción del paciente: la información se obtendrá a través de una entrevista por cuestionario al paciente durante su estancia y al alta de la REA
4. Disminución en el consumo de mórficos en las primeras 24 horas
5. Disminución en la aparición de complicaciones asociadas al uso de mórficos

DURACIÓN

1. Duración: 1 abril 2018 - 31diciembre 2018 (todos los integrantes del proyecto)
2. Búsqueda bibliográfica y elaboración del protocolo y encuesta: abril 2018 (todos los integrantes del proyecto)
3. Formación en la realización de la técnica: mayo 2018 (todos los integrantes del proyecto)
4. Aplicación del protocolo: junio a noviembre 2018 (todos los integrantes del proyecto)
5. Recogida de resultados y evaluación final: diciembre 2018 (todos los integrantes del proyecto)
6. Todos los meses tendrá lugar una reunión para evaluar los resultados, modificar el protocolo y dar alternativas a los problemas que pudieran presentarse (todos los integrantes del proyecto)

OBSERVACIONES

Somos partidarios de que el dolor sea considerado como una prioridad asistencial y su alivio un criterio de calidad. La REA ofrece soluciones activas y cambiantes a cada paciente y tipo de intervención, buscando siempre su confort dentro de la mayor seguridad posible

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0845

1. TÍTULO

PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO. IMPLICACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE SALVADOR LAGLERA TREBOL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA
GOMEZ GOMEZ ROBERTO
GALLEGO LIGORIT LUCIA
LAFUENTE OJEDA NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Puesta en comun con los miembros del servicio. Consenso de actuación. Solicitud de material necesario para su puesta en marcha. Manejo de dicho material.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Consenso sobre el protocolo de actuación. Autorización de uso de material de monitorización de la temperatura. Aprendizaje en el manejo de dicho material.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Retrasos hasta la consecución del material para la detección de hipotermia (casi 9 meses). Se consiguió la autorización en diciembre de 2018. Puesta en marcha inmediata del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/845 ===== ***

Nº de registro: 0845

Título

PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO (SNS). IMPLICACION DEL Sº DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA

Autores:

LAGLERA TREBOL SALVADOR, ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA, GOMEZ GOMEZ ROBERTO, CARBONELL BERNAL ROBERTO, IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA, LAFUENTE OJEDA NOELIA, ASENSIO PARIS ANA, COLAS RODRIGUEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro del proyecto infección quirúrgica ZERO del SNS, una parte de los steps definidos corresponden al manejo intra y postoperatorio inmediato; en concreto al mantenimiento de la normotermia y normoglucemia durante la intervención quirúrgica y el postoperatorio inmediato.

La hipotermia y la normoglucemia se han relacionado con un peor resultado quirúrgico al favorecer la inmunosupresión y la presencia de infecciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento de la glucemia perioperatoria < 180 mg/dL.

Mantenimiento de la temperatura al final de la intervención > 36°C.

disminuir la incidencia de infección quirúrgica y de la mortalidad por esa causa en pacientes intervenidos de cancer colorectal (CCR), sustitución primaria o de revisión de cadera (PTC) o rodilla (PTR) y revascularización coronaria (Bp Ao-C)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0845

1. TÍTULO

PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO. IMPLICACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA

MÉTODO

Reunión con las diferentes unidades del Sº para explicar e implicar en el proyecto de infección quirúrgica ZERO.
Elaboración del protocolo de actuación.
Revisión del protocolo de cumplimiento
Evaluación y comunicación de resultados

INDICADORES

Cumplimiento global de la normotermia
Cumplimiento global de la normoglucemia
Incidencia de infecciones quirúrgicas en las patologías quirúrgicas determinadas
Mortalidad por infecciones quirúrgicas en las patologías quirúrgicas determinadas.

DURACIÓN

Inicio Junio 2018
Reunión con los miembros de las distintas Unidades implicadas, explicación del proyecto y del protocolo.
Puesta en marcha del protocolo. septiembre 2018
Evaluación de la implantación. diciembre 18

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0858

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE BLANCA IZQUIERDO VILLARROYA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO GARCIA BORJA
PUERTOLAS ORTEGA MARIA
VALLES TORRES JORGE
MARRON TUNDIDOR RAFAEL
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL
BLASCO PEIRO TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este primer año, hemos realizado cinco reuniones de gestores de los diferentes subprocesos que lo constituyen (valoración de indicación quirúrgica; preoperatorio; intraoperatorio; postoperatorio inmediato en UCI/REA; postoperatorio en planta y alta; seguimiento al año). Cada gestor ha presentado al grupo lo que se va trabajando en sus respectivos subprocesos con el fin de trabajar con una visión conjunta y sin perder la perspectiva de proceso como "un todo". Además, se han tratado temas transversales, entre los diferentes subprocesos, analizados los nudos encontrados y e intentado buscar soluciones. Se ha trabajado individualmente con cada gestor, de los respectivos subprocesos, asistiendo a las reuniones convocadas por los mismos, recogiendo las actas presentadas e intentando buscar solución a los problemas que se han ido encontrando, fundamentalmente de tipo logístico; así mismo hemos sido los interlocutores con otros Servicios y/o Dirección. El 25 de febrero se presentará la Memoria del 2018, del proceso, ante la Directora de estrategia y Planificación y el Subdirector de Tecnología Sanitaria de CGIPC con el fin de desarrollar la estrategia del proceso dentro de HCE en el 2019. En cada subproceso se han ido desarrollando los protocolos e instrucciones técnicas que se han visto necesarios, aunque muchos se encuentran en fase de desarrollo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como estamos en fase de seguimiento y desarrollo de los diferentes subprocesos, todavía no se han elaborado los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora es positiva respecto al trabajo multidisciplinar realizado y la transversalidad con la que se realizan los protocolos. Esto resulta en una gestión más eficiente y efectiva. La mayor dificultad para el desarrollo óptimo del proceso, que observamos todo el equipo, es la falta de un programa de gestión del bloque quirúrgico que permitiría control del gasto, tiempos, incidentes y sobre todo la incorporación de la historia anestésica intraoperatoria a la HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/858 ===== ***

Nº de registro: 0858

Título
PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Autores:
IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA, RUBIO GARCIA BORJA, PUERTOLAS ORTEGA MARIA, VALLES TORRES JORGE, GALLEGU LIGORIT LUCIA, MARRON TUNDIDOR RAFAEL, CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, BLASCO PEIRO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad y Calidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0858

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Crear un proceso de gestion del paciente que va a ser sometido a cirugía cardiaca dentro del Area del Corazon es imprescindible para optimizar los recursos y controlar la calidad y la seguridad de todo el procedimiento. Son enfermos pluripatologicos que van a ser sometidos a una cirugía mayor, que implica gran consumo de recursos y una gran complejidad. Ante la cada vez mayor presión asistencial y envejecimiento paulatino de la población, es imprescindible que sentemos unas bases de colaboración multidisciplinar para dar a estos enfermos la mejor atención posible, así como establecer unos indicadores de control para optimizar la calidad, la seguridad del paciente y el consumo de recursos del sistema.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana es todo aquel enfermo que se considere posible candidato a ser sometido a Cirugía Cardiaca de la que seamos centro de referencia. Crear un Comité multidisciplinar de evaluación de aquellos pacientes candidatos para ofrecerles el mejor tratamiento posible según la evidencia científica actual. Establecer relaciones multidisciplinarias, protocolos e indicadores de control en los diferentes niveles que conforman el proceso para mejorar la calidad del procedimiento. Encontrar los nudos o puntos sensibles a lo largo del proceso para poder informar a las instancias que procedan y poder optimizar los recursos invertidos.

MÉTODO

Se va a instaurar a través de HCE unos formularios para poder enviar a los enfermos al Comité para su evaluación. Tras su establecimiento habrá que informar a todos los Servicios y Hospitales que remiten pacientes al Comité. Se ha dividido el proceso en 5 subprocesos para su mejor gestión, con distintos servicios participantes en cada uno de ellos y todos los estamentos del hospital implicados. Cada Gestor del subproceso establece las reuniones periódicas, habitualmente cada 1-2 meses y el reparto de carga de trabajo y presentación del trabajo realizado. Se realizan actas de cada reunión. Es fundamental proceder paulatinamente a la informatización del Proceso, ya que es una herramienta imprescindible para su control posterior y poder ofrecer un retorno tanto a los implicados dentro de él como a los estamentos superiores, con objeto de ir mejorando progresivamente.

INDICADORES

Se está trabajando en los distintos subprocesos en los nudos encontrados, estableciendo los indicadores adecuados para controlarlos y mejorarlos. Nos parece imprescindible la informatización progresiva del Proceso para obtener indicadores reales y poder acometer mejora continuas.

DURACIÓN

Se han establecido 6 subprocesos: valoración de indicación quirúrgica, preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio inmediato, postoperatorio en planta y evaluación y seguimiento al año. El proyecto ya ha comenzado a desarrollarse, con unos 100 profesionales de diferentes estamentos participando en él. Se ha establecido un cronograma de 15 meses para su realización y valoración de los recursos necesarios para su puesta en marcha. Según los recursos destinados se podrá establecer un cronograma de implementación más preciso hasta su desarrollo total.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0873

1. TÍTULO

SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE LUCIA GALLEGO LIGORIT
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COTERA USUA IGNACIO
BARRADO GIL PEDRO
MOLINOS ARRUEBO IRENE
SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO
RUBIO GARCIA BORJA
ANDRES FERNANDEZ ROSA
RUBIO SANCHO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hasta la fecha actual se han realizado reuniones periódicas con el objetivo de: diseño de diagrama de flujo y reparto de tareas. En este momento, cada uno de los participantes en el proyecto están realizando las tareas encomendadas y redactando por escrito su apartado. Estamos intentando conseguir un apartado de "intraoperatorio" dentro de la Historia Clínica Electrónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido la correcta comunicación entre los miembros de los distintos servicios implicados. La resolución de conflictos o nudos que pudieran aparecer. Se están revisando los documentos enviados por cada uno de los participantes y que compondrá el material del subproceso. Se han diseñado indicadores de calidad. A pesar de que se está avanzando en el tema de la Historia Clínica Electrónica en el preoperatorio, de momento, no hemos empezado con el intraoperatorio, debido a factores ajenos a nosotros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de trabajo es muy positiva. El desarrollo de este proyecto ha incrementado la comunicación y la resolución de problemas, aún cuando no se ha puesto en marcha. Queda pendiente, como he mencionado, el tema de la implementación intraoperatoria de la HCE. La puesta en marcha del subproceso y la sostenibilidad del mismo depende, en gran medida, de la dotación de recursos humanos y materiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/873 ===== ***

Nº de registro: 0873

Título
SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA

Autores:
GALLEGO LIGORIT LUCIA, COTERA USUA IGNACIO, BARRADO GIL PEDRO, MOLINOS ARRUEBO IRENE, SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, RUBIO GARCIA BORJA, ANDRES FERNANDEZ ROSA, RUBIO SANCHO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El subproceso intraoperatorio de gestión del paciente que va a ser sometido a cirugía cardíaca, dentro del Proceso de Cirugía Cardíaca, a su vez, como parte del Área del Corazón, es imprescindible para optimizar los recursos y controlar la calidad y la seguridad de todo el procedimiento.
Son enfermos pluripatológicos, que van a ser sometidos a una cirugía mayor, que implica gran consumo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0873

1. TÍTULO

SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA

recursos y una gran complejidad.

En el intraoperatorio de estos procedimientos es imprescindible que todo siga un orden estricto, con la colaboración multidisciplinaria, para proporcionar una mayor calidad asistencial a nuestros pacientes. Sabemos lo que hacemos, pero no queda reflejado en ningún documento y, sin esa información, no podemos analizar resultados para mejorar nuestra actividad diaria.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es el manejo adecuado y reglado del paciente, con el consiguiente incremento de la calidad y seguridad como resultado. Se espera que la incidencia de complicaciones que se dan tras este tipo de procedimientos quirúrgicos disminuya. De la misma manera, se pretende un adecuado control de consumo de recursos. La población diana es todo aquel enfermo que se considere posible candidato a ser sometido a Cirugía Cardíaca, en nuestra comunidad.

MÉTODO

Establecer relaciones multidisciplinares, protocolos e indicadores de control en los diferentes niveles que conforman el subproceso, para mejorar la calidad del procedimiento. Encontrar los nudos o puntos sensibles a lo largo del subproceso, para poder informar a las instancias que procedan y poder optimizar los recursos invertidos. Se establecerán reuniones periódicas, habitualmente cada 1-2 meses. Se procederá al reparto de la carga de trabajo entre los componentes del subproceso y a la presentación de resultados, en dichas reuniones. Todo ello, quedará reflejado en actas de reunión. Es fundamental proceder paulatinamente a la informatización del subproceso, ya que es una herramienta imprescindible para su control posterior y poder ofrecer un retorno, tanto a los implicados dentro de él, como a los estamentos superiores, con objeto de ir mejorando progresivamente.

INDICADORES

Se han definido una serie de indicadores provisionales, a la espera de la evolución del trabajo desarrollado. Estos indicadores van desde, la cumplimentación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ), en la acogida de quirófanos, hasta el consumo de hemoderivados, duración de intervención, complicaciones intraoperatorias, tiempos de traslados de pacientes, tiempo en disponer de la cama de cuidados críticos, etc. Algunos de ellos expresados en tasas, porcentajes y minutos. La fuente de información de los mismos será: historia clínica electrónica (HCE, cuando se disponga de ella), LVSQ, gráfica de anestesia, protocolo quirúrgico, intranet, hoja de quirófano, etc...

DURACIÓN

El proyecto ya ha comenzado a desarrollarse, con unos 25 profesionales de diferentes estamentos participando en él. Se ha establecido un cronograma de 15 meses para su realización y valoración de los recursos necesarios para su puesta en marcha. Según los recursos destinados, se podrá establecer un cronograma de implementación más preciso, hasta su desarrollo total.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0900

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE GUILLERMO IGNACIO PEREZ NAVARRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALO PELLICER INMACULADA
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO
INFANTES MORALES MARTA EUGENIA
VIÑUALES CABEZA JOSE JOAQUIN
SANCHEZ ANDRES ARMANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- BORRADOR FORMATIVO EN SIMULACION DE EVENTOS CRITICOS EN ANESTESIA. 2 JORNADAS REALIZADAS.
- BORRADOR DE RECUPERACION DE JORNADA DE VAD PARA RESIDENTES EN ANESTESIA.
- JORNADA INTRODUCCION A LA VIA AEREA PARA RESIDENTES DE PRIMER AÑO EN ANESTESIA, UCI Y TRAUMA.
- TALLER DE CRICOTIROTOMIA PARA RESIDENTES EN ANESTESIA MADRID, JUNIO DE 2018: PUNTO DE ENCUENTRO PROVEEDOR MSD-MERCK.
- PROTOCOLO DE MANEJO DE VAD UNICO Y DIVIDIDO POR SECCIONES, OBSTETRICIA-PEDIATRIA-ADULTO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- TODO LO EXPUESTO SE HA LLEVADO A CABO POR TODOS O ALGUNO DE LOS MIEMBROS DEL PROYECTO, CON EL EMPLEO DE RECURSOS PREVISTO MATERIALES Y HUMANOS. PROLONGANDO EN OCASIONES EL HORARIO LABORAL.
- PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS DE LOS RESIDENTES PROPUESTOS DEL 100%
- LA CONSECUCION DE UNIFICACION DEL PROTOCOLO DE VAD TRAS EXHAUSTIVA REVISION BBG HA SIDO SATISFACTORIA A LA ESPERA DE SU PRESENTACION OFICIAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- TODO COMIENZO ES COSTOSO EN TIEMPO
- ACTITUD APERTURISTA EVITANDO EL DOGMA PARA LA MAYOR ACEPTACION DE PROFESIONALES.
- PROPUESTAS FORMATIVAS ACTUALES INCLUYENDO LA SIMULACION COMO CENTRO DE LA MISMA, ALGO NOVEDOSO EN ARAGON

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/900 ===== ***

Nº de registro: 0900

Título
REDACCION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE UN PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA LOS INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA, REANIMACION Y TERAPIA DEL DOLOR

Autores:
PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO, GONZALO PELLICER INMACULADA, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO, INFANTES MORALES MARTA EUGENIA, VIÑUALES CABEZA JOSE JOAQUIN, SANCHEZ ANDRES ARMANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todo tipo de patologia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Anestesia se encarga de la formación en el manejo de la vía aérea de nuestros médicos residentes (MIR), así como a MIR de otras Especialidades, Médicos de Urgencia, Médicos de Familia, etc. a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0900

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA

través de los Programa FOCUSS. Asimismo, colabora y coordina cursos formativos en vía aérea difícil en otros centros como es el IACS y el CIBA

Este proyecto pretende estandarizar las múltiples acciones que se llevan a cabo en la enseñanza y puesta al día en el manejo de la vía aérea, mediante la implantación de un PLAN específico de formación en Vía Aérea (VA) para todos los integrantes del servicio y elaborando un protocolo de manejo de la Vía Aérea Difícil (VAD) desarrollado por el propio Servicio de Anestesia

La frecuencia de VAD en los pacientes quirúrgicos es muy variable y la dificultad en el manejo de la misma sigue siendo el principal factor individual implicado en morbilidad o muerte ocasionado por la anestesia. El conocimiento de los protocolos de VAD y la realización de uno específico de nuestro hospital es un excelente indicador de la cultura de seguridad asistencial

Vemos fundamental la incorporación de la simulación clínica a la enseñanza del manejo de la VA. La oportunidad de poder enfrentarse a una situación lo más real posible y que la consecuencia del fallo sea volver a empezar, contribuye a que cuando la situación sea verdadera, las posibilidades de error sean mínimas

La existencia de un Plan de Formación en VAD para todos los componentes del Servicio de Anestesia ha de tener un desarrollo ininterrumpido, creciendo y adaptándose a las evidencias científicas y necesidades asistenciales. La elaboración de un protocolo de manejo de Vía Aérea Difícil propio y adaptado a nuestro hospital ha de ser una de las líneas fundamentales de desarrollo del Servicio. A este proyecto sumaremos el trabajo realizado por las distintas Secciones del Servicio en temas de VA, como han sido la creación de la Tarjeta de VAD para pacientes, la asistencia a cursos de formación e incorporación de nuevos dispositivos y la realización de extubación segura para pacientes complejos en la Unidad de Reanimación (REA)

RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear y desarrollar un plan de formación en vía aérea del Servicio de Anestesia.
2. Diseñar el programa de formación anual para FEA y MIR
3. Continuar y aumentar la colaboración los programas formativos ya iniciados en VAD
4. Elaborar un protocolo de VAD del Servicio de Anestesia.
5. Incluir a la secciones de Anestesia Obstétrica y Pediátrica en dicho protocolo.
6. Redactar un protocolo de extubación segura para los pacientes ingresados en la REA
7. Garantizar la disponibilidad de un "set para cricotirotomía" de urgencia en cada uno de los respiradores artificiales

MÉTODO

1. Revisión de la bibliografía existente
2. Creación de un plan de formación en VAD para todos los adjuntos y MIR del servicio
3. Realización periódica de cursos de VAD de forma que todos los integrantes del Servicio que lo deseen puedan realizarlo al menos una vez al año
4. Crear e inventariar un stock de material de VA para la realización de los cursos de VA
5. Consensuar con las secciones Anestesia Pediátrica y Obstétrica su realización y puesta en marcha
6. Revisión anual del protocolo
7. Preparar, mantener y revisar periódicamente un set para cricotirotomía de urgencia en cada uno de los respiradores

INDICADORES

1. Diseño del programa de formación. Indicador: realización del mismo
2. Creación del "stock" de material para VA. Indicador: realización del mismo
3. Número de cursos realizados. Indicador: realización de 4 ediciones
4. Número de integrantes del servicio que han asistido a alguno de los cursos. Indicador: 75% los MIR y 25% de los adjuntos del servicio.
5. Protocolo de VAD. Indicador: realización del mismo
6. Protocolo del Manejo Seguro de la VA durante la extubación en los pacientes ingresados en la REA. Indicador: realización del mismo
7. Disponibilidad del set para cricotirotomía. Indicador: realización del mismo
8. Encuesta a los miembros del Servicio sobre conocimiento de los nuevos protocolos, su utilidad. Indicador: realización de la misma.
9. Comunicación a personal de enfermería de la elaboración del protocolo de manejo de VAD

DURACIÓN

1. Elaboración del plan de formación en VAD para los integrantes del Servicio de Anestesia
2. Realización de Cursos de Formación en VAD
3. Recogida de resultados y evaluación final
4. Elaboración del protocolo VAD
5. Preparación y colocación del "set para cricotirotomía" en cada respirador
6. Incluir protocolo de extubación segura para la REA
7. Mensualmente tendrá lugar una reunión para evaluar los resultados, modificar documentos de trabajo y dar alternativas a problemas

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0900

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1364

1. TÍTULO

USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE SOLEDAD MARTIN ESCUIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CLAUDIO SOLANO TERESA
IBAÑEZ SANCHEZ MARIA JOSE
RAMOS MORENO MARGARITA
SANCHEZ HERRAIZ SUSANA
LACASA MARZO ROSA
FLORIA ZUBALEZ YASMINA
FERRER SALIENTE SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se comenzó en el mes de septiembre del año 2018 en el servicio de reanimación. En primer lugar se creó el grupo de trabajo, el cual priorizo la información más relevante a recoger en el documento, teniendo en cuenta las necesidades más habituales de nuestros pacientes. Accedimos a ARASAAC y de CEAPAT-INERSO, para conseguir información sobre recursos gráficos para facilitar la comunicación con personas que presentan algún tipo de dificultad en la comunicación. El equipo consensuó las áreas que se deberían recoger en el cuaderno. Estas serían:

- Código si/no.
- Ubicación - lugar, día y hora.
- Sintomatología que le hace encontrarse mal.
- Qué técnicas se le van a hacer durante su estancia.
- Vocabularios con fondo blanco y negro

Se repartieron las áreas entre los miembros del equipo.

Tras elegir letras, tamaños, colores y los pictogramas de cada tema se elaboro finalmente el cuaderno de pictogramas y abecedarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado el cuaderno de pictogramas completamente pero es un proyecto pendiente de finalizar. Estamos a la espera de la compra de una pizarra para poder completar el proyecto y de la edición de un cuaderno con tapas duras y solapas laterales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Consideramos que ha habido limitaciones temporales, al contar con un tiempo escaso para poder finalizar el proyecto, además de tener que realizar todo el proyecto fuera de la jornada laboral.
- Nos hemos encontrado limitaciones económicas, y si he querido que el proyecto salga adelante he tenido que poner dinero de mi bolsillo.
- Aunque todo el grupo es conocedor del cuaderno y lo han utilizado, al no completarse el proyecto no lo hemos presentado a todo el servicio.

7. OBSERVACIONES.

Seguiremos trabajando el proyecto durante el año 2019 para poder finalizarlo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1364 ===== ***

Nº de registro: 1364

Título
USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:

MARTIN ESCUIN SOLEDAD, CLAUDIO SOLANO TERESA, IBAÑEZ SANCHEZ MARIA JOSE, RAMOS MORENO MARGARITA, SANCHEZ HERRAIZ SUSANA, LACASA MARZO ROSA, FLORIA ZUBALEZ YASMINA, FERRER SALIENTE SOLEDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1364

1. TÍTULO

USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente postquirurgico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el servicio de Reanimación del HUMS atendemos un alto número de pacientes con cierta dificultad para la comunicación, lo que conlleva problemas de comprensión y pérdida de información, dificultando en numerosas ocasiones la atención prestada. Facilitar la comunicación bidireccional entre profesionales y personas que tienen disminuida o alterada esta función por problemas físicos o por barreras del idioma es imprescindible en nuestra unidad para que el paciente pueda dar a conocer a los profesionales cómo se siente y qué necesita y la del profesional que necesita conocer aspectos de índole física y emocional para poder cuidarle lo mejor posible. Se pretende de este modo que durante el desarrollo del proceso que dificulta la comunicación verbal, se mantenga en la medida de lo posible la autonomía personal y la autoestima a través de cuidados basados en una comunicación, que permita además de plantear las necesidades físicas, abordar las emociones y sentimientos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la comunicación en el paciente que presenta limitaciones en el servicio de reanimación del HUMS.
- Facilitar a las pacientes la transmisión de sus necesidades y sentimientos.
- Mejorar la atención prestada y disminuir su ansiedad y miedo.
- Aportar una mayor calidad en los cuidados durante la atención prestada.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.
- Priorización de la información a recoger en el documento, teniendo en cuenta las necesidades más habituales de nuestros pacientes.
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.
- Consenso y elaboración del cuaderno de pictogramas específico para la REA.
- Difundir y presentar el cuaderno de pictogramas a todos los miembros el equipo

INDICADORES

- Se ha elaborado el cuaderno de pictogramas para la REA: SI -NO
- Presentación del Cuaderno de pictogramas a todo el equipo de la REA: SI -NO
- Encuesta a los profesionales implicados en la asistencia en la REA sobre la utilidad del cuaderno: el 80% de ellos considerará útil el cuaderno de Pictogramas

DURACIÓN

- Definir la información a recoger en el documento.
- Revisión de la información existente: Junio 2018 - Septiembre 2018
- Creación de los pictogramas : Septiembre 2018 - Octubre 2018
- Presentación cuaderno pictogramas: Noviembre - Diciembre 2018
- Evaluación utilidad: Diciembre 2018: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1364

1. TÍTULO

USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0437

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO PEDIATRICO EN CMA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ARMANDO SANCHEZ ANDRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN
CHUECA MATA JULIA
GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL
CASTILLO AZNAR JESUS
DEL SO GIL ELENA
BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO
GUALLAR LARPA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Redacción de los protocolos analgésicos: Se concluyen y envían en enero de 2020
Aprobación de los protocolos: pendiente.
Implantación de los protocolos: Ya implantados por el consenso en su redacción
Análisis de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aunque no se han aprobado, al no desviarse de su aplicación clínica habitual, se ha podido evaluar los resultados, obteniendo menos de un 2% de ingresos por dolor tras CMA y unas pautas de analgesia escrita en el informe al alta > de 95% como se estipulaba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Los servicios quirúrgicos del HI hantenido espíritu de colaboración en este tema.
-Los tiempos para su desarrollo se han desplazado por circunstancias políticas (elecciones) y de salud en los cargos intermedios (bajas). Ambas circunstancias son incontrolables y dificultan el cumplimiento de los plazos, pero se han podido remediar por la voluntad del equipo.

7. OBSERVACIONES.

Habiendo habido quorum en su redacción, y obteniendo una evaluación adecuada de los resultados de su aplicación, podemos dar por concluido el proyecto, salvo que no se apruebe por la Comisión de Tecnología. En tal caso se informará a nuestra Unidad de Calidad Asistencial

*** ===== Resumen del proyecto 2019/437 ===== ***

Nº de registro: 0437

Título
PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO PEDIATRICO EN CMA

Autores:
SANCHEZ ANDRES ARMANDO, RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN, CHUECA MATA JULIA, GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL, CASTILLO AZNAR JESUS, DEL SO GIL ELENA, BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO, GUALLAR LARPA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor postoperatorio en CMA pediátrica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El control adecuado del dolor postoperatorio es un punto clave para los criterios de alta de la CMA pediátrica. De no conseguirse, puede ser preciso ingresar en el hospital al paciente para el control del dolor. Esto supone un fracaso del circuito de CMA, que se traduce en mayor alteración de la rutina familiar y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0437

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO PEDIATRICO EN CMA

en un aumento de los costes del proceso.

La protocolización de la analgesia postoperatoria para CMA disminuye la variabilidad asociada a la práctica clínica, optimizando los resultados clínicos y el uso de los recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

-Disminuir la variabilidad asociada a la práctica clínica.

-Estandarizar el tratamiento del dolor postoperatorio pediátrico en CMA, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Anestesiología Pediátrica.

MÉTODO

-Crear un grupo de trabajo formado por las secciones/unidades del H. Infantil implicadas: Anestesiología y Servicios quirúrgicos (Cirugía Pediátrica, ORL, COMF y COT).

-Unificar los criterios de analgesia postoperatoria para CMA pediátrica.

-Redacción e implementación de los protocolos de analgesia para la CMA realizada.

INDICADORES

-Porcentaje de pacientes con mal control del dolor postoperatorio en CMA (EVA o escala equivalente = 2).

Se analizará la evolución en 50 pacientes antes de los según su intervención y otros 50 pacientes comparables después de las modificaciones realizadas.

DURACIÓN

Se estima una duración de 12 meses.

-Marzo-abril de 2019: Redacción de los protocolos analgésicos.

-Mayo-junio de 2019: Aprobación de los protocolos.

-Septiembre-octubre de 2019: Implantación de los protocolos.

-Enero-febrero de 2020: Análisis de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0526

1. TÍTULO

DETECCION PREOPERATORIA DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ADULTOS PENDIENTES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE JORGE VALLES TORRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FAÑANAS MASTRAL JAVIER
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION
REZUSTA LOPEZ ANTONIO
GUTIERREZ IBAÑES PABLO
BELLIDO MORALES JAVIER ANDRE
MANCIBON SIERRA FRANCISCO JAVIER
JIMENEZ BEA LIRIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Redacción de las instrucciones para la correcta realización de las pruebas de detección preoperatorias.
- Coordinación con el resto de centros hospitalarios para realizar las pruebas de forma ambulatoria en todos los sectores sanitarios de Aragón.
- Revisión y actualización de descolonización, aislamiento y profilaxis antibiótica.
- Introducción de la prueba PCR (reacción en cadena de la polimerasa) para la detección rápida de Staphylococcus aureus resistente a meticilina en el H.U. Miguel Servet, para realizarla en los pacientes que ingresan en el hospital de forma urgente.
- Realización de folleto informativo para el paciente.
- Implantación de todas las medidas y difusión de la información al resto de profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera evaluación se observaron unos indicadores no adecuados al objetivo:
- Realización prueba del cribado antes de la intervención: 90%
- Obtención de resultados del cribado antes de la intervención: 60%
- Adecuación de la profilaxis antibiótica: 60%

Los problemas detectados fueron los siguientes:

- No se estaba solicitando la prueba rápida (PCR SARM) en los pacientes con ingreso urgente para poder tener todos los resultados antes de la intervención.
- En algunos pacientes con ingreso programado no daba tiempo a obtener el resultado del cultivo epidemiológico antes de llevarse a cabo la intervención quirúrgica. Principalmente debido a la falta de tiempo entre la realización de la toma de la muestra y la realización de la intervención.
- En algunos pacientes, la pauta antibiótica reflejada en las órdenes de tratamiento no se ajusta a la profilaxis antibiótica correspondiente, sobre todo en aquellos pacientes en los que no está disponible el resultado de la prueba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para conseguir los objetivos propuestos se proponen dos actividades:

- Insistir en la realización de la prueba rápida (PCR SARM) en aquellos pacientes que se intervienen durante un ingreso urgente. Se comenta con el Servicio de Cirugía Cardiovascular, que son los responsables de realizar la solicitud.
- Valorar la realización de la prueba rápida (PCR SARM) en aquellos pacientes de ingreso programado en los que no hay suficiente tiempo para obtener los resultados del cultivo. Se han realizado reuniones con responsables de los Servicios de Microbiología de diversos centros hospitalarios. Para solventar el problema en este grupo de pacientes se ha decidido realizar la prueba rápida (PCR SARM) de forma ambulatoria en los hospitales Miguel Servet, Obispo Polanco de Teruel y Alcañiz. Hay programadas reuniones con responsables de los Servicios de Microbiología del resto de centros hospitalarios durante los meses de enero y febrero. Se espera poder realizar también de forma ambulatoria la prueba rápida (PCR SARM) en el resto de centros.

7. OBSERVACIONES.

Se espera poder alcanzar los objetivos y finalizar el proyecto durante los meses de marzo y abril.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/526 ===== ***

Nº de registro: 0526

Título
DETECCION PREOPERATORIA DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ADULTOS PENDIENTES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0526

1. TÍTULO

DETECCION PREOPERATORIA DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ADULTOS PENDIENTES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Autores:

VALLES TORRES JORGE, FAÑANAS MASTRAL JAVIER, LOPEZ GOMEZ CONEPCION, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, GUTIERREZ IBAÑES PABLO, BELLIDO MORALES JAVIER ANDRE, MANCEBON SIERRA FRANCISCO JAVIER, LIRIA JIMENEZ BEA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones nosocomiales representan un importante problema en cuanto a morbilidad, mortalidad y coste en cirugía cardiovascular. Los principales patógenos responsables son *Staphylococcus aureus* (SA), tanto *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) como de *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina (SASM). El origen de la infección suele tener una procedencia endógena en pacientes portadores. La colonización por SA y otros gérmenes multirresistentes en pacientes de cirugía cardiovascular se asocia con mayores tasas de Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria (IRAS) en general y específicamente infección del sitio quirúrgico (ISQ), aumento de estancias, mayor mortalidad y mayores costes (1,2).

Los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular tienen una mayor probabilidad de colonización por SA y otros gérmenes multirresistentes y son más vulnerables al desarrollo de complicaciones postoperatorias. En este tipo de pacientes es necesario realizar un cribado preoperatorio para detectar el estado de portador y poder aplicar las medidas preventivas, tratamiento de descolonización y profilaxis de forma precoz en el momento del ingreso hospitalario (3,4).

1. Saraswat MK, Magruder JT, Crawford TC, et al: Preoperative *Staphylococcus Aureus* Screening and Targeted Decolonization in Cardiac Surgery. *Ann. Thorac. Surg.* 2017;104:1349-56.
2. Walsh EE, Greene L, Kirshner R: Sustained Reduction in Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Wound Infections After Cardiothoracic Surgery. *Arch. Intern. Med.* 2010;171:68-73.
3. Malani PJ. Bundled Approaches for Surgical Site Infection Prevention. *The Continuing Quest to Get to Zero.* *JAMA* 2015; 313 (21).1.
4. Anderson DJ, Podgorny K, Berríos-Torres SI, Bratzler, Dellinger EP, Greene L, Nyquist AC, Saiman L, Yokoe DS, Maragakis LL, Kaye KS. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014 June ; 35(6): 605-627.

RESULTADOS ESPERADOS

El Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario Miguel Servet atiende a pacientes provenientes de todos los sectores sanitarios de Aragón, lo cual precisa de una adecuada coordinación de los diferentes servicios y centros sanitarios para realizar un correcto cribado antes del ingreso programado del paciente. Además, la importante proporción de pacientes intervenidos de forma preferente durante un ingreso hospitalario urgente requiere una detección precoz de los portadores.

Con el desarrollo del proyecto se pretende que todos los pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca mayor tengan realizado correctamente el cribado preoperatorio de gérmenes multirresistentes para poder adoptar las medidas oportunas en cuanto a descolonización y profilaxis antibiótica preoperatoria.

MÉTODO

Reuniones periódicas con representantes de los profesionales implicados: Servicio de Anestesiología, Servicio de Cirugía Cardiovascular, Servicio de Medicina Intensiva, Servicio de Microbiología, Servicio de Medicina Preventiva, Enfermería.

- Análisis de situación y puntos conflictivos a la hora de realizar el cribado preoperatorio.
- Evaluación de las diferentes pruebas disponibles para la detección de SARM y otros gérmenes multirresistentes.
- Evaluación de las medidas de descolonización, aislamiento y profilaxis antibiótica preoperatoria.
- Elaboración de protocolo para la realización del cribado, teniendo en cuenta a pacientes de todo Aragón, y también a los pacientes que se intervienen de forma urgente.

INDICADORES

- Realización prueba del cribado antes de la intervención.
- Porcentaje de pacientes con prueba de cribado solicitada en los 7 días previos a la intervención quirúrgica. Estándar: 85%.
- Obtención de resultados del cribado antes de la intervención.
- Porcentaje de pacientes con resultado de prueba de cribado disponible antes de la intervención quirúrgica. Estándar: 75%.
- Adecuación de la profilaxis antibiótica
- Porcentaje de pacientes en los que se realiza profilaxis adecuada al protocolo. Estándar: 95%.
- Fuente de datos: historia clínica de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0526

1. TÍTULO

DETECCION PREOPERATORIA DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ADULTOS PENDIENTES DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

DURACIÓN

- Reuniones, análisis de situación, evaluación de los medios disponibles, evaluación de las medidas a aplicar y elaboración de protocolo. 1-3 meses.
- Aplicación del protocolo. Información y comunicación a todos los profesionales implicados. Evaluación de su funcionamiento. Medidas correctoras. 2-4 meses.
- Obtención de indicadores y evaluación. 6-12 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0531

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA: CERTIFICACION ISO

Fecha de entrada: 21/12/2019

2. RESPONSABLE MARIA PUERTOLAS ORTEGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA
SORIANO GIL ZORAIDA
JIMENEZ BEA LIRIA
BARRADO GIL PEDRO
COTERA USUA IGNACIO
RUBIO GARCIA BORJA
MOLINOS ARRUEBO IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
VER MEMORIA ENVIADA

Diseño de mapa de Procesos, Procedimiento de Evaluación Preanestésica y Procedimiento Intraoperatorio, elaboración de toda la documentación correspondiente a las Instrucciones Técnicas de dichos Procedimientos. Implantación desde septiembre de 2019, con implicación del servicio de informática para disponer de Listado documental en Intranet del Hospital. En colaboración con la UCA para diseño del Proyecto así como para Implantación del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
VER MEMORIA ENVIADA ANTERIOR

Se consigue aceptación para entrar en auditorías internas de febrero de 2020.
Mejoría de resultados con los cambios llevados a cabo, tras acciones correctivas, en la consulta de evaluación preanestésica.
Implicación de todos los equipos con integración de todo el personal y cambios en la actividad diaria para facilitar el trabajo.

A continuación apporto recogida inicial de Indicadores.

Nº de pacientes a los que falta alguna prueba necesaria para Evaluación Preanestésica / Nº pacientes que acuden a la consulta de Anestesia Cardiotorácica X 100. 105/388 = 27,06%. Estándar deseado <5%. ACCIONES CORRECTIVAS.

Nº de pacientes a los que se realiza la Evaluación Preanestésica según Ficha procedimiento Evaluación Preoperatoria / Nº pacientes que acuden a la consulta de Anestesia Cardiotorácica X 100. 388/388X100 = 100%. Estándar 100%. Correcta implantación del Procedimiento de Evaluación Preanestésica. No se continuará recogiendo este indicador.

Nº Check-list Prequirúrgico rellenado / Nº pacientes que van a quirófano de la Unidad de Anestesia Cardiotorácica X100. Datos no recogidos. Tras encuesta con Enfermería de la Acogida, personal que comprueba la existencia y cumplimentación del Check List, no se considera eficiente confirmación de la existencia del mismo, tan sólo cumplimentación de Incidencia en caso de ausencia en Listado de Incidencias F-6_Z2. Revisión: B.

Nº especialistas que conocen el Procedimiento de Evaluación Preanestésica / Nº especialistas de la Unidad. Estándar 100%. ENCUESTA GOOGLE FORM. Resultado

Nº personal enfermería que conoce la implantación de la Norma ISO / Nº personal enfermería de implicado con la Unidad de Anestesia Cardiotorácica. Estándar > 95%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el momento actual en proceso de diseñar la última parte del Procedimiento en colaboración con las Supervisiones de enfermería. Proyecto con implicación de personal con poca movilidad lo que nos permite valorarlo como sostenible.

Pendientes de finalización de Fichas de Capacitación, Matriz de Riesgos, DAFO y objetivos para 2020.

7. OBSERVACIONES.

SE HA ENVIADO SIN TERMINAR DE COMPLETAR LA MEMORIA ANTERIOR, ESTA COMPLEMENTA LA ANTERIOR.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/531 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0531

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA: CERTIFICACION ISO

Nº de registro: 0531

Título
IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA: CERTIFICACION ISO

Autores:
PUERTOLAS ORTEGA MARIA, IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA, SORIANO GIL ZORAIDA, JIMENEZ BEA LIRIA, BARRADO GIL PEDRO, COTERA USUA IGNACIO, RUBIO GARCIA BORJA, MOLINOS ARRUEBO IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que son anestesiados por la Unidad de Anestesia Cardiotorácica.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los Sistemas generales de Gestión mejoran la organización del trabajo y la metodología, estandarizan procesos y establecen bases para la mejora continua. Por esta razón, la adopción paulatina de Sistema de Gestión de la Calidad basados en la Norma internacional ISO 9000, en los Servicios del Hospital Universitario Miguel Servet, ha sido una decisión estratégica.

RESULTADOS ESPERADOS
En el tercer trimestre de 2018, el Servicio de Anestesia Cardiotorácica ha comenzado un proyecto de implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad, con el objetivo de eliminar la variabilidad en la práctica anestésica mediante la unificación de procedimientos, criterios y pautas de actuación, establecer una definición clara de las responsabilidades, enfocarse al paciente y a la mejora continua, gestionar por procesos a través de indicadores, minimizar los errores y asegurar la cualificación y la capacitación del personal sanitario.

MÉTODO
Fases:
-Diagnóstico inicial de la situación analizando en detalle las instalaciones, actividades, organigrama, funciones de cada miembro del personal, y cómo sus actividades influyen en el resto de la organización, con el fin de establecer el grado de adecuación del servicio a los requisitos de la Norma de referencia.
-Elaboración de la documentación que sistematiza cada uno de los procesos. La documentación se elaborará en forma de fichas de proceso, procedimientos, instrucciones técnicas y formatos para tomar registro de las actividades.
-Implantación de cada uno de los documentos, difusión de los mismos y seguimiento.
-Revisión sistemática del Sistema de Calidad mediante auditoría interna.
Por último, se realizará la auditoría de tercera parte.

INDICADORES
-Número de pacientes a los que se realiza la evaluación preanestésica según Ficha Procedimiento Evaluación preoperatoria / Número de pacientes evaluados preoperatoriamente (estándar 100%)
-Número de pacientes a los que falta alguna prueba necesaria para Evaluación preoperatoria (según instrucción técnica correspondiente)/Número total de pacientes que acuden a la consulta (estándar <5%)
-Número de pacientes con Evaluación preoperatoria y Consentimiento informado debidamente cumplimentados / Número de pacientes total que van a ser intervenidos en Unidad Anestesia Cardiotorácica de forma programada (estándar 100%)
-Número de Check List prequirúrgico rellenado / Número total de pacientes que va a quirófano de Anestesia Cardiotorácica (estándar 100%)
-Número de pacientes debidamente preparados al llegar a quirófano (según instrucción técnica correspondiente) /Número total de pacientes que van a ser intervenidos en Unidad de Anestesia Cardiotorácica de forma programada (estándar 98%)
-Número de especialistas de la Unidad de Anestesia Cardiotorácica que conocen las fichas de procedimiento / Número de especialistas de la Unidad (estándar 100%)
-Número de personas de personal de enfermería que conoce la implantación de este Sistema de Gestión de Calidad /Número de personas de personal de enfermería implicada con la Unidad de Anestesia Cardiotorácica (estándar 100%)
Fuentes de datos: Historia Clínica Electrónica, Historia Clínica en papel, Intranet, Formularios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0531

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE ANESTESIA CARDIOTORACICA: CERTIFICACION ISO

correspondientes creados por la Unidad, Encuestas asociadas.

DURACIÓN

En este momento, tras la formación del personal para ello, disponemos de un borrador de mapa de procesos y se ha elaborado una buena parte de la documentación de los procesos operativos.

Fecha Inicio: Septiembre 2018

Fecha Finalización Fichas Procedimientos e Instrucciones Técnicas: Septiembre 2019

Fecha Implantación Documentación: comienzo desde febrero 2019

Auditoría interna: Febrero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0568

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTÉTRICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ELENA TARANCON ROMERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROVIRA FLORES EVA MARIA
PEÑA DE BUEN NATALIA
CASADO MEDONIO ANA ISABEL
BONED NAVARRO JAVIER
RAMOS MORENO GONZALO
MARTIN ARNAL MARIA JESUS
BORQUE MARTIN JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HA REALIZADO UNA BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA PARA ACTUALIZAR LOS CRITERIOS PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA VALORACION PREANESTESICA
SE HA REALIZADO UNA PUESTA EN COMUN EN NUESTRA UNIDAD (ANESTESIA DEL HOSPITAL MATERNAL) PARA ADAPTAR ESTOS CRITERIOS A LAS PECULIARIDADES DE NUESTRA PRACTICA DIARIA
SE HA REDACTADO UN PROTOCOLO PARA LIMITAR LA SOLICITUD DE DICHAS PRUEBAS A LOS PACIENTES QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS PERTINENTES SEGUN LA EVIDENCIA DISPONIBLE EN ESTE MOMENTO (EL PROTOCOLO ESTA PENDIENTE DE REMITIR A LA UCA PARA SU VALIDACION)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

QUEDA PENDIENTE LA PUESTA EN COMUN CON EL SERVICIO DE GINECOLOGIA, PUESTO QUE SON ELLOS LOS QUE SOLICITAN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE CARA A LA VALORACION PREANESTESICA.
CON LA EVIDENCIA DISPONIBLE, ESTAMOS CONVENCIDOS DE QUE SE PUEDE DISMINUIR EN GRAN NUMERO LAS PRUEBAS SOLICITADAS, REDUCIENDO POR LO TANTO LOS COSTES DERIVADOS DE LAS MISMAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE, PONDREMOS EN MARCHA LA FASE DE PRUEBA Y EVALUAREMOS LA EFICACIA DE ESTE PROYECTO EN CUANTO A LA REDUCCION DE LA REALIZACION DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS QUE CONSIDERAMOS NO NECESARIAS EN LA VALORACION PREOPERATORIA DE NUESTRAS PACIENTES.
CONSIDERAMOS QUE ESTE PROYECTO, QUE SE BASA EN RECOMENDACIONES "DO NOT DO", ES SOSTENIBLE TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE DISMINUCION DE COSTES, COMO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION A NUESTRAS PACIENTES

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/568 ===== ***

Nº de registro: 0568

Título
OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTETRICA

Autores:
TARANCON ROMERO MARIA ELENA, ROVIRA FLORES EVA MARIA, PEÑA DE BUEN NATALIA, CASADO MERODIO ANA ISABEL, BONED NAVARRO JAVIER, RAMOS MORENO GONZALO, MARTIN ARNAL MARIA JESUS, BORQUE MARTIN JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0568

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL ESTUDIO PREOPERATORIO EN ANESTESIA GINECO-OBSTÉTRICA

En la valoración preanestésica, generalmente se solicitan una serie de exámenes "de rutina" (analítica, ECG y Rx tórax) a todos los pacientes, sin tener en cuenta antecedentes médico-quirúrgicos o tipo de intervención.

Las recomendaciones de "no hacer" y las nuevas guías de las sociedades de nuestra especialidad se centran en la optimización del examen preoperatorio y la realización de pruebas complementarias basadas en las características de los pacientes y el tipo de intervención.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir el número de exploraciones complementarias de rutina solicitadas a las pacientes que van a ser sometidas a cirugía gineco-obstétrica

MÉTODO

Valorar, en función de los antecedentes médico-quirúrgicos de las pacientes y de las características del procedimiento a realizar, las pruebas preoperatorias necesarias e imprescindibles, eliminando aquellas cuya utilidad no está demostrada.

- * Revisión de la bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia
- * Elaboración de nuevos protocolos de valoración preoperatoria
- * Reunión con los servicios quirúrgicos implicados (ginecología, obstetricia, FIV) para conseguir su colaboración en la solicitud de las pruebas

INDICADORES

Determinación del nº de "pruebas no solicitadas" en comparación con el período anterior a la aplicación del nuevo protocolo

- * Suspensión de pacientes por falta de pruebas preoperatorias que NO deberían haberse solicitado
- * Suspensión de pacientes por falta de pruebas correctamente solicitadas

DURACIÓN

- * Revisión bibliográfica: 3 meses
- * Elaboración del nuevo protocolo: 3 meses
- * Puesta en común con los servicios quirúrgicos implicados
- * Periodo de prueba: 6 meses
- * Evaluación de resultados, revisión y corrección de errores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0603

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE NATALIA PEÑA DE BUEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROVIRA FLORES EVA MARIA
TARANCON ROMERO MARIA ELENA
CASADO MERODIO ANA ISABEL
BORQUE MARTIN JOSE LUIS
RAMOS MORENO GONZALO
BONED NAVARRO JAVIER
MARTIN ARNAL MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las siguientes actividades:

- Creación de una guía, conjuntamente con el Servicio de Hematología, para la administración de hierro según resultados de la analítica.
- Coordinación con el Hospital de Día para llevar a cabo el tratamiento con hierro y confección de un documento de tratamiento con las dosis y los números de contacto en caso de incidencia.
- Elaboración de un consentimiento informado para la administración de hierro intravenoso que actualmente no existía en nuestro centro.
- Creación de un archivo de Excel compartido sincronizado en las diferentes consultas de Ginecología y Anestesiología para introducir los datos correspondientes de las pacientes que cumplen los criterios de inclusión.
- Gestión de una nueva consulta de anemias por parte de la unidad para llevar a cabo la cita con las pacientes, información sobre el tratamiento y entrega de documentos.
- Realización de varias sesiones para la exposición del proyecto con las diferentes unidades implicadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La fase pre-implantación se ha realizado con éxito al haberse elaborado todas las actividades previstas: elaboración de documentos, sesiones conjuntas con las unidades implicadas para la coordinación del proyecto y creación de una nueva consulta.
En relación a la primera fase de implantación, han surgido dificultades técnicas en relación a la introducción de datos por la disposición de las consultas (falta de accesibilidad al ordenador). Se está intentando resolver las mismas y por ello, el inicio de esta fase se ha retrasado. En cualquier caso, se ha comenzado con la optimización de algunas pacientes para detectar posibles dificultades en una fase posterior, no habiendo observado otras incidencias. Por tanto, los componentes del equipo de mejora continuaremos con el proyecto durante otro año para poder finalizar el mismo de forma óptima.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La fase inicial de documentación y gestión se ha realizado sin incidencias. Desde el equipo del proyecto, consideramos que la coordinación con las diferentes unidades implicadas ha sido adecuada. En la fase posterior han surgido dificultades (expuestas en el punto anterior) lo que ha retrasado el inicio de la optimización. Estos aspectos se están intentando solucionar actualmente valorando cambiar la distribución de las consultas para poder tener acceso al ordenador desde la mesa de trabajo. Este cambio, junto con una nueva sesión de recuerdo a los servicios implicados, creemos que puede mejorar la implantación del proyecto. Por tanto, queda pendiente la solución de los problemas técnicos para la introducción de los datos y así poder incluir a todas las pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/603 ===== ***

Nº de registro: 0603

Título
TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Autores:
PEÑA DE BUEN NATALIA, ROVIRA FLORES EVA MARIA, TARANCON ROMERO MARIA ELENA, CASADO MERODIO ANA ISABEL, BORQUE MARTIN JOSE LUIS, RAMOS MORENO GONZALO, BONED NAVARRO JAVIER, MARTIN ARNAL MARIA JESUS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0603

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La anemia preoperatoria es frecuente en mujeres programadas para cirugía ginecológica, produciendo un aumento de la morbilidad y de las tasas de transfusión, con el correspondiente gasto económico derivado.

Diversas publicaciones han demostrado la asociación entre la anemia preoperatoria y el aumento en las tasas de transfusión preoperatoria, estancias hospitalarias más largas y un aumento en la morbi-mortalidad. Tal y como indica el Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM), uno de los objetivos primordiales en el perioperatorio es la optimización del paciente, identificando las diversas comorbilidades que padece entre las que se encuentra la anemia preoperatoria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la anemia como unos valores de hemoglobina (Hb) inferiores a 12 g/dL en la mujer. Estos valores son frecuentes en la mujer programada para cirugía ginecológica y, en la mayor parte de los casos, la etiología es la ferropenia debido al sangrado.

El hierro tiene un papel fundamental en la producción de Hb, por ello, el tratamiento principal es la administración de suplementos. La Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA) publicada por el Ministerio de Sanidad indica el tratamiento con hierro endovenoso en pacientes anémicos que van a precisar cirugía ginecológica para aumentar los niveles de Hb. La vía intravenosa permite una recuperación más rápida de la anemia, ventaja clave en los pacientes que están pendientes de una intervención quirúrgica oncológica.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto tiene como principal objetivo la optimización de la paciente ginecológica pendiente de intervención quirúrgica, corrigiendo la anemia preoperatoria con la administración de hierro intravenoso. Este tratamiento permitirá disminuir las tasas de transfusión y de morbilidad postoperatoria, con la consiguiente reducción de la estancia hospitalaria y de los costes económicos derivados. De forma secundaria, se reducirá el número de pruebas cruzadas para la compatibilidad transfusional, disminuirá el número de intervenciones suspendidas o demoradas por falta de optimización, se reducirán las tasas de infección nosocomial y mejorarán las condiciones del paciente en el momento del alta, permitiendo una mayor recuperación postoperatoria.

MÉTODO

La principal causa de la anemia en la paciente ginecológica es el sangrado. La hemorragia produce un déficit de los depósitos de hierro produciendo de forma consecutiva una reducción en los niveles de Hb. El principal tratamiento de la anemia ferropénica es la administración de hierro, siendo la vía intravenosa la que consigue aumentar los niveles de Hb de forma más rápida.

Para llevar a cabo este proyecto será necesario:

- Determinar los niveles de ferritina y saturación de transferrina. Para ello, desde la consulta de ginecología se solicitará un hemograma y perfil de anemias una vez a aquellas pacientes que entren en lista de espera.
- Un anestesiólogo revisará semanalmente los resultados de las analíticas y citará a las pacientes que cumplan los criterios de anemia ferropénica.
- Las pacientes con anemia ferropénica serán vistas en consulta por el anestesiólogo. Se les explicará la patología y el tratamiento propuesto, se les dará un consentimiento informado del mismo y se les dará un volante para acudir al Hospital de Día para la administración de hierro intravenoso.
- Las pacientes acudirán con el volante al Hospital de Día para recibir el tratamiento.
- El día de ingreso para la cirugía, habitualmente el día anterior a la misma, se les realizará una analítica de control con hemograma.
- El día de la intervención, el anestesiólogo revisará los niveles de hemoglobina de la paciente.

INDICADORES

Para monitorizar el proceso, se realizará una tabla de Excel donde se incluirán los datos de las pacientes que entren en el estudio:

- Número de historia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0603

1. TÍTULO

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA CON HIERRO ENDOVENOSO EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA

- Edad
- Peso
- Niveles de Hb en el momento de la inclusión en la lista de espera
- Niveles de Hb el día de la intervención quirúrgica
- Niveles de ferritina y transferrina

Tras la finalización del proyecto, se valorará:

- La penetrancia (porcentaje de pacientes con estudio de la anemia y metabolismo del hierro)
- El porcentaje de pacientes con anemia ferropénica
- El porcentaje de pacientes con anemia ferropénica tratados con hierro intravenoso

DURACIÓN

La duración estimada del proyecto es de un año.

- Búsqueda bibliográfica y elaboración del protocolo: 1 mes.
- Sesión con la unidad de anestesiología de maternidad y ginecología para exponer el proyecto y establecer criterios: 15 días.
- Inicio del proyecto (fase 1: miomectomías e hysterectomías por miomas): 4 meses.
- Reunión con el grupo de mejora para la puesta en común de problemas surgidos y revisión: 15 días.
- Continuación del proyecto (fase 2: generalización al resto de pacientes con patología ginecológica afectas de anemia): 6 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0761

1. TÍTULO

CODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR Y DE LAS TECNICAS INTERVENCIONISTAS REALIZADAS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MARTINEZ ANDREU
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO
GIRON MOMBIELA JOSE ANTONIO
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER
MORENO GOMEZ BLANCA
GARCES SAN JOSE ANA CRISTINA
LAZARO MARTINEZ FRANCISCO JAVIER
SIENES RIBES OSCAR RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Codificación de patologías, se tenía que realizar antes del 30/12/19 ya está realizada.
Codificación de los procedimientos, se tenía que realizar antes del 30/12/19 ya está realizado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos de este año que eral la codificación de procesos y procedimientos se ha alcanzado al 100 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Quedan pendientes los objetivos de 2020 que son empezar a introducir las codificaciones de patología en la historia clínica y las de procedimientos en el protocolo de actividad quirúrgica.

7. OBSERVACIONES.

Para los procedimientos quirúrgicos se utilizará la codificación de la Sociedad Americana del Dolor al no encontrarse una codificación más precisa en la codificación ICD 10

*** ===== Resumen del proyecto 2019/761 ===== ***

Nº de registro: 0761

Título
CODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR Y DE LAS TECNICAS INTERVENCIONISTAS REALIZADAS

Autores:
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO, GIRON MOMBIELA JOSEA ANTONIO, LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER, MORENO GOMEZ BLANCA, GARCES SAN JOSE ANA CRISTINA, LAZARO MARTINEZ FRANCISCO JAVIER, SIENES RIBES OSCAR RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor crónico
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El correcto manejo del dolor está llamado a convertirse en un objetivo prioritario para la gestión de la calidad en los sistemas de salud, debido a la alta incidencia y prevalencia de este problema de salud, y las consiguientes repercusiones en la utilización de recursos sanitarios y calidad de vida de los que lo padecen. Uno de los enfoques necesario para la mejora de la calidad asistencial es el conocimiento de las patologías dolorosas atendidas así como de las medidas terapéuticas empleadas para su tratamiento. En la actualidad no existe en nuestra Unidad del Dolor un sistema de codificación de las patologías atendidas ni de los procedimientos terapéuticos realizados. Esto dificulta el análisis de resultados de las técnicas realizadas y la realización de planes de trabajo en función del impacto de las patologías atendidas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0761

1. TÍTULO

CODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR Y DE LAS TECNICAS INTERVENCIONISTAS REALIZADAS

RESULTADOS ESPERADOS

El primer objetivo es codificar en la primera visita y en las sucesivas la causa principal del dolor crónico de nuestros pacientes para saber cuáles son en realidad las patologías más frecuentemente atendidas para poder elaborar guías o protocolos de práctica clínica en las más prevalentes o en las patologías que requieren una atención más urgente (dolor oncológico y dolor neuropático)

El segundo objetivo es una codificación de las técnicas analgésicas intervencionista o de cuarto escalón analgésico realizado en la Unidad con el objetivo de poder realizar un correcto seguimiento de sus indicaciones y sus resultados.

Por tanto son objeto del proyecto todos los pacientes que acuden a la Unidad y una vez detectados los cuadros más prevalentes se deberá evaluar si son factibles pautas de actuación conjunta con Atención Primaria u otras especialidades con el objetivo de no demorar el tratamiento precoz del dolor.

También es un objetivo fundamental el seguimiento de las técnicas intervencionistas realizadas para verificar la utilidad de las mismas.

MÉTODO

Se deberá trabajar de manera conjunta con todos los miembros de la Unidad del Dolor para acordar una terminología común a la hora de referirnos a las causas del dolor y sobre las técnicas realizadas. Una vez realizada una primera codificación se revisará con los responsables de archivo y documentación clínica así como con los responsables correspondientes de informática para proporcionar una base de recogida de la información para su posterior explotación, siendo en la actualidad la opción más sencilla el desarrollo de un formulario en el que se puedan registrar las patologías y su tratamiento.

INDICADORES

Los indicadores serán el porcentaje de patologías y técnicas analgésicas codificadas respecto a los pacientes atendidos y técnicas realizadas.

DURACIÓN

El primer año se debe realizar la codificación de las patologías y técnicas intervencionistas dejando definida la manera en que se deben realizar las futuras modificaciones o incorporaciones de nuevas codificaciones (sobre todo en técnicas intervencionistas debido a la rápida aparición de nuevas técnicas en la actualidad) (Abril 2019 a abril 2010)

En el segundo año se procederá al registro y valoración de dichas codificaciones considerándose adecuada en ese año una codificación > 50 % de las patologías atendidas, un registro > 50% de las técnicas realizadas en sala blanca y > 90 % de las realizadas en quirófano.(Abril 2020 a diciembre 2020)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0897

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES CRITICOS

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE BORJA RUBIO GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUERTOLAS ORTEGA MARIA
LAFUENTE OJEDA NOELIA
RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN
JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI PILAR
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
RAMOS MORENO GONZALO
VISIEDO SANCHEZ SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha estado trabajando activamente con un grupo de la Comision de Seguridad de Hospital para su implementacion generalizada en todos los ambitos del hospital.
Se ha realizado formacion a las figuras responsables de su gestion, control y respuesta en la diferentes Unidades del Servicio y falta por realizar formacion especifica sobre Seguridad a estos responsables. Todos ellos se han acreditado en el curso de uso de SiNAPS.
Durante el año 2020, cuando se hayan alcanzado los contenidos minimos de disponibilidad, visibilidad y se hayan aclarado ciertos circuitos que estan pendientes, se prodecera a dar formacion sobre el uso del sistema de Notificacion y sobre Seguridad a todo el personal implicado en la atencion al paciente quirurgico, tanto celadores, como auxiliares, enfermeria y al resto de compañeros del servicio, para asi darle visibilidad al sistema de notificacion de indidentes y su comienzo de uso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha constituido, para su comienzo de funcionamiento en 2020 un grupo de trabajo en Seguridad dentro del Servicio de Anestesia, a falta de darle caracter oficial por vuestra parte. Se ha acordado una periodicidad trimestral de inicio para tratar los temas de Seguridad en quirofono relacionados con Anestesia, incidentes centinela y poder emitir informes y recomendaciones si procede.
Se ha revisado la ubicaion del enlace para el uso del sistema de notificacion, asi como los circuitos de respuesta y el tablon de recomendaciones dadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha comenzado un aprendizaje en temas de Seguridad y reporte de incidentes criticos dentro del Servicio de Anestesia, con personal implicado, lo que puede redundar en un aumento de la cultura de Seguridad en Anestesia y en el entorno de Quirofono.
Se ha contactado con supervision de enfermeria y tratado de los canales para optimizar la seguridad del paciente. Creo que esta todo poco desarrollado en la actualidad, pero con un buen apoyo desde la Comision de Seguridad hospitalaria puede ser un exito la implantacion del sistema de notificacion elegido dentro del bloque quirurgico.

7. OBSERVACIONES.

La implatacion de un sistema de notificacion de incidentes criticos es una cosa de vital importancia para la mejora continua de la calidad dentro del ambito quirurgico, pero, tras varios fracasos, creo que es importante ir despacio y tener todos los aspectos principales controlados y contemplados previamente a su implementacion, para intentar que su uso sea lo mas exitoso posible.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/897 ===== ***

Nº de registro: 0897

Título
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES CRITICOS

Autores:
RUBIO GARCIA BORJA, MORENO GOMEZ BLANCA, LAFUENTE OJEDA NOELIA, JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI PILAR, RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, RAMOS MORENO GONZALO, VISIEDO SANCHEZ SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0897

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES CRITICOS

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos los paciente implicados en algun proceso perioperatorio con anestesia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde la declaracion de Helsinki de 2010 por parte de muchas sociedades de anestesia a nivel mundial se acordaron unos minimos imprescindibles en materia de seguridad clinica, desde el etiquetado correcto de medicacion de acuerdo a una normativa internacional, pasando por la creacion de una hoja de verificacion quirurgica, hasta la puesta en marcha de medidas para la recogida de incidentes, con el objeto de establecer con el tiempo un entorno de seguridad maxima alrededor del paciente.

Hay que ofrecer un entorno de seguridad a los pacientes y aprendizaje a los profesionales y darles mecanismos para poder relatar los problemas que les ocurren en la practica diaria, con el fin de detectar errores latentes del sistema e ir solucionandolos, controlarlos y minimizarlos, para que al paciente le lleguen los menores de ellos y sean lo menos importantes posibles.

Para ello, es necesario contar con un sistema de notificacion de incidentes. Ha de ser facilmente accesible, anonimo y no punitivo, ademas de ofrecer un feedback adecuado y rapido a los implicados, para fomentar la adhesion al sistema.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un sistema de notificacion de incidentes criticos en el perioperatorio de pacientes, tanto para cirugias dentro del bloque quirurgico, como para pruebas invasivas y actividades con anestesia fuera de quirófano

MÉTODO

En primer lugar, en acuerdo con la comision de seguridad del hospital, elegir un unico sistema de notificacion que pueda recoger todas las sensibilidades del hospital en materia de seguridad y de recogida de incidentes, para proceder a su implantacion por todo el hospital.

En segundo lugar, informar en diferentes charlas, tantas como sean necesarias, a las diferentes personas implicadas en el proceso de cuidados de los pacientes, tanto para aumentar su cultura en seguridad como para enseñar el sistema escogido y las formas que pueden usarlo para aportar informacion.

Sera imprescindible contar con apoyo de la direccion para su implementacion en todo el hospital, asi como para su difusion.

Habra que habilitar un buzón, web o lugar de referencia para que, de manera anonima, los interesados que hayan reportado algun incidente, o la gente interesada, pueda acceder a los sucesos reportados y a las soluciones implementadas. De manera ocasional, quedando por establecer la cronologia adecuada segun el numero de reportes, habra que dar informacion tratada de manera descriptiva de los reportes realizados y las medidas tomadas o a la espera de implementacion. Inicialmente sera semestral pero eso podria variar en funcion de la cantidad de informacion recibida.

Si la implementacion del sistema es un exito, a medio plazo podria ser necesario contar con personal especializado en seguridad para ayudar y tratar los datos obtenidos, con objeto de mejorar la eficiencia del sistema y ofrecer un feedback adecuado en un espacio de tiempo razonable.

Ademas, con los integrantes del plan de mejora, pretendemos establecer una reunion de seguridad dentro del Servicio de Anestesiología y Reanimación, con objeto de ir mejorando la practica diaria y avanzar en el objetivo de dar la mejor atencion medica posible a los pacientes, dentro de un entorno de seguridad.

En un tiempo posterior seria util instaurar un circuito de atencion a las segundas y terceras victimas (profesionales y familiares)

INDICADORES

En funcion de los incidentes reportados una vez establecido el sistema de notificacion podremos establecer una estadística anual, tanto del tipo de reportes hechos, su gravedad, así como las medidas correctoras implementadas. Sera muy importante la capacidad de difusion dentro del ambito que sucedan estos incidentes, para ir ampliando la cultura de seguridad y reporte a todos los profesionales implicados.

DURACIÓN

La primera accion sera la eleccion de un sistema de notificacion comun al hospital, que no dependera directamente en exclusiva del equipo del plan de mejora sino que la comision de seguridad del hospital ya esta trabajando, intentando elegir el sistema comun mas adecuado para nuestro medio. La idea inicial es que este elegido antes de Julio, para comenzar su implementacion en septiembre, dando las charlas informativas sobre su existencia y uso, poder tener las primeras referencias estadísticas ya en 2019, para instaurar las pautas correctoras necesarias y su implementacion plena a lo largo de 2020. deberia ser un sistema prospectivo y mantenerse en el tiempo de manera indefinida, así que las charlas informativas, sitio habilitado de resultados y dar publicidad intrahospitalaria a las mejoras aportadas es imprescindible para su correcta implantacion y conseguir la mayor adhesion posible .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0897

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES CRITICOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0919

1. TÍTULO

DISMINUCIÓN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTIAN ARAGON BENEDI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ UBIETO JAVIER
PASCUAL BELLOSTA ANA
ORTEGA LUCEA SONIA
MUÑOZ RODRIGUEZ LUIS
VISIEDO SANCHEZ SARA
OLIVER FORNIES PABLO
QUESADA GIMENO NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El plan de mejora de gestión clínica se ha realizado en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza, hospital de tercer nivel con una elevada actividad asistencial anual de tipo quirúrgico y con un servicio de Anestesiología y Reanimación que proporciona anestesia general con el uso de bloqueo neuromuscular (BNM), y que tiene la posibilidad de realizar monitorización intraoperatoria y postoperatoria en la unidad de reanimación postanestésica (URPA) del bloqueo neuromuscular.

Tanto el uso de relajantes neuromusculares (RNM) como la reversión del BNM con fármacos entra dentro de la práctica clínica habitual, por lo que no se requiere de otros recursos adicionales. Del mismo modo la monitorización del BNM se ha realizado con monitores TOF-Watch SX device [MSD, Oss, The Netherlands] existentes en la mayoría de los quirófanos y en la URPA.

La posibilidad de un efecto residual o bloqueo neuromuscular residual (BNMR) tras el uso de relajantes neuromusculares es conocida desde hace tiempo, pero en los últimos años ha aumentado el número de publicaciones que destacan la elevada incidencia y el aumento de las complicaciones asociadas al BNM, una mayor morbilidad postoperatoria, eventos críticos respiratorios, una mayor estancia en URPA y por tanto un aumento de las necesidades y costes de los servicios de salud.

Este plan de mejora ha consistido en el cumplimiento de una serie de medidas clínicas basadas en la evidencia clínica. A continuación se describen las actuaciones realizadas con respecto a la monitorización neuromuscular tanto en quirófano como en la URPA, y aquellas recomendaciones en referencia a la reversión de los relajantes musculares.

Las dosis recomendada de relajantes musculares para la intubación orotraqueal según ficha técnica y según práctica clínica habitual es de 0,2 mg/kg en el caso del cisatracurio y 0,6 mg/kg en el caso del rocuronio. Si se trata de una posible o previsible vía aérea difícil se utiliza rocuronio a dosis de 0,6 mg/kg y se tendrá preparado 16 mg/kg de sugammadex por si fuera el caso de un paciente "no intubable - no ventilable" y por tanto se requiriera de un inmediato antagonismo del BNM.

En aquellos casos urgentes, emergentes, con estómago llenos, o sin cumplir las ayunas se utilizan relajantes despolarizantes como la succinilcolina a dosis de 1 mg/kg o preferiblemente rocuronio a dosis de 1,2 mg/kg y se realiza una técnica de secuencia rápida de intubación en menos de 30 segundos. En el caso de necesitar dosis repetidas de RNM durante el intraoperatorio las dosis recomendadas serán de 0,03 mg/kg de cisatracurio y 0,1 mg/kg de rocuronio.

El BNM ha sido cualificado tras la administración del relajante muscular cada 30 - 60 segundos, hasta tener un valor TOF ratio de 0, lo que significa que disponemos de un BNM profundo y condiciones óptimas para la intubación orotraqueal. El BNM fue medido a su vez en todo el intraoperatorio cada 15 - 30 minutos durante el mantenimiento anestésico y cada 1 minuto durante la educación y el despertar de la anestesia. El BNM fue evaluado mediante el TOF, es decir 4 estímulos en 2 segundos, a una frecuencia de 2 Hz de 0,2 ms de duración cada uno y con una intensidad de corriente ajustada a la supramaximal en el músculo aductor del pulgar con un monitor TOF-Watch SX device [MSD, Oss, The Netherlands]. Durante la educación, en el caso de aquellos pacientes en el que no existía BNM (TOF ratio > 0.9) se procedió con la extubación según clínica, signos de recuperación de la fuerza muscular habituales y buena mecánica ventilatoria. Si el TOF ratio es < 0,9 se procedió a la reversión del BNM con el fármaco específico para cada RNM.

En caso de necesitarse, la dosis utilizada en la práctica clínica habitual es neostigmina 0,03 - 0,05 mg/Kg para revertir cisatracurio o sugammadex 2 mg para un BNM leve-moderado con rocuronio. En el caso de tener un BNM profundo con rocuronio, es decir TOF ratio 0 con PTC (estimulación posttetánica) = 1, se utiliza 4 mg/kg de sugammadex. En el caso de necesitar una reversión inmediata (< 1,6 minutos) y existe un bloqueo intenso (TOF 0, PTC 0) la dosis recomendada es de 16 mg/Kg de sugammadex. Posteriormente a la extubación, los pacientes fueron trasladados a la URPA, administrándose a todos O2 vía Hudson a 6 l/min a su llegada a la unidad.

El BNMR en URPA, definido con un TOF ratio <0,9 una vez se ha extubado al paciente, fue cualificado en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0919

1. TÍTULO

DISMINUCIÓN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

momento del ingreso en la URPA, a los 20 minutos y al alta. En los pacientes despiertos, la monitorización del nervio cubital se realizó con una intensidad de corriente menor, es decir con 30 - 40 mA. En el paciente despierto está justificada la estimulación con TOF por ser un procedimiento nada doloroso y cómodo, a diferencia de otros tipos de monitorización neuromuscular como el estímulo de doble ráfaga o la estimulación postetánica (PTC).

A su vez se registró el tiempo de permanencia en la URPA y la aparición de complicaciones respiratorias menores siendo definidas como obstrucción de vía aérea superior, hipoxemia y/o desaturación con saturación de O₂ < 94% y necesidad de reintubación del paciente. Posteriormente hubo un seguimiento del paciente durante los 30 días siguientes a la intervención quirúrgica y se evaluó la aparición de complicaciones pulmonares mayores, definidas como neumonías o atelectasias.

Ello se registró mediante la consulta en su historia clínica si existió cualquier evento clínico, estudio bioquímico y hemograma, radiológico, interconsulta o consulta a servicios de atención primaria o urgencias durante el ingreso hospitalario o 30 días posteriores a la cirugía que sugirieran infección respiratoria tipo neumonía o atelectasia.

El cronograma seguido durante estos meses ha sido el siguiente:

JUNIO 2019

- Sesión clínica explicativa del comienzo del plan de mejora y las recomendaciones descritas a residentes y adjuntos del Servicio de Anestesiología y Reanimación H. Miguel Servet de Zaragoza (Aula UCI la planta edificio multifuncional)

JULIO - DICIEMBRE 2019

- Evaluación de la incidencia de BNMR y sus complicaciones respiratorias de acuerdo con el objetivo del plan de mejora. Los pacientes fueron analizados de manera sistemática y secuencial en el marco temporal definido en el proyecto.

DICIEMBRE 2019 - ENERO 2020

- Análisis estadístico de los índices y tasas (resultados)?
- Sesión clínica a residentes y adjuntos del Servicio explicando los resultados del proyecto de gestión clínica y prácticas a mejorar derivadas de este (Aula UCI la planta edificio multifuncional)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hay numerosos estudios nacionales e internacionales que evalúan la incidencia de BNMR. Esta oscila entre el 24-32% según las series más recientes, aunque se ha cifrado de manera general entre 6-80% según el ámbito de evaluación, situándolo como la principal complicación en los pacientes sometidos a anestesia general.

Los datos de un estudio previo (Martínez-Ubieto et al, Minerva Anestesiológica, octubre 2015) realizado en el Hospital Miguel Servet por nuestro "grupo de estudio de relajación muscular y bloqueo neuromuscular residual", adscrito al IIS determinó que, sin estas recomendaciones y protocolos, la incidencia de BNMR a la llegada a la URPA fue de un 27,9%, la incidencia de complicaciones respiratorias menores del 14,5% y la incidencia de complicaciones mayores tipo neumonía/atelectasia fue del 7,5%, similar a lo publicado en la literatura nacional e internacional.

A día de hoy el BNMR continúa siendo un problema importante de Salud pública en España por ello hace un año diseñamos este plan de mejora con un programa de medidas clínicas sencillas, como son la monitorización específica del bloqueo neuromuscular y reversión farmacológica del bloqueo neuromuscular, para disminuir sus complicaciones asociadas y abordar de manera integral tal problema de salud como es el BNMR.

Gracias a todo ello los resultados tras las sesiones clínicas correspondientes explicando el protocolo y las medidas a mejorar al Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Miguel Servet los índices y tasas a fecha de enero 2020 son los siguientes:

- Tasa de BNMR en pacientes ingresados en URPA pacientes sin monitorización neuromuscular (sin TOF Watch): 35,7%
- Tasa de BNMR en pacientes ingresados en URPA pacientes sin reversión bloqueo neuromuscular (no sugammadex): 34,96%
- Tasa de BNMR en pacientes ingresados en URPA pacientes con monitorización neuromuscular (NUEVA RECOMENDACIÓN) : 10,2%
- Tasa de BNMR en pacientes ingresados en URPA pacientes con reversión con sugammadex (NUEVA RECOMENDACIÓN) : 5,33%
- Tasa de complicaciones respiratorias menores aparecidas en URPA sin reversión bloqueo neuromuscular (no sugammadex): 17,92%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0919

1. TÍTULO

DISMINUCIÓN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

- Tasa de complicaciones respiratorias menores aparecidas en con reversión con sugammadex (NUEVA RECOMENDACIÓN): 4,67%
- Tasa de complicaciones respiratorias (atelectasias) pacientes sin reversión bloqueo neuromuscular (no sugammadex) desarrolladas durante ingreso hospitalario: 7,30%
- Tasa de complicaciones respiratorias (atelectasias) pacientes con reversión con sugammadex (NUEVA RECOMENDACIÓN): desarrolladas durante ingreso hospitalario: 2,67%
- Tasa de complicaciones respiratorias (neumonías) pacientes sin reversión bloqueo neuromuscular (no sugammadex) desarrolladas durante ingreso hospitalario: 1,991%
- Tasa de complicaciones respiratorias (neumonías) pacientes con reversión con sugammadex (NUEVA RECOMENDACIÓN) durante ingreso hospitalario: 0,667%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Según los datos aportados en el apartado anterior y el estudio estadístico realizado por nuestro grupo de investigación concluyen que la reversión neuromuscular al final de la cirugía, especialmente con Sugammadex, disminuye de forma significativa ($p < 0,05$) el BNMR en la URPA así como las complicaciones respiratorias menores y mayores (neumonías y atelectasias).

Por otro lado, tanto el BNMR como las atelectasias postoperatorias están asociadas a su vez con la monitorización del bloqueo neuromuscular mediante TOF durante la etapa intraoperatoria ($p < 0,05$). En este sentido, en aquellos casos en que se monitoriza, hemos encontrado que la incidencia de BNMR disminuye en algo más de un 15%, y que la incidencia de casos de atelectasia disminuye en prácticamente un 3% con esta nueva recomendación.

Aunque sí en la mayoría, no es todos los quirófanos existe monitor TOF Watch para la monitorización del bloqueo neuromuscular antes de la extubación de los pacientes, por lo que a parte de la incorporación de las nuevas recomendaciones sería conveniente tener una mayor disponibilidad de este tipo de dispositivos tanto en las máquinas y monitores de anestesia como a la cabecera del paciente en salas de reanimación y en URPA.

En conclusión, las nuevas recomendaciones descritas anteriormente respecto a la utilización de monitorización neuromuscular a la cabecera del paciente tanto en el intraoperatorio como en el postoperatorio inmediato en URPA para guiar las decisiones de reversión neuromuscular se asocia a mejores resultados clínicos y a un uso más eficiente de los fármacos reversores. A su vez la reversión del BNM disminuyen la incidencia del bloqueo neuromuscular residual y las complicaciones respiratorias postoperatorias derivadas del mismo y deberían ser una práctica obligada en toda intervención quirúrgica que se utilicen bloqueares neuromusculares no despolarizantes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/919 ===== ***

Nº de registro: 0919

Título
DISMINUCION COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

Autores:
ARAGON BENEDI CRISTIAN, MARTINEZ UBIETO JAVIER, PASCUAL BELLOSTA ANA, ORTEGA LUCEA SONIA, MUÑOZ RODRIGUEZ LUIS, VISIEDO SANCHEZ SARA, OLIVER FORNIES PABLO, QUESADA GIMENO NATIVIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: -----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0919

1. TÍTULO

DISMINUCIÓN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El bloqueo neuromuscular (BNM) es utilizado en anestesiología para paralizar los grupos musculares y conseguir unas condiciones óptimas para el acto quirúrgico. A parte de sus efectos clínicos, frecuentemente se observa un bloqueo neuromuscular residual (BNMR) en las unidades de recuperación postanestésica (URPA) tras finalizar la cirugía.

En los últimos años se ha detectado un aumento de la incidencia de esta complicación, aumento de la patología respiratoria asociada al BNMR, una mayor morbilidad postoperatoria, una mayor estancia en URPA y hospitalaria, y por tanto un aumento de las necesidades y costes de los servicios de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disminuir la incidencia de BNMR mediante la introducción de un programa educativo y una serie de medidas clínicas basadas en la evidencia clínica disponible (monitorización específica del BNM y reversión farmacológica del BNM)

2. Disminuir la incidencia de complicaciones menores respiratorias en URPA (desaturación, broncoaspiración, reintubación) y complicaciones pulmonares mayores en el postoperatorio a los 30 días postintervención (neumonía y atelectasia) en relación a la tasa de BNMR

3. Disminución de la estancia en URPA y la estancia hospitalaria en relación a la disminución de la incidencia de BNMR y de complicaciones postoperatorias

MÉTODO

El cumplimiento de una serie de medidas clínicas basadas en la evidencia clínica permitirá una disminución de la incidencia del BNMR, mejor pronóstico del paciente y un menor coste de los servicios de salud de los pacientes quirúrgicos del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

La monitorización neuromuscular se realizará de manera sistemática mediante el TOF (Train of Four) en todos los pacientes que se utilicen relajantes musculares (RNM). El BNM será cuantificado en el intraoperatorio cada 30 segundos durante la inducción, cada 15 - 30 minutos durante el mantenimiento y cada minuto durante la educación mediante un monitor TOF-Watch.

Durante la educación, en el caso de aquellos pacientes en el que no exista BNM (TOF ratio > 0,9) se podrá proceder con la extubación. Si el TOF ratio es < 0,9 se revertirá con el fármaco específico para cada RNM. En caso de necesitarse, la dosis utilizada en la práctica clínica habitual es neostigmina 0,03 - 0,05 mg/Kg o sugammadex 2 - 4 mg/Kg para un BNM leve - moderado.

El BNMR en URPA, definido con un TOF ratio <0,9 una vez se haya extubado al paciente, será medido en el momento del ingreso, a los 20 minutos y al alta. Se registrará el tiempo de permanencia en la URPA y la aparición de complicaciones respiratorias menores: desaturación, broncoaspiración, reintubación.

Posteriormente habrá un seguimiento durante los 30 días siguientes a la intervención quirúrgica y se evaluará la aparición de complicaciones pulmonares mayores, definidas como neumonías o atelectasias. Se registrará a su vez la estancia hospitalaria en días o el posible exitus del paciente.

INDICADORES

- Tasa de BNMR en pacientes ingresados en URPA según relajante muscular utilizado y reversión
- Tasa de complicaciones respiratorias menores aparecidas en URPA
- Tasa de complicaciones respiratorias mayores desarrolladas durante ingreso hospitalario
- Estancia en URPA de pacientes que presentan BNMR
- Estancia en URPA de pacientes que no presentan BNMR
- Estancia hospitalaria de pacientes que presentan BNMR
- Estancia hospitalaria de pacientes que no presentan BNMR

Los datos de un estudio previo (Martínez-Ubieto et al, Minerva Anestesiológica, octubre 2015) realizado en el Hospital Miguel Servet por nuestro "grupo de estudio de relajación muscular y bloqueo neuromuscular residual", adscrito al IIS determinó que, sin estas recomendaciones y protocolos, la incidencia de BNMR a la llegada a la URPA fue de un 27,9%, la incidencia de complicaciones respiratorias menores del 14,5% y la incidencia de complicaciones mayores tipo neumonía/atelectasia fue del 7,5%, similar a lo publicado en la literatura nacional e internacional.

DURACIÓN

MES 1-2: Sesión clínica explicativa del comienzo del plan de mejora y las recomendaciones descritas a residentes y adjuntos del Servicio de Anestesiología y Reanimación H. Miguel Servet de Zaragoza (Aula UCI 1ª planta edificio multifuncional)

MES 3 - 15: Evaluación de la incidencia de BNMR y sus complicaciones respiratorias de acuerdo con el objetivo del plan de mejora. Los pacientes serán analizados de manera sistemática y secuencial en el marco temporal definido en el proyecto

MES 15 - 18 : Análisis estadístico de los índices y sesión clínica a residentes y adjuntos del Servicio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0919

1. TÍTULO

DISMINUCIÓN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

explicando los resultados del proyecto de gestión clínica y practicas a mejorar derivadas de este (Aula UCI 1ª planta edificio multifuncional)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0942

1. TÍTULO

PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ARMANDO SANCHEZ ANDRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL
CHUECA MATA JULIA
RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN
OLIVA PERALES PEDRO
GIL BERDUQUE LUIS ALBERTO
ORO FRAILE JESUS
PORTERO LORO LUIS PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Atención a pacientes

En 2 años, se han atendido en horario extralaboral o en pequeños huecos a 6 pacientes a petición de servicios quirúrgicos y médicos infantiles.

-2 por optimización de su tratamiento médico crónico oral.

-4 con técnicas intervencionistas: 2 pacientes por dolor regional complejo (derivados de COT y paliativos), 1 por síndrome de costilla deslizando (cirugía pediátrica), y 1 por dolor neuropático por compresión intercostal por malformación costotransversa congénita (cirugía pediátrica). Han precisado de media 4 sesiones de infiltraciones en un año.

2 pacientes han sido tratados con psicoterapia: 1 en la unidad infantil, 1 con la psicóloga de la U. paliativos (unidad que lo remitió).

3 pacientes han sido tratados con fisioterapia: 1 en su centro local de referencia (Barbastro) y 2 en el HUMS a través de COT infantil tras remitirlo a RHB.

En todos los pacientes se ha cumplido la definición de "éxito" al año: 3 curados, y 3 con reducción del dolor superior al 50 %.

Además, se han comenzado a emplear métodos más avanzados para tratamiento del dolor oncológico.

Hay mínimo 2 pacientes atendidos en cirugía con dolor abdominal crónico pendientes de ser atendidos por nosotros al encontrarse en "punto muerto" y cuyo pronóstico empeora conforme pasa el tiempo. También se tiene constancia de pacientes pediátricos con dolor crónico susceptible de atención superespecializada que no la están recibiendo por no existir una UDI, y desconocerlo en los centros de salud aragoneses.

Se está dando soporte a especialistas que lo requieren para mejorar la asistencia de sus pacientes.

2.- Formación

Un anestesiólogo infantil ha complementado su formación específica, y ha finalizado un Máster en Dolor con 1 mes de prácticas en el CHGU de Valencia (centro de referencia nacional nivel IV para tratamiento crónico del dolor) y 1 semana de rotación en la UDI del HU La Paz (no pudo ser más por la presión asistencial de la Sección de Anestesiología Pediátrica). Ha tenido que invertir su tiempo, vacaciones y dinero, y el hospital le ha permitido usar 14 días laborables de estancias formativas.

3.- Reuniones con la Subdirección Médica

·Enero de 2018: se informa a la Subdirección Médica Materno-Infantil de necesitar comenzar la asistencia, se va atender a 2 pacientes con dolor crónico.

·Mayo de 2018: se insiste en la necesidad de comenzar con la atención de estos pacientes por los resultados objetivados en estudios epidemiológicos. Se habían establecido reuniones informales. Se propone a creación de la UDI. Se informa de que un anestesiólogo pediátrico está formándose y que se va de prácticas del máster de dolor. Se autoriza a 2 semanas de estancia formativa en Valencia. La subdirección solicita un proyecto por escrito para crear la UDI.

Desde entonces, a partir de septiembre, se realizan múltiples reuniones para desarrollar el borrador del proyecto (no se poseen las fechas específicas por darse con buena voluntad por ambas partes en huecos pequeños disponibles en común). En una de las reuniones, por octubre, se autoriza a la estancia formativa en el HU La Paz

·Noviembre 2018: se informa a la Subdirección del contenido de las estancias. Se explica la organización de la UDI del HU La Paz. Se indica que ha habido reuniones con miembros de otras Secciones y Servicios y que todos están dispuestos a colaborar.

Se nos propone acabar la redacción del proyecto, insistimos en la necesidad de un sitio físico para la consulta, necesitar una DUE, un teléfono móvil de mañanas para atender las consultas telefónicas de los pacientes ya tratados y la colaboración multidisciplinar de otros especialistas y diplomados. Remarcamos que es necesario que sea DUE (no TCAE) para poder realizar todas las funciones necesarias de continuidad en la atención de los pacientes, seguimiento y apoyo a la enfermería de la planta, y para ayudar a los pacientes en el manejo de los dispositivos de infusión continua domiciliaria.

El Jefe de nuestro Servicio vuelve de una baja prolongada en diciembre y es informado de la situación. Apoya y respalda el proyecto aportando modificaciones en el documento redactado que concluyen a principios de marzo de 2019

·Marzo de 2019: se entrega el proyecto definitivo redactado con la colaboración de la Subdirección y del Jefe de Servicio. La subdirección insiste en que incluyamos el proyecto dentro del contrato programa de 2019, para que se cumpla, nuestro jefe también. Se realiza dicha solicitud a finales de marzo. Se comunica a la Sección que el proyecto ha sido aceptado a principios de julio de 2019.

·Agosto de 2019: la Subdirección informa de la incertidumbre de la permanencia de los cargos directivos, con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0942

1. TÍTULO

PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

un posible cambio de Subdirector. Indica que la Dirección está de acuerdo, y que ven posible contar con una DUE para el proyecto, incluso a tiempo completo. Se nos dice que será un poco lento por los cambios directivos.

·Noviembre de 2019: la Subdirección informa de un posible cambio de subdirector. Se le insiste que, por motivos asistenciales, el día más adecuado para el intervencionismo es el lunes, y para pasar la consulta es el martes. Se nos indica que se contactará con el Coordinador de consultas (Dr. Peña), para obtener la consulta. Pasada 1 semana y con los plazos justos contactamos con él para saber la situación. A final del mes se nos avisa de que es muy difícil que sea ese día. Todo queda pendiente del nuevo subdirector.

·Enero de 2020. Cita con la nueva subdirección (lleva sólo 1 semana) se le informa de las circunstancias, y de que el plazo para la finalización del proyecto concluye el 31 de enero de 2020, y de no instaurarse debe de prorrogarse con una justificación que no penalice las acciones desarrolladas por la Sección de Anestesiología Pediátrica. Se nos emplaza a una nueva reunión para la última semana de enero. En esa reunión con Subdirección, Jefe de Sección de Anestesiología Infantil, y Supervisora de Consultas, y Jefe de Sección de Consultas externas, se buscan posibles emplazamientos de la consulta y se localizan de momento 2 potenciales localizaciones.

Queda pendiente encontrar consulta, disponer de DUE para la UDI y de un teléfono de contacto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado múltiples reuniones para desarrollar el proyecto con la Subdirección y los Miembros correspondientes de los Servicios implicados

Se ha revisado la literatura, fichas técnicas y protocolos hospitalarios de otros centros de referencia, de nivel 4 como el HI del HUMS.

Se han definido las 2 escalas más útiles para la valoración del dolor agudo y se han integrado en los protocolos siguientes.

Se han preparado 4 protocolos de actuación para el dolor agudo:

- 1.- "Tratamiento del dolor postoperatorio pediátrico en CMA". Se han realizado varias reuniones con representantes de los distintos servicios quirúrgicos que realizan cirugía sin ingreso o CMA. Se han acordado los mismos, y en enero de 2020 se enviarán a la UCA para su aprobación.
- 2.- "Protocolos hospitalarios de dolor agudo de la Unidad del Dolor Infantil":
 - Protocolo intravenoso
 - Protocolo epidural
 - Protocolo perineural-fascial

Estos 3 protocolos estarán integrados en uno para dar continuidad al razonamiento, y se enviará a la UCA para su aprobación cuando se autorice a la creación oficial de la UDI.

Se ha contactado con los servicios quirúrgicos pediátricos, con la UCI-P, y con Oncopediatria y con la U de Paliativos para colaborar si nos precisaran. Todos están de acuerdo y comparten la necesidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Se comunicó a nuestra Sección que el proyecto había sido aceptado en julio de 2019, pero se quedaron "hibernando" los puntos que hoy siguen sin resolver por motivos relacionados con la política (elecciones autonómicas de mayo, con implicaciones en las Direcciones y Subdirecciones) y por la proximidad de las vacaciones de verano. Lección: los años electorales son difíciles para aplicar mejoras que requieran coordinación y continuidad.

-Hay buena voluntad por los Servicios implicados en la multidisciplinariedad, pero tiene que concretarse con la creación de la Unidad.

-Necesitamos la colaboración de la Dirección y Subdirección de Enfermería del HMI para obtener un DUE que apoye y de continuidad a los cuidados específicos.

-Urge socialmente que se cree la UDI en nuestra Comunidad, somos el centro de referencia de atención Pediátrica y no estamos atendiendo adecuadamente a una población 200-300 pacientes estimados que tienen dolor crónico y que precisan atención superespecializada. Nos llegan muy pocos y tenemos que atenderlos en condiciones que suponen un esfuerzo extra añadido a nuestra alta carga asistencial y con los pocos medios que podemos obtener al no ser oficial nuestra existencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/942 ===== ***

Nº de registro: 0942

Título
PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

Autores:
SANCHEZ ANDRES ARMANDO, GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL, CHUECA MATA JULIA, RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN, OLIVA PERALES PEDRO, GIL BERDUQUE LUIS ALBERTO, ORO FRAILE JESUS, PORTERO LLORO LUIS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0942

1. TÍTULO

PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor Infantil
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En 2008 se estimaba que el dolor crónico, definido como cualquier dolor que dura al menos 3 meses o como cualquier tipo de dolor recurrente durante un periodo mínimo de tres meses, está presente entre un 15 y un 25 % de los niños adolescentes de países industrializados. Estudios recientes de 2017 y 2018 han objetivado que en España dicha cifra es superior (25-30%), como en Europa.
Dada la incidencia del dolor crónico infantil y del reducido número de centros especializados, la mayor parte de los pacientes serán asistidos por personal no especializado en el tratamiento avanzado del dolor pediátrico. A nivel nacional se disponen de 8 centros en los que se atiende en mayor o menor medida el dolor crónico de esta población en Unidades de Dolor más o menos específicas.
En Aragón no hay ninguna una Unidad de Dolor Infantil (UDI). Consideramos que es urgente abrir una UDI en el centro de referencia para la asistencia infantil.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Ofrecer asistencia integral a los pacientes pediátricos con dolor, como centro de referencia autonómico y supra-autonómico, tanto con dolor agudo (postquirúrgico, procedimental, traumático...), como con dolor crónico (somático, visceral, neuropático, oncológico...).
- 2- Desarrollar protocolos y vías clínicas de las patologías habituales en la Unidad, mejorando los parámetros de calidad.
- 3- Integrarnos en los procesos existentes en los que exista un componente de dolor (p.ej. los pacientes de Cuidados Paliativos Pediátricos, de Oncopediatría, Espásticos...).
- 4- Mejorar la calidad percibida en las consultas externas y hospitalización, disminuyendo los efectos secundarios de los tratamientos analgésicos, y mejorando la información a los pacientes y familiares.

MÉTODO

El programa se denominará "Unidad de Dolor Infantil (UDI)".

Patología que trataremos:

- 1- Dolor postoperatorio intenso de varias horas o días de duración asociado a intervenciones quirúrgicas agresivas.
- 2- Dolor agudo intenso de varias horas o días de duración asociado a traumatismos severos.
- 3- Dolor agudo intenso de varias horas o días de duración provocado como efecto secundario de tratamientos médicos.
- 4- Enfermedades oncológicas y crónicas no oncológicas de larga evolución que se asocien a dolor crónico durante semanas, meses o años.
- 5- Enfermedades crónicas u oncológicas de pacientes ingresados en el Hospital que se asocien a situaciones terminales que requieran tratamiento avanzado del dolor durante varios días o semanas.

Tratamientos que realizaremos:

- 1-Administración de técnicas anestésicas para la aplicación de las técnicas intervencionistas para el dolor.
- 2-Administración de agentes analgésicos convencionales por distintas vías sistémicas.
- 3-Administración de medicación coadyuvante para mejora del confort y la calidad de vida tras la administración de agentes analgésicos como antieméticos, laxantes, psicoestimulantes, sedantes.
- 4-Administración de agentes analgésicos no convencionales (antidepresivos, anticomiciales, anestésicos locales, corticoides, antiaritmicos) por vía sistémica buscando un efecto analgésico.
- 5-Realización de técnicas aisladas de bloqueo regional transitorio (anestésicos locales, opioides, radiofrecuencia pulsada...) o permanente (agentes neurolíticos...): bloqueos periféricos, bloqueos tronculares, bloqueos paravertebrales, bloqueos espinales.
- 6-Administración de agentes analgésicos convencionales por distintas vías a través de dispositivos específicos de Analgesia Controlada por el Paciente (Bomba PCA), para pacientes ingresados o que pueda realizarse en su domicilio.
- 7-Administración de agentes analgésicos a través de catéteres de localización epidural, troncular, paravertebral, intratecal...
- 8-Realización de técnicas de neuromodulación crónica: reservorios subcutáneos conectados a catéteres intratecales o electrodos de estimulación medular.
- 9-Coordinación de la asistencia multidisciplinar con Psiquiatría-Psicología, Rehabilitación-Fisioterapia, COT, COMF, Neurocirugía, Cirugía Pediátrica...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0942

1. TÍTULO

PROYECTO DE CREACION DE LA UNIDAD DEL DOLOR INFANTIL

INDICADORES

- Centinela: Eventos adversos relacionados con el material médico.
- Estructura: Complimentación suficiente de la documentación clínica.
- Proceso: Control del dolor crónico con una reducción del dolor basal superior al 30%.
- Resultado: Encuesta de satisfacción con el control del dolor crónico.

DURACIÓN

- Mayo de 2019: Formación de un grupo de trabajo. Participarán la Sección de Anestesiología Pediátrica, Psiquiatría-Psicología Infantil y Cirugía. La Unidad de Calidad y la Subdirección de Enfermería Materno-Infantil estarán representados en todo momento.
- Junio de 2019: Preparación de la agenda de trabajo.
- Septiembre de 2019: Introducción de las escalas de dolor, registros médicos y de enfermería y apertura de la agenda de citas.
- Octubre de 2019: Diseño e implantación de las encuestas de información y de satisfacción.
- Noviembre-Diciembre de 2019: Apertura de la UDI.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0948

1. TÍTULO

USO DE TECNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN UNIDAD DE REANIMACION

Fecha de entrada: 26/12/2019

2. RESPONSABLE ROSA MARIA ALMAJANO DOMINGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

QUESADA GIMENO NATIVIDAD
LAFUENTE OJEDA NOELIA
ROMERO IÑIGUEZ BLANCA
COLOMINA CALLEN LORENA
FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO
ALCAZAR SALILLAS MARIA TERESA
PEREZ ANDUJAR JUAN ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CADA COMPONENTE DEL GRUPO (FACULTATIVOS) HA REALIZADO EL CURSO BASICO TEORICO-ONLINE SOBRE TERAPIAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL.

Falta por completar la parte de prácticas que fue ofertada por la casa comercial de la máquina del hemofiltro (Prismaflex-Baxter).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

**Formación básica teórica por los facultativos del equipo de la Unidad, a través de la página online CRRT campus.

Dicha página online se transmitió a enfermería de la Unidad (personal fundamental para el desarrollo del proyecto) a través de su supervisora, como preparatoria de las clases prácticas, que nos iban a dar conjuntamente a todo el personal.

Pero tengo que señalar, que enfermería no ha colaborado, ya que su Subdirección de enfermería no lo ha creído conveniente, argumentan carga asistencial para enfermería y que requiere más dotación de personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Añadir al respecto en este apartado, que la formación teórica básica para los facultativos se ha considerado muy instructiva, que a pesar de que las terapias continuas de reemplazo renal están incluidas en la Cartera de Servicios en la Unidad de Reanimación y que su realización iba a ser una mejora en la calidad asistencial para determinados pacientes críticos. El esfuerzo del aprendizaje y asistencial no es compartido por enfermería, pilar fundamental para el desarrollo del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

Como coordinadora del proyecto, y antes de darlo por perdido, en el próximo año reiniciaré reuniones-conversaciones con enfermería.

Nuestra Subdirección (Subdirección de Sº quirúrgicos) apoyaba nuestro proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/948 ===== ***

Nº de registro: 0948

Título
USO DE TECNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN LA UNIDAD DE REANIMACION

Autores:
ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA MARIA, LAFUENTE OJEDA NOELIA, FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO, COLOMINA CALLEN LORENA, ROMERO IÑIGUEZ BLANCA, QUESADA GIMENO NATIVIDAD, PEREZ ANDUJAR JUAN ANGEL, ALCAZAR SALILLAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: : paciente crítico en fracaso renal agudo y en el paciente séptico. con S. de disfunción multiorgánica.

Línea Estratégica .: Seguridad clínica

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos: : el objetivo prioritario es el uso precoz de las terapias de reemplazo renal, con el fin de disminuir las complicaciones , disminuir la estancia hospitalaria, y mejorar el pronóstico de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0948

1. TÍTULO

USO DE TECNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN UNIDAD DE REANIMACION

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Unidad de Reanimación se considera una Unidad de críticos postquirúrgicos, en la que ingresan pacientes que se han sometido a cirugías mayor y/o compleja, en muchos de estos pacientes se asocia además una comorbilidad importante, y alguno de ellos en situación de sepsis. Durante el curso postoperatorio, algunos de estos pacientes pueden entrar en fracaso renal agudo (FRA). El fracaso renal agudo es una complicación común en pacientes críticos. Esta patología tiene una gran trascendencia tanto desde un punto de vista clínico como de eficiencia en su tratamiento. Aumenta la probabilidad de muerte en un 200-300% y que significa un incremento en el consumo de recursos terapéuticos no sólo por la necesidad de utilizar técnicas de reemplazo renal, sino por la necesidad de optimizar el tratamiento de los pacientes. El manejo del FRA del paciente crítico es uno de los aspectos que más ha evolucionado en los últimos años con el desarrollo de las técnicas continuas de reemplazo renal (hemofiltración), considerándose como técnicas de elección, cuando se comparan con tratamientos convencionales (hemodiálisis intermitente). La principal ventaja de las técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR), es una mayor estabilidad hemodinámica que se logra con su uso, que permite su utilización en pacientes hemodinámicamente inestables, en los que la hemodiálisis es muy difícil de realizar. Las TCRR es un tratamiento lento y continuado que evita los bruscos cambios en la volemia y en las concentraciones de electrolitos que se producen con la técnica convencional. Actualmente, nos encontramos en la situación que en la Unidad de Reanimación carecemos de las TCRR para el tratamiento de ese paciente crítico, por lo que debemos solicitar una cama de UCI, que no siempre se consigue precozmente, por lo que el tratamiento se suele retrasar, lo que conlleva un aumento de las complicaciones, y por lo tanto un aumento de la mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto tiene como criterio el inicio más precoz de las TCRR en el seno del episodio del FRA, y del paciente séptico postoperado, lo que parece conllevar una mejoría pronóstica, y una mayor supervivencia.

MÉTODO

** Cursos Online (básico, citrato, TPE; Mars)
**Talleres prácticos, teórico-prácticos de 2-3 horas de duración
**Rotación externa en una Rea, para adquirir más habilidades.

INDICADORES

**Valoración hemodinámica y respiratoria
**Descenso de las complicaciones
**Menor estancia hospitalaria
**Precocidad en la instauración de la terapia.

DURACIÓN

para completar la formación del personal sería necesario un mínimo de 6 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1452

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ESTANDARIZACION DE LA ANESTESIA EN LA TROMBECTOMIA DEL ICTUS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION CASSINELLO OGEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARBONEL BERNAL ROBERTO
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
INFANTES MARTA
ALIAS RAMON
HERRANZ ANDRES MARIA PILAR
FRACA CARDIEL MARIA CONCEPCION
GONZALO PELLICER INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Revisión bibliográfica para responder a las preguntas clave sobre la anestesia, monitorización y estabilización del paciente durante la trombectomía siguiendo una metodología PICO. Abril-Junio 2019
2- Formación del grupo de trabajo multicéntrico nacional de anestesiólogos implicados en la trombectomía del ICTUS y contacto con técnicos de la agencia de calidad OSTEBA, con objeto de realizar un protocolo de manejo anestésico basado en la evidencia.
Abril 2019. Congreso de la SEDAR
3- Elaboración de 7 preguntas clave sobre el manejo anestésico de la trombectomía del ICTUS centradas en la importancia que da el paciente a la discapacidad a los 3 meses
Mayo 2019
4-Elaboración de las respuestas siguiendo la metodología PICO a las 7 preguntas con la ayuda de todo el grupo multicéntrico y la agencia de calidad OSTEBA
Junio y Julio 2019-Contacto mensual con las respuestas con metodología PICO
5- Reuniones del grupo de trabajo del proyecto en el HUMS para realizar el protocolo basado en la evidencia
Mayo 2019/ Noviembre 2019/ Enero 2020
6- Reuniones de los anestesiólogos implicados en la anestesia de la trombectomía del ICTUS en el HUMS
Noviembre 2019/ Enero 2020
7- Elaboración del protocolo con las principales recomendaciones e instrucciones consensuadas entre los Anestesiólogos, los Neurólogos, neuro-radiólogos y DUEs. Enero 2020
8- Cambiar el hábito de utilizar como vasoconstrictor la fenilefrina y empezar a utilizar Efedrina o Noradrenalina
Noviembre 2019/ Enero 2020
9- Selección de indicadores para elaborar el registro y empezar a registrar Enero 2020
10- Elaboración del subproceso de anestesia en la trombectomía del ICTUS Enero 2020
11- Plan de comunicación en congresos, reuniones científicas y, entre servicios del hospital Abril 2019
Congreso SEDAR/ Grupo multidisciplinar/Noviembre 2019 Anestesiastas
Enero 2020 Neurologos y Neuroradiólogos
12-Elaboración de la petición del uso de dexmedetomidina a farmacia Enero 2020
13-Elaboración de la petición del uso de clevidipino a farmacia Pendiente Febrero 2020
14-Elaboración del CI conjunto para neurólogos, neuro-radiólogos, y anestesiólogos Pendiente Febrero 2020
15-Elaboración del registro de indicadores Pendiente Marzo 2020
16-Empezar a registrar Pendiente Abril-Mayo 2020
17- Tras la revisión de la evidencia y tras valorar el tiempo que puede suponer monitorizar una presión invasiva para el seguimiento de la PAM durante la trombectomía, y, el beneficio, con los datos actuales, el grupo de trabajo considera que esta monitorización es evitable Enero 2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tiempo puerta-aguja = 20 min. (Importancia vital y funcional- Historia clínica/Estándar)
Gap PAM inicial y PAM < durante el procedimiento < 20%
(Importancia vital y funcional- Historia clínica/Estándar)
Si AG:PCO2 E más baja > 40 mmHg (Importancia vital y funcional- Historia clínica/Estándar)
% de pacientes con Monitorización INVOS: 10% (Importancia vital y funcional- Historia clínica/Estándar > 50%)
Monitorización BIS si AG: 95% (Importancia vital y funcional- Historia clínica/Estándar)
Si AG: % Tiempo con BIS < 40 No registrado
Sedación o AG No registrado
% de casos en los que se ha utilizado la efedrina como Vasoconstrictor 50% (Importancia vital y funcional- Historia clínica/Estándar > 90%)
% de casos en el que la Dexmedetomidina se utiliza como sedante: 10% (Importancia vital y funcional- Historia clínica/Estándar > 50%)
Protocolo realizado, pendiente de la UCA
Subproceso realizado, pendiente de la UCA
Consentimiento informado aceptada la importancia de modificarlo por todos especialistas, pendiente de modificar

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1452

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ESTANDARIZACION DE LA ANESTESIA EN LA TROMBECTOMIA DEL ICTUS

El servicio de farmacia supone una carrera de obstáculos para disponer de dexmedetomidina y clevidipino. Inercia al cambio de hábitos, pero las evidencias y ganas de mejorar el curso clínico de los pacientes están facilitando el cambio.

7. OBSERVACIONES.

El cronograma dura hasta Mayo del 2020, momento en el que esperamos que esté concluido el proyecto

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1452 ===== ***

Nº de registro: 1452

Título
PROYECTO PARA LA ESTANDARIZACION DE LA ANESTESIA EN LA TROMBECTOMIA DEL ICTUS

Autores:
CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, ALIAS GOMEZ RAMON, INFANTES MORALES MARTA, CARBONELL BERNAL ROBERTO, FRACA CARDIEL CONCEPCION, GONZALO PELLICER INMACULADA, LACOSTA TORRIJOS LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: ICTUS trombótico agudo
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El HUMS es el centro donde se realiza la trombectomía del ICTUS de todo Aragón. El tiempo entre el ICTUS y la extracción del trombo se correlaciona con el nivel de discapacidad residual del paciente. Los primeros estudios demostraron que la trombectomía realizada bajo anestesia general se correlacionaba con peores resultados, debido a que el cerebro dañado responde a la hipotensión arterial con una hipoxia cerebral desproporcionada. Esto hizo que se crearan estudios observacionales y protocolos internacionales con criterios estrictos de la indicación de una anestesia general, y, de cómo realizar esta. Siempre bajo monitorización estricta, junto a una anestesia realizada para conseguir que la saturación de oxígeno cerebral se mantenga. Los estudios han mostrado que implantando estos protocolos, se puede ahorrar hasta 30 minutos de demora en la extracción del trombo, y, se pueden conseguir mejores resultados en discapacidad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es realizar un protocolo de manejo peri anestésico de la trombectomía del ICTUS, basado en la evidencia disponible. Consensuarlo entre todos los anestesiólogos que trabajamos en esta área, para disminuir la variabilidad, aumentar la seguridad del paciente y disminuir los tiempos hasta la extracción del trombo.

MÉTODO
1-Consensuar un protocolo del tipo de anestesia, monitorización, nivel de glucosa y tensión arterial que se deben tratar, en función de las características clínicas y anatómicas del ictus.
2-Dejar claras y por escrito las recomendaciones, más destacadas, y, las instrucciones necesarias para la enfermería implicada.
3- Editar "protocolo de bolsillo" con los esquemas de manejo de la trombectomía bajo anestesia general o no.
4- Registrar lo que hacemos y los resultados que obtenemos
5- Comunicar el protocolo y los resultados en los foros especializados

INDICADORES
-% de uso de presión invasiva, actual 10% (estándar 100%)
- % de uso de anestesia general en función del territorio del ICTUS (estándar 30%)
- tiempo desde la entrada del paciente hasta la punción femoral (estándar 20-25 min)
- Variabilidad en el uso de vasoconstrictores y sedantes (< 50%)

DURACIÓN
Abril-Junio 2019: revisión bibliográfica para responder a las preguntas clave sobre la anestesia, monitorización y estabilización hemodinámica con metodología PICO:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1452

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ESTANDARIZACION DE LA ANESTESIA EN LA TROMBECTOMIA DEL ICTUS

Julio-Octubre: Consensuar protocolo entre los anestesiólogos implicados
Noviembre-Diciembre: Escribir el protocolo, y crear instrucciones para facilitar la actuación de las enfermeras implicadas.
Enero-Febrero: Registrar el cumplimiento del protocolo y de los tiempos empleados
Marzo-Abril: Crear registro de seguimiento de indicadores de proceso y de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1455

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO Y PERIPROCEDIMIENTO DE LOS ANTITROMBOTICOS: PROTOCOLO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN PABLO ORTEGA LAHUERTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA
HERRANZ ANDRES MARIA PILAR
ASENSIO PARIS ANA
REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA
GARCES ROMERO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

TRAS LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SE HA REALIZADO EL PROTOCOLO DE MANEJO PERIOPERATORIO DE FÁRMACOS ANTICOAGULANTES Y ESTÁ EN FASE DE REVISIÓN CRÍTICA POR LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA, ANESTESIOLOGÍA Y POR LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. TAMBIÉN SE HA REALIZADO UN RESUMEN EMINENTEMENTE GRÁFICO PARA FACILITAR LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO A PROFESIONALES Y PACIENTES.
SE HA INICIADO, TRAS REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA, LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE ANTIAGREGANTES.
SE HA INICIADO EL PROCESO PARA INCORPORAR A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA LA INFORMACIÓN CLÍNICA INDIVIDUALIZADA DEL MANEJO DE ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS/ANTIAGREGADOS SE IDENTIFICAN EN EL DOCUMENTO DE ALTA EN LA LISTA DE ESPERA SE HA PROTOCOLIZADO EL MANEJO DE ANTICOAGULANTES ORALES EN EL PERIODO PERIOPERATORIO
SE HA ELABORADO UN RESUMEN GRÁFICO PARA FACILITAR LA COMPRESIÓN DEL PROTOCOLO
EN LA HCE FIGURA EL TRATAMIENTO INDICADO COMO EPISODIO CLÍNICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA ELABORACIÓN DE LOS PROTOCOLOS ESTÁ SIENDO LENTA POR LA DISPERSIÓN Y POR LA CANTIDAD DE PROFESIONALES AFECTADOS.

TAMBIÉN ESTÁ RESULTANDO MUY COSTOSOS LA INCLUSIÓN EN LA HCE DE ESQUEMAS GRÁFICOS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS, LO QUE MEJORARÍA MUCHO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1455 ===== ***

Nº de registro: 1455

Título
MANEJO PERIOPERATORIO Y PERIPROCEDIMIENTO DE LOS ANTITROMBOTICOS: PROTOCOLO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR

Autores:
ORTEGA LAHUERTA PABLO, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, CALVO VILLAS JOSE MANUEL, FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA, HERRANZ ANDRES PILAR, ASENSIO PARIS ANA, REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA, GARCES ROMERO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Hipercoagulabilidad, hemorragia y trombosis
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente hay una gran variabilidad en el manejo perioperatorio del paciente antiagregado o anticoagulado,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1455

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO Y PERIPROCEDIMIENTO DE LOS ANTITROMBOTICOS: PROTOCOLO DE CONSENSO MULTIDISCIPLINAR

esto conlleva una inseguridad evitable en los pacientes. Reconocido el problema por los anestesiólogos, los cirujanos y los médicos de familia, hemos decidido afrontarlo de forma consensuada y de acuerdo con la evidencia. Recientemente un grupo de trabajo multidisciplinar de diferentes sociedades científicas han realizado recomendaciones basadas en la evidencia, con el objetivo de que todos realicemos la misma actuación en la retirada y reposición del tratamiento antitrombótico ante la realización de una cirugía o procedimiento diagnóstico.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es difundir estas recomendaciones en la historia electrónica, y en libretas de bolsillo, entre los hematólogos, anestesiólogos, cirujanos y especialistas en medicina primaria

MÉTODO

- Revisión de la bibliografía y recomendaciones actuales y creación de un documento conjunto .
- Validar la claridad del documento con los pacientes
- Difusión del documento en talleres repetidos, documento de bolsillo, y, con la ayuda de la informática en la historia electrónica.

INDICADORES

- 1- N.º de reuniones y talleres realizados
- 2- -Aprobación del protocolo en el HUMS y medicina primaria
- 3- Herramienta informática activa en la historia electrónica, basada en algoritmos
- 4- Suspensiones en el quirófano por motivo de los antitrombóticos
- 5- Encuesta de satisfacción a anestesiólogos, cirujanos, médicos de familia

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: Abril-Junio

Protocolo de bolsillo: realizado para Julio

Aprobación del protocolo: Septiembre

Reuniones, sesiones, talleres: Septiembre a Diciembre

La herramienta informática se viene trabajando todo el último año, y, parece que va a dar luz próximamente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1272

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARIO CARRANZA MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUERRERO LARA ISABEL
SUAZO GUEVARA ILIANA
HERRANDO MEDRANO MONICA
INARAJA PEREZ GABRIEL
VAZQUEZ BERGES IRENE
SOGÜERO VALENCIA IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Creación del Grupo de Trabajo
-Contacto y coordinación con supervisión de enfermería de Hospital de día, que es donde recibirán tratamiento los pacientes
-Recopilada Bibliografía y protocolos modelo de otros hospitales
-Reunión de responsables y en fase de redacción del Protocolo
Retraso de 1 mes de Calendario marcado
Fecha prevista de finalización Abril de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Protocolo no finalizado ni implantado. Fecha pactada de finalización Abril de 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Retraso de 1 mes del calendario. Pendiente finalizar el protocolo/Consensuar lo con todos los miembros del Servicio/remitirlo a la UCA e implantarlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1272 ===== ***

Nº de registro: 1272

Título
PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES

Autores:
CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO, SUAZO GUEVARA ILIANA, LARA GUERRERO ISABEL, HERRANDO MEDRANO MONICA, INARAJA PEREZ GABRIEL, VAZQUEZ BERGES IRENE, SOGUERO VALENCIA IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Sustitución por CMA u otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Disminución de estancias hospitalarias

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de Cirugía vascular tratamos a pacientes con isquemia crítica de extremidades en estadios III y IV de Fontaine -dolor en reposo y úlceras isquémicas-, en los que la cirugía arterial directa se ha descartado o no ha sido efectiva y a pacientes con arteriopatías inflamatorias y acrosíndromes vasculares como la tromboangiitis obliterante o síndrome de Raynaud que cursan con alteraciones de la microcirculación que pueden terminar en necrosis de dedos y amputación.
En estos casos el tratamiento con prostaglandinas IV constituye la mejor opción terapéutica. El tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1272

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES

se realiza con Alprostadil vía intravenosa durante tres semanas con el paciente ingresado. El principio activo de Alprostadil es la prostaglandina E₁, cuyas propiedades hemodinámicas y acción antiagregante plaquetaria fundamentan su uso en el tratamiento de la enfermedad vascular periférica severa. El Alprostadil de forma ambulatoria se administra diluido en suero en perfusión intravenosa durante 2 horas. En algunos centros hospitalarios se está realizando el tratamiento de forma ambulatoria en pacientes seleccionados. El Hospital Miguel Servet reúne las condiciones adecuadas para realizarel tratamiento forma ambulatoria en pacientes seleccionados, al contar con el Hospital de día, el cual dispone de los recursos materiales y humanos necesarios y de la suficiente experiencia para manejar este tipo de pacientes. La importancia de este proyecto radica en una mejora evidente de la calidad de la atención y satisfacción del paciente que le permitiría recibir un tratamiento adecuado sin ingreso hospitalario y por otra parte una disminución del gasto y de la saturación de camas hospitalaria al disminuir las estancias. Para una utilización más eficiente de los recursos, los pacientes no deben permanecer ingresados en el hospital más tiempo del necesario si los cuidados que requieren puede serles prestado de forma ambulatoria con iguales garantías de efectividad.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende con este proyecto elaborar un Protocolo que permita seleccionar a pacientes ingresados con isquemia no tributaria de tratamiento quirúrgico que puedan beneficiarse de tratamiento ambulatorio con prostaglandinas intravenosa en el hospital de día.

Los resultados que se obtendrían serían fundamentalmente una utilización más eficiente de los recursos con una disminución de la estancia hospitalaria y una mayor satisfacción de los pacientes.

El proyecto está dirigido por el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard que coordinará con el Hospital de día.

MÉTODO

Se elaborará un Protocolo consensuado en el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard y el Hospital de día.

Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares para la elaboración del Protocolo

Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales

Redactar Protocolo

Consensuar con todos los miembros del Servicio

Presentación al personal responsable del Hospital de día. Correcciones.

Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet del Hospital

Implementación del Protocolo en 2018

INDICADORES

1. Elaboración del protocolo: SI

2. Protocolo aprobado por la UCA y colgado en la Intranet: Si

3. Tasa de Pacientes que reciben tratamiento ambulatorio con Prostaglandinas IV.

Nº de pacientes ingresados a los que se prescribe tratamiento IV con PG ambulatorio/Nº Total de pacientes ingresados con tratamiento IV con PG = 50% año.

4. Pacientes satisfechos con la atención ambulatoria recibida. Encuestas de satisfacción.

DURACIÓN

Fecha de inicio Abril 2017. fecha finalización :Abril2018

Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares para la elaboración del Protocolo. Meses: 1-2

Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales. reunion grupo de trabajo 1 vez al mes Meses: 1-2-3

Redactar Protocolo. Meses: 4-5

Consensuar con todos los miembros del Servicio. Meses: 6-7

Presentación al personal responsable del Hospital de día. Correcciones. Meses: 8-9

Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet del Hospital. Meses: 10

Implementación del Protocolo en 2018. Meses 11-12

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1273

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE IRENE SOGUERO VALENCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RICO ROMERO VIRTUDES
CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO
VAZQUEZ BERGES IRENE
ESPINAL CHIRINOS CHRISTIAN
MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA
BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Creación del Grupo de Trabajo
-Contacto y coordinación con el resto de colaboradores del proyecto y con enfermería de consultas externas
- Recopilada Bibliografía y protocolos modelo de otros hospitales
-Reunión de responsables y en fase de redacción del Protocolo
Retraso de 1 mes de Calendario marcado
Fecha prevista de finalización Abril de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Protocolo no finalizado ni implantado. Fecha pactada de finalización Abril de 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En los Objetivos Generales del proyecto está el conseguir una correcta asistencia médica y continuada entre Atención Primaria y Especializada de los pacientes con úlceras vasculares que requieren curas prolongadas. Esto ayudará a disminuir la estancia media de los pacientes que han superado la situación crítica que motivó su ingreso y que precisan curas, con o sin medicamentos, como único tratamiento.

Nuestro planteamiento es hacer un Protocolo de Actuación Asistencial desde el hospital y nuestras consultas externas en continuidad con Atención Primaria. Queremos ofrecer una asistencia integral al paciente hasta finalizar la cicatrización de las heridas y controlar las posibles complicaciones con una comunicación fluida entre Atención Especializada y Primaria.

El Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Miguel Servet abarca la población del Sector Sanitario de Zaragoza II, todos los pacientes de este sector que sufren patología vascular son derivados a este servicio para su atención tanto médica como hospitalaria.

El Area de Salud II tiene una población de 379. 225 habitantes según el mapa sanitario de Aragón de 2007. El 14,6% de la población es mayor de 65 años y el 6,20% mayor de 80 años.

Este Sector incluye 22 zonas de salud, cada una de las cuales está dotada de su correspondiente centro de salud y de los consultorios locales necesarios para la prestación de una asistencia sanitaria primaria adecuada a la población por el Equipo de Atención Primaria y sus correspondientes unidades de apoyo.

En función a esto se establecen una serie de objetivos operativos para llevar a cabo el proyecto:

1º Establecer que pacientes son candidatos a curas ambulatorias.

2º Especificar al alta el tipo de cura que precisa y las indicaciones pertinentes en cuanto al seguimiento y actuación, dirigidas al médico de Atención Primaria y al ATS de Atención Primaria.

3º Hacer una "Guía de práctica Clínica para la atención de pacientes con lesiones de origen vascular que precisen curas ambulatorias".

4º Formación del personal de enfermería de Atención Primaria de nuestro área con cursos y/o talleres realizados por enfermeras y médicos de cirugía vascular en el hospital o en los ambulatorios si fuera necesario.

5º Colaboración de las enfermeras de Cirugía Vascular para mantener una comunicación estrecha con la enfermería de Atención Primaria para el correcto seguimiento y consulta acerca de posibles cambios en la evolución de las lesiones.

6º Las enfermeras trabajarán junto con los cirujanos vasculares en la consulta para la asistencia telefónica o remota de las posibles cuestiones o dudas planteadas desde las consultas de Atención Primaria para la correcta cura y seguimiento del paciente así como para adelantar una revisión si el paciente lo precisara.

Las condiciones indispensables para el funcionamiento del Proyecto son:

- Coordinación entre el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y los Equipos de Atención Primaria (EAP).
- Equipamiento necesario: cada Centro de Salud debe disponer de
- Consulta de enfermería con el material básico necesario para realizar curas y la posibilidad de solicitar material nuevo en el caso de que fuera necesario por indicación médica.
- Conocimiento específico básico en patología vascular y curas de los médicos de Atención Primaria y del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1273

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

personal de enfermería, si fuera necesario, se elaborarían talleres formativos.

-Elaboración de una "Guía de práctica clínica" dirigida al personal sanitario encargado de asistir y tratar a los pacientes derivados del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

-Control de los pacientes por médicos especialistas en Cirugía Vascular y enfermería de la consultas de Cirugía Vascular con revisiones periódicas.

- Disponer de un sistema informático eficaz y preparado para el seguimiento y tratamiento del paciente con intranet en la consulta para acceder a los informes médicos y resultados de tomas de cultivo realizados tanto en el ambulatorio como en la consulta del especialista.

IMPLANTACION DEL PROYECTO

Elaboración de documentación

Como anexo a este programa se incluye un Protocolo de atención que recoge los mínimos reflejados en este documento y del que se extraen:

-Normas de actuación profesional: criterios de inclusión y derivación de pacientes, criterios clínicos de actuación (Guía clínica), circuito de atención clínica, organización del procedimiento.

-Normas de actuación de los profesionales de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1273 ===== ***

Nº de registro: 1273

Título

PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

Autores:

SOGUERO VALENCIA IRENE, RICO ROMERO VIRTUDES, CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO, VAZQUEZ BERGES IRENE, ESPINAL CHIRINOS CHRISTIAN, ALVAREZ ANA CRISTINA, RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL, BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las úlceras en miembros inferiores son un problema frecuente en Atención primaria y Especializada. Tiene una afectación importante para el paciente y conlleva numerosas consultas que implican un elevado coste sanitario. A ello, sumamos el problema social y la disminución en la calidad de vida.

Según cifras difundidas por GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas) el 1% de la población mundial puede desarrollar a lo largo de su vida una úlcera crónica de cualquier etiología. Según datos del último Congreso Nacional, del 25 % al 30 % de las heridas de extremidad inferior vuelven a aparecer en el plazo de un año. Esto plantea la necesidad de medidas para prevenirlas o conseguir una cicatrización rápida de ellas.

Dentro de las úlceras de extremidad inferior, nos centraremos en las de etiología isquémica, tienen una prevalencia de 0,2-2% y precisan ingresos, la mayoría prolongados, con estudios de imagen, cirugía y amputación o limpieza de las lesiones que requieren muchas curas hasta conseguir su cicatrización completa.

La edad avanzada, situación nutricional e inmunológica de los pacientes y la escasa movilidad, son factores que influyen en la aparición de las mismas.

En nuestra especialidad, las úlceras o lesiones isquémicas debidas a arteriopatía periférica suponen una sobrecarga asistencial importante y un aumento de la estancia media.

Por este motivo, nos planteamos hacer un proyecto para conseguir la derivación, tratamiento y seguimiento de estos pacientes en colaboración estrecha con Atención Primaria de nuestro sector. La importancia de este proyecto radica en la oferta de una atención integral al paciente consiguiendo además una disminución del tiempo de ingreso. Se trata de dar antes el alta hospitalaria con curas y hacer el seguimiento ambulatorio. Con esto se evita la necesidad de que el paciente permanezca ingresado hasta conseguir la completa y correcta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1273

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

cicatrización de las heridas, lo que supone disminución del costesociosanitario y un mejor uso de las camas hospitalarias.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un Protocolo con pacientes ingresados con isquemia, hayan precisado o no tratamiento quirúrgico, que se puedan beneficiar de tratamiento ambulatorio con curas.

El fin es conseguir una correcta asistencia médica entre Atención Primaria y Especializada, para obtener un uso adecuado de los recursos sanitarios con la consiguiente reducción de la estancia hospitalaria y del coste sociosanitario.

El proyecto está dirigido por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular que coordinará con Atención Primaria.

MÉTODO

Se elaborará un Protocolo consensuado en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares para la elaboración del Protocolo. Meses: 1-2

Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales. Reunión Grupo de trabajo 1 vez al mes o Meses: 1-2-3

Redactar Protocolo. Meses: 4-5

Consensuar con todos los miembros del Servicio. Meses: 6-7

Presentación al personal responsable del Hospital de día. Correcciones. Meses: 8-9

Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet del Hospital. Meses: 10

Implementación del Protocolo en 2018. Meses 11-12

INDICADORES

1. Elaboración del protocolo: SI

2. Protocolo aprobado por la UCA y colgado en la Intranet: Si

3. Tasa de Pacientes que reciben tratamiento ambulatorio con curas al año.

4. Porcentaje de pacientes con correcta cicatrización de las heridas =80%.

Porcentaje de pacientes que han precisado nuevo ingreso para curas < 20%.

5. Satisfacción del paciente al final del tratamiento. Encuesta de satisfacción.

DURACIÓN

El proyecto tiene una duración estimada de elaboración del protocolo hasta su aplicación y puesta en marcha de 12 meses. Fecha prevista de inicio Abril de 2017, fecha prevista finalización abril 2018. Responsable de su implantación Dra Soguero Valencia

Actividades 2017-2108:

1. Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares: Abril 2017

2. Contactar y coordinar con responsable de Hospital de día: Abril 2017

3. Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales: Mayo-Junio-Julio 2017

4. Reunión responsables y Diseño protocolo: Julio-Septiembre 2017

5. Redactar Protocolo: Septiembre-Octubre-Noviembre 2017

6. Consensuar con todos los miembros del Servicio. Correcciones: Enero 2018

7. Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet: Febrero 2018

8. Puesta en marcha del Protocolo: Marzo-Abril 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1250

1. TÍTULO

MEMORIA DEL PROYECTO: MEJORA DE LA INFORMACION. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA MARZO ALVAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO
HERRANDO MEDRANO MONICA
VAZQUEZ BERGES IRENE
LARA GUERRERO ISABEL
RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL
BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION
SOGUERO VALENCIA IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se establecieron los componentes del grupo, se han mantenido los mismos componentes a excepción de Gabriel Inaraja Pérez que ha causado baja y ha sido sustituido por Irene Soguero Valencia.

Se han seleccionado los consentimientos que bien por frecuencia o bien por importancia del procedimiento urgían revisar.

Hasta la fecha se han revisado, actualizado y adaptado a las normas de nuestro centro un total de 7 consentimientos, 4 de ellos se han presentado y consensado con el resto del servicio y se han presentado a la UCA y están pendiente de su aprobación, el siguiente paso será su publicación en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Creación grupo de trabajo responsable: junio 2018 (hecho)
Seleccionar consentimientos para actualizar Septiembre/Octubre/ 2018 (hecho)
Revisar CI de la sociedad de ACV, actualizarlos y redactarlos Noviembre/dic 2018 (en proceso, 7 de 10)
Presentar al servicio para consensuar Enero/febrero 2019 (en proceso, 7 de 10)
Correcciones. Elaboración definitiva. Febrero/marzo 2019 (en proceso, 4 de 10)
Presentar a la UCA para su aprobación: Abril/mayo 2019 (en proceso, 4 de 10)
Implantar consentimientos Mayo/Junio 2019 (en proceso)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actualización de los consentimientos es una actividad que se debe realizar con minuciosidad y rigor, por las implicaciones médico legales que esto conlleva, el equipo está comprometido con dicha tarea. Somos conscientes de que esta labor tiene que realizarse con cada uno de los procedimientos quirúrgicos que realizamos en nuestra actividad diaria asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1250 ===== ***

Nº de registro: 1250

Título
MEJORA DE LA INFORMACION. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR

Autores:
MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA, CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO, HERRANDO MEDRANO MONICA, VAZQUEZ BERGES IRENE, INARAJA PEREZ GABRIEL, LARA GUERRERO ISABEL, RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL, BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1250

1. TÍTULO

MEMORIA DEL PROYECTO: MEJORA DE LA INFORMACION. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una de las líneas estratégicas del Plan estratégico del Sector II (Plan 2014-2016) es "Satisfacer los derechos básicos y expectativas de los usuarios" (Línea estratégica 6), en el apartado 3. Mejorar la información al usuario, se señala en el punto 3.2. "Proporcionar información comprensible al paciente referente a su proceso asistencial".

Los derechos de información, libertad, intimidad y dignidad conforman hoy en día el eje básico de las relaciones clínico-asistenciales y son la base de la autonomía del paciente. En lo que respecta a la información, todo paciente tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud incluyendo los riesgos, los efectos secundarios y las alternativas de tratamiento, para poder tomar una decisión realmente autónoma. Tras haber recibido la información que el responsable sanitario le ha proporcionado, el paciente tiene libertad de elección. Todos estos aspectos tienen su materialización en el consentimiento informado. (Orden boa)

En el Servicio de A. y Cirugía vascular del Hospital Miguel Servet disponemos de consentimientos informados (CI) colgados en la intranet para algunos procedimientos quirúrgicos, pero no de todos. El resto de los CI que utilizamos son de la sociedad española de Angiología y Cirugía Vascular y es necesario adaptarlos a nuestro servicio y hospital para tenerlos disponibles en la intranet

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto es aumentar, de forma progresiva, el número de consentimientos informados y tenerlos disponibles en la intranet del hospital, hasta completar la totalidad de los procedimientos quirúrgicos de las cirugías regladas.

MÉTODO

Determinar grupo de trabajo responsable
Seleccionar consentimientos para actualizar
Revisar consentimientos de la sociedad de ACV, actualizarlos y adaptarlos al hospital
Presentar al servicio para consensuar
Correcciones. Elaboración definitiva.
Presentar a la UCA para su aprobación
Implantar consentimientos (Intranet)

INDICADORES

Nº Consentimientos actualizados y colgados en la intranet. Objetivo 2018: 25 (Actual 15)

DURACIÓN

Fecha de Inicio Junio de 2018. Fecha finalización y cumplimiento del objetivo de 2018: junio 2019. El proyecto continuará en los años siguientes hasta completar la actualización de la totalidad de los consentimientos.

Creación grupo de trabajo responsable: junio 2018
Seleccionar consentimientos para actualizar Septiembre/Octubre/ 2018
Revisar CI de la sociedad de ACV, actualizarlos y redactarlos Noviembre/dic 2018
Presentar al servicio para consensuar Enero/febrero 2019
Correcciones. Elaboración definitiva. Febrero/marzo 2019
Presentar a la UCA para su aprobación: Abril/mayo 2019
Implantar consentimientos Mayo/Junio 2019

OBSERVACIONES

El Proyecto continuará en los próximos años

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1281

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE MONICA HERRANDO MEDRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAZARO MARTINEZ FRANCISCO JAVIER
CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO
VAZQUEZ BERGES IRENE
SOGUERO VALENCIA IRENE
RICO ROMERO VIRTUDES
RECIO CABRERO ADORACION
INARAJA PEREZ GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado el grupo de trabajo responsable. Se ha seleccionado y confeccionado para su codificación, el listado de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos de cirugía vascular. Hemos tenido reuniones con los responsables de Documentación del hospital y se ha asignado la codificación CIE 10 al listado de los diagnósticos y al listado de los procedimientos quirúrgicos. Se ha confeccionado una plantilla con ampliación de la base de datos para los informes de alta y el protocolo de procedimientos quirúrgicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Creación de listado de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos de cirugía vascular. Su codificación CIE 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendiente de reunión final con responsables de Documentación para la revisión y correcciones definitivas de la codificación y base de datos de informes de alta y protocolos quirúrgicos. Pendiente de reunirnos con los responsables de informática para que procedan a la informatización en el HP doctor de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos con la nueva codificación.

7. OBSERVACIONES.

Cambio de responsable del Proyecto: La Dra. Mónica Herrando Medrano se queda como responsable del proyecto, sustituye al Dr. Inaraja que por la OPE se ha trasladado al HCU Lozano Blesa. Al finalizar el Proyecto debería de expedirse el certificado correspondiente también al Dr Inaraja, ya que ha contribuido mucho y sigue colaborando en el proyecto. (Firmado: Dr. Carranza Martínez José Mario, Jefe de Servicio)

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1281 ===== ***

Nº de registro: 1281

Título
MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Autores:
INARAJA PEREZ GABRIEL, LAZARO MARTINEZ FRANCISCO JAVIER, CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO, HERRANDO MEDRANO MONICA, VAZQUEZ BERGES IRENE, SOGUERO VALENCIA IRENE, RICO ROMERO VIRTUDES, RECIO CABRERO ADORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el 1 de Enero de 2016 la clasificación CIE-10-ES es la clasificación de referencia para la codificación clínica y registro de morbilidad en España sustituyendo a CIE-9-MC. La CIE-10-ES integra dos sistemas de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1281

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

clasificación, uno de enfermedades para la codificación de diagnósticos y otro de procedimientos. El uso de una clasificación internacional de enfermedades y procedimientos, es la base necesaria para la normalización de la información clínica que conforma el Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD). Actualmente en nuestro servicio, así como en otros servicios del hospital, existe variabilidad en cuanto a la codificación de los diagnósticos y de los procedimientos quirúrgicos en los informes de alta y en los informes quirúrgicos, esto es debido a que no están correctamente codificados en el sistema informático (HP doctor) del hospital

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es aplicar la codificación CIE 10 de diagnósticos y procedimientos quirúrgicos en los informes de alta y en los informes de intervenciones quirúrgicas. Esto nos permitirá avanzar en la exhaustividad de los informes de alta y quirúrgicos para mejorar la precisión de la codificación y la robustez de los indicadores de resultados, obteniendo una fuente de información correcta y precisa.

MÉTODO

Determinar el Grupo de trabajo responsable
Seleccionar los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos de cirugía vascular
Reunión con responsables de Documentación del hospital
Asignar la codificación CIE 10 a los diagnósticos
Asignar la codificación CIE 10 a los procedimientos quirúrgicos
Completar con base de datos pertinente en informe de alta e informe quirúrgico
Reunión con responsables de informática
Informatización de los diagnósticos y procedimientos codificados y base de datos en informe de alta y en informe de procedimientos quirúrgicos (HP doctor)

INDICADORES

Codificación CIE 10 de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos en los informes de alta e informes de cirugía en HP doctor hospitalario: Si (Actualmente no codificación)

DURACIÓN

Fecha de Inicio Junio de 2018. Fecha finalización junio 2019.
Seleccionar los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos junio 2018
Reunión con responsables de Documentación Junio/Septiembre/Octubre/ 2018
Asignar la codificación CIE 10 a los diagnósticos Junio 2018
Asignar la codificación CIE 10 a los procedimientos quirúrgicos: sept/Oct 2018
Completar informes con base de datos pertinente sept/Oct 2018
Reunión con responsables de informática Octubre/Nov 2018
Informatización de los informes ya codificados (HP doctor) Enero-Abril 2019
Utilización HP doctor informes ya codificados: Mayo/Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0386

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION A TIEMPO DEL PACIENTE PENDIENTE DE PRIMER ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALISIS O REPARACION DEL MISMO ("CODIGO FISTULA") EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA MARZO ALVAREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO
FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR
HERRANDO MEDRANO MONICA
JIMENEZ EL BAILE ALFONSO
RECIO CABRERO ADORACION
RICO ROMERO VIRTUDES
RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Creación del grupo de trabajo responsable (Marzo 2019)
Realizar protocolo (Mayo 2019)
Diseñar formulario hp-doctor (Marzo 2019)
Presentar al servicio para consensuar (Abril 2019)
Correcciones y elaboración definitiva del protocolo (Abril 2019)
Reuniones con Coordinadores de anestesia (Mayo 2019)
Evaluación del cumplimiento del objetivo de 2019 (Enero 2019)
Tal y como se estableció en el proyecto se creó el grupo de trabajo con los miembros ya mencionados. Se estableció un protocolo para la valoración de estos pacientes. Como herramienta hemos diseñado un formulario para facilitar unificar el estudio y el informe del ecodoppler. Este diseñado ha sido consensuado con todo el servicio de cirugía vascular y ya se está empleando desde hace meses. Además hemos podido revisar los indicadores de nuestra memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha alcanzado el cumplimiento del protocolo en el 100% de los pacientes. A todos ellos como se estipuló se realizó estudio previo a la fístula mediante ecodoppler. Hemos obtenido una tasa de cumplimiento de los plazos pertinentes del 82.54%. Se ha conseguido evitar el catéter como método de inicio de la hemodiálisis en el 100% de los casos, al igual que en los pacientes que se intervinieron en el código fístula.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hay algunas acciones que no dependen directamente de nuestro servicio y por tanto necesitamos el apoyo de la dirección y la colaboración de otros servicios implicados. Podemos afirmar que la implantación de este proyecto asistencial ha sido un éxito ya que ha permitido evitar el inicio de la hemodiálisis en todos los pacientes, el porcentaje de pacientes que se han ajustado a los tiempos es elevado pero todavía nos queda margen de mejora en esta área.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/386 ===== ***

Nº de registro: 0386

Título
PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION A TIEMPO DEL PACIENTE PENDIENTE DE PRIMER ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALISIS O REPARACION DEL MISMO ("CODIGO FISTULA") EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

Autores:
MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA, RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL, JIMENEZ ELBAILE ALFONSO, SOGUERO VALENCIA IRENE, HERRANDO MEDRANO MONICA, FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA, RICO ROMERO VIRTUDES, RECIO CABRERA ADORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0386

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION A TIEMPO DEL PACIENTE PENDIENTE DE PRIMER ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALISIS O REPARACION DEL MISMO ("CODIGO FISTULA") EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

Otro Tipo Patología: Insuficiencia Renal Crónica
Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las guías recomiendan que la fístula arteriovenosa se realice con una antelación previa al inicio de la hemodiálisis (HD) de 6 meses, para evitar la colocación de un catéter venoso, el cual, supone 4 veces más de riesgo de presentar complicaciones infecciosas al inicio, 7 veces más a los 6 meses de diálisis; además supone un aumento de la mortalidad asociada en el primer año, de ahí la importancia de realizar los accesos vasculares previamente al inicio de la diálisis y de resolver la disfunción del acceso con la mayor celeridad posible para poder evitar la colocación del catéter. (Nefrología 2017; 37 (Supl 1):1-177).

El servicio de ACV pertenece al grupo de mejora del acceso vascular para HD y tenemos unos plazos fijados de atención a tiempo para realizar el primer acceso vascular y para resolver la disfunción lo que denominamos "Código Fístula"; Previamente a la intervención se debe de realizar una exploración exhaustiva para elegir el lugar del acceso.

Actualmente nos resulta difícil cumplir con este compromiso adquirido por las siguientes causas:

Tiempo y modo de canalización mejorables.

Lugar de exploración preoperatoria de los pacientes inadecuado

Variabilidad clínica

La exploración de estos pacientes en muchas ocasiones se realiza sin asociar ninguna prueba diagnóstica y con una gran variabilidad por parte del personal médico.

Presión asistencial. Sectores.

El Servicio de ACV del Hospital Universitario Miguel Servet se encarga de atender las necesidades de acceso vasculares no sólo de nuestro centro, sino también del Hospital San Juan de Dios y La Defensa de Zaragoza, Hospital de Alcañiz, Hospital Obispo Polanco de Teruel, Recursos necesarios

Actualmente las disponibilidad de quirófanos del servicio de Angiología y Cirugía Vascular para poder atender a estos pacientes con la calidad oportuna y siguiendo los plazos que indican las guías clínicas es insuficiente.

Aumento de la actividad asistencial

El diagnóstico y tratamiento de la disfunción del acceso vascular supone un incremento de la actividad asistencial ordinaria de nuestro servicio.

Como consecuencia de todo ello, a muchos pacientes se les implanta un catéter venoso lo que supone un aumento de la morbimortalidad y del gasto sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

Cumplir los plazos predefinidos por el grupo de mejora del acceso vascular de hemodiálisis de nuestro centro para la realización del acceso vascular:

Urgente: Necesidad de realización FAV en 1- 3 semanas

Preferente: Necesidad de realización FAV en 2 - 4 semanas

ERC de rápida evolución

Falta de maduración del AV

Portadores de CVC no tunelizado.

Normal: Necesidad de realización de FAV en 3 meses

Previsión de inicio de HD > 6 meses

Evitar la colocación de catéter cuando se detecte disfunción de una fístula que previamente funcionaba con normalidad "Código Fístula"

MÉTODO

Creación del grupo de trabajo responsable

Realizar un protocolo en el que se incluya

Modo y tiempos de canalización

Lugar de realización de la consulta preoperatoria

Realización de ecodoppler preoperatorio de manera sistemática

Frecuencia de revisión de la lista de espera quirúrgica del acceso vascular

para HD.

Diseñar un formulario en Hp doctor para homogeneizar las exploraciones y para poder realizar estudios en el futuro de qué accesos vasculares son los más adecuados. Todos los pacientes tendrán informe en el que se detalla el destino del paciente.

Realizar reuniones con el Servicio de Anestesia para que dé validez a la valoración anestésica de otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0386

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION A TIEMPO DEL PACIENTE PENDIENTE DE PRIMER ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALISIS O REPARACION DEL MISMO ("CODIGO FISTULA") EN EL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR

centros de nuestra comunidad.
Introducir esta patología dentro de los periodos de garantía del Salud.

INDICADORES

Cumplimiento del protocolo
Tasa de urgentes/preferentes/normales realizadas en los plazos pertinentes
Tasa de ecodoppler preoperatorio
Tasa de catéteres evitados en los pacientes que inician diálisis.
Tasas de catéteres evitados en los pacientes del código fístula.

DURACIÓN

Fecha de Inicio Marzo 2019.
Creación grupo de trabajo responsable: marzo 2019
Realizar protocolo Mayo 2019
Diseñar formulario hp-doctor: marzo 2019
Presentar al servicio para consensuar abril 2019
Correcciones. Elaboración definitiva. Abril 2019
Reuniones con Coordinadores de anestesia: Abril/Mayo 2019.
Introducir esta patología dentro de los periodos de garantía del salud: junio 2019
Evaluación del cumplimiento del objetivo de 2019: marzo 2020.
El proyecto continuará en los años siguientes hasta regularizar e integrar completamente esta actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0540

1. TÍTULO

EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACIÓN EN PACIENTES CON CLAUDICACIÓN INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE IRENE VAZQUEZ BERGES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESCOLANO GONZALEZ LAURA
HERRANDO MEDRANO MONICA
FERNANDEZ AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA
BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION
LECHON SAZ JOSE ANTONIO
MORATA CRESPO BELEN
GIMENO GONZALEZ MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Puesta en marcha del programa para mejora de la distancia de claudicación para pacientes seleccionados con isquemia crónica grado IIB. Para ello se ha contado con la colaboración del servicio de Angiología y Cirugía Vascular, realizando una selección adecuada de los pacientes candidatos a entrar en el programa, que cumplieran criterios de inclusión tanto clínicos, como demográficos. Se les ha realizado un doppler y claudicometría previos a entrar en el programa. Aquellos pacientes seleccionados, han sido valorados y tratados por las responsables del servicio de rehabilitación encargados de la rehabilitación cardiaca, realizándoles un estudio analítico completo, con cribado de enfermedad cardiopulmonar subyacente. Optimización del tratamiento médico de los pacientes, educación para deshabituación tabáquica, mejora de la alimentación e incorporación de hábitos de vida saludables. Aquellos pacientes que cumplían todos los criterios y conseguían dejar de fumar, se les hacía el programa completo de ejercicio supervisado. Consistente en ejercicio monitorizado, de varias sesiones semanales durante ocho a doce semanas en el gimnasio de rehabilitación cardiaca, para lo que se ha precisado una nueva cinta rodante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El animo del proyecto es continuarlo e instaurarlo como una nueva herramienta de tratamiento que poder ofrecer a pacientes claudicantes jóvenes (edades no superiores a 70 años) con distancias de claudicación invalidantes en su día a día, y que no son candidatos por diversos motivos a cirugía de revascularización. Los pacientes que han finalizado el programa han mejorado notablemente su distancia de claudicación, documentado mediante claudicometría, por lo que se ha conseguido el objetivo. El programa sigue en marcha por lo que hay pacientes en proceso, y otros pendientes de poder comenzar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este programa, demuestra la importancia de la implementación del tratamiento médico y de la mejora de los hábitos de vida como pilares fundamentales para el tratamiento de esta patología (isquemia crónica de miembros inferiores) en sus estados I, IIa y IIB. Debemos destacar la importancia de la deshabituación tabáquica y del apoyo y recursos psicológicos que son necesarios para que el abandono del tabaco sea exitoso.

7. OBSERVACIONES.

El objetivo de este proyecto de calidad era poner en marcha el programa, y desde el mes de mayo está en funcionamiento. Por otro lado, se trata de una herramienta de tratamiento tan beneficiosa que el programa, una vez instaurado se va a mantener en el tiempo para que puedan beneficiarse de él el mayor número de pacientes. Sería necesario, mejorar la dotación de material del gimnasio de rehabilitación cardiaca con una cinta rodante adecuada. Dar mayor soporte a los pacientes, desde los centros de salud para ayudar en el proceso de abandono del tabaco.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/540 ===== ***

Nº de registro: 0540

Título
EJERCICIO FISICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACION EN PACIENTES CON CLAUDICACION INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES

Autores:
VAZQUEZ BERGES IRENE, ESCOLANO GONZALEZ LAURA, HERRANDO MEDRANO MONICA, FERNANDEZ AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA, BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION, LECHON SAZ JOSE ANTONIO, MORATA CRESPO BELEN, GIMENO GONZALEZ MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0540

1. TÍTULO

EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACIÓN EN PACIENTES CON CLAUDICACIÓN INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La claudicación intermitente, es la manifestación clínica de la enfermedad arterial periférica o isquemia crónica de miembros inferiores; presenta una prevalencia en la población del 6,2% en mayores de 50 años. Entre el 1 y 3% de los pacientes con claudicación intermitente, progresan a estadios avanzados de isquemia crítica a lo largo de su vida, por lo que es importante un correcto diagnóstico y tratamiento estos pacientes. Los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad arterial periférica, son los principales causantes de arterioesclerosis: hipertensión, diabetes, tabaquismo y dislipemia. Son los mismos factores de riesgo para la cardiopatía isquemia. Existe una asociación entre ambas enfermedades. Los pacientes con enfermedad coronaria conocida y enfermedad arterial periférica tienen un 25% más de riesgo de muerte que los que no asocian ambas patologías.

El tratamiento de la enfermedad arterial periférica en los estadios iniciales, cuya manifestación clínica es la claudicación intermitente, es del tratamiento médico, consistente en mejora de los hábitos de vida y control de factores de riesgo, abandono del tabaco, ejercicio físico, y tratamiento médico farmacológico. En determinados pacientes, con cortas distancias de claudicación, que resultan muy invalidantes, está indicado el tratamiento quirúrgico.

El ejercicio físico es un pilar fundamental en el tratamiento de esta patología, pero es de difícil cumplimiento de forma autónoma por parte de los pacientes, por lo que los programas de ejercicio deberían ser supervisados. Hay estudios que comparan el ejercicio supervisado con la simple recomendación médica, demuestran que el ejercicio supervisado se traduce en una mejoría de la distancia máxima caminada con respecto a programas de ejercicio no supervisado (nivel de evidencia B). Otros estudios señalan un nivel de evidencia A del ejercicio supervisado en pacientes con claudicación intermitente. Estudios prospectivos han mostrado que el ejercicio supervisado produce una mejoría en la distancia caminada y en la distancia caminada sin dolor. Esta mejoría se mantuvo durante todo el periodo de seguimiento (hasta 2 años). En la Comunidad Autónoma de Aragón no existe a día de hoy ningún centro hospitalario que ofrezca este tipo de programas de ejercicio físico supervisado para pacientes claudicantes. En el hospital Miguel Servet contamos con un Servicio de Rehabilitación con experiencia en programas de entrenamiento similares; ya tiene en funcionamiento un programa de rehabilitación para pacientes cardiopatas. Debido a la poca adherencia que presentan los pacientes a realizar ejercicio físico de forma autónoma, proponemos la realización de un programa de ejercicio supervisado para pacientes seleccionados con claudicación intermitente invalidante.

RESULTADOS ESPERADOS

Diseñar e implantar un Programa de ejercicio supervisado para pacientes con claudicación intermitente invalidante de miembros inferiores para conseguir una mejora de la distancia de claudicación. Con la puesta en marcha de este proyecto se pretende conseguir un aumento de la distancia de claudicación de los pacientes con edades no superiores a 70 años, para que ésta no resulte invalidante en su vida diaria.

Con el programa se pretende la adhesión al tratamiento de tal manera que los objetivos alcanzados al finalizar el programa se mantengan en el tiempo.

MÉTODO

Para llevar a cabo el proyecto se creará un grupo de trabajo conjunto con miembros del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y Rehabilitación. Se redactará un protocolo de actuación con los detalles y fases del Programa, todo será consensuado conjuntamente con los Servicios implicados. Una vez redactado se procederá a su revisión, análisis y correcciones. Una vez redactado y consensuado el programa se enviará a la UCA para su aprobación. Posteriormente procederemos a su implantación. Evaluación de los resultados según los indicadores establecidos en el Programa.

INDICADORES

Programa redactado: SI
Programa Implantado: SI
Tasa de pacientes con claudicación incluidos en el programa
Tasa de pacientes que finalizan el programa
Tasa de pacientes con mejoría clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0540

1. TÍTULO

EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO PARA MEJORA DE LA DISTANCIA DE CLAUDICACIÓN EN PACIENTES CON CLAUDICACIÓN INTERMITENTE INVALIDANTE DE MIEMBROS INFERIORES

DURACIÓN

Fecha de Inicio Marzo de 2019. Fecha finalización marzo de 2020.

Creación de un Grupo de trabajo: marzo 2019
Redacción del protocolo o Programa: abril 2019
Consensuar con Servicios implicados: mayo 2019
Revisión y correcciones: junio 2019
Enviar a la UCA para su aprobación: septiembre 2019
Implantación del Programa: marzo de 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1031

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MARCELINO SANCHEZ PARRILLA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBERICIO PORTERO JAVIER IGNACIO
GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Enero - Junio 2017. Optimización del método de criopreservación, con modificación de tiempos de vitrificación respecto al método inicial de embriones y blastocistos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador: Tasa de fecundación tras microinyección espermática. Cálculo: Número de ovocitos fecundados /Número total de ovocitos microinyectados.
Evaluación anual.
Resultado: Tasa de ovocitos atrésicos 15% durante la fase de optimización del método.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hasta el momento no ha sido posible la implantación en la rutina diaria de la unidad debido a la limitación de medios materiales y estructurales, tales como falta de espacio para almacén de contenedores de nitrógeno para conservación de ovocitos, espermatozoides y embriones y equipamiento para laboratorio en general limitado y obsoleto. Se sigue manteniendo como un objetivo para el próximo año en vista a implantar mejoras en la Unidad de Reproducción.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1031 ===== ***

Nº de registro: 1031

Título
SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS

Autores:
SANCHEZ PARRILLA MARCELINO, ALBERICIO PORTERO JAVIER IGNACIO, GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El inicio del proyecto fue la puesta a punto de la metodología para la preservación de la fertilidad en mujeres oncológicas que van a recibir tratamientos gonadotóxicos. Para ello se optimizaron los tiempos de permanencia de los ovocitos en los medios de criopreservación hasta lograr una tasa de supervivencia de ovocitos óptima tras la desvitrificación.

RESULTADOS ESPERADOS
En la continuación del proyecto nuestro objetivo es la implantación en la rutina diaria del laboratorio ya que forma parte de la cartera de servicios de Bioquímica Clínica.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1031

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS

Con la puesta a punto del método y la elaboración del procedimiento de trabajo para la criopreservación de ovocitos las actividades a desarrollar son:

1. Selección de las mujeres candidatas a preservación oncológica en colaboración con los servicios de Oncología y Reproducción.
2. Implantación del proceso en la rutina diaria de la unidad
3. Evaluación de los resultados anuales
4. Mejora del procedimiento de trabajo si procede en función de los resultados

INDICADORES

1. Indicador: Tasa de ovocitos atrésicos (no óptimos).

Cálculo: Número de ovocitos atrésicos/Número de ovocitos totales vitrificados.

Evaluación anual.

2. Indicador: Tasa de fecundación tras microinyección espermática. Cálculo: Número de ovocitos fecundados /Número total de ovocitos microinyectados.

Evaluación anual.

DURACIÓN

Septiembre 2016 - Junio 2017 Inclusión en la rutina diaria del laboratorio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA GRACIA MATILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES
LASIERRA MONCLUS ANA BELEN
HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO
AZNAR SAUCA ANA SAGRARIO
FALCON JIMENEZ DANIEL
BARRACHINA CARRANZA SUSANA
PUZO FONCILLAS JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Optimización de rutas urbanas de transporte de neveras de centros de atención primaria: Se rediseñan las rutas de transporte de Sector II de modo que pasan de ser tres a ser cuatro. De esta forma, la nueva ruta añadida absorbe centros con gran volumen de muestras y al acortarse dos de las rutas ya existentes, se reparte la llegada de las cuatro rutas del Sector II al laboratorio, teniendo estimadas las horas de llegada 2 rutas a las 10:30 y 2 a las 11:00. Se reparte así el número de muestras en dos franjas horarias a diferencia de la distribución anterior, en que la mayor parte de muestras llegaba en una franja horaria.

2. Rediseño de espacios, disposición y mobiliario: Se reubica la zona de vaciado de neveras a la zona en que antes se almacenaban llenas y vacías. Se toma esta decisión ante la falta de espacio dentro de la sala de clasificación de muestras, la distancia que hay que desplazar las neveras llenas y vacías arrastrándolas por el suelo, y al gran tiempo de espera de las muestras dentro de las neveras una vez han llegado al hospital. Esta situación generaba gran incomodidad, excesivo esfuerzo físico por parte del personal que desempeña esta tarea, caos en el proceso de clasificación y demora en el procesamiento de las muestras.

El diseño del nuevo espacio a coste 0 se realiza pensando en dar eficiencia, rapidez, comodidad y se introducen nuevos elementos con el fin de ordenar y dinamizar el proceso. La nueva zona de vaciado se divide en una pequeña zona de vaciado de centros rurales que se vacían en el momento en el que llega y una zona más grande de vaciado de neveras de procedencia urbana. La zona de procedencia urbana se diseña con dos puestos de trabajo para registro de llegada de neveras, vaciado y revisión de las mismas. Entre estos dos puestos de trabajo se dispone un carro dividido visualmente en el que se ordenan las muestras y volantes por procedencia. Una tercera persona será la que introducirá el carro lleno al laboratorio y habrá retornado un carro vacío desde la sala de clasificación para volver a ser llenado. Se traslada a esta nueva zona el ordenador que dispone del programa de recepción de neveras mediante lectura de código de barras en el interior de cada nevera. También fue necesario trasladar el modem para recogida de los datos de temperatura de las sondas que llevan las neveras, para control de la misma durante todo el período de transporte y así garantizar su adecuada estabilidad.

3. Optimización de la centrifugación (interno/externo): Con el sistema de centrifugado de muestras utilizado hasta Abril de 2017 era necesario pasar los tubos de las gradillas de las neveras a centrífuga uno a uno, y ya centrifugados, uno a uno a las gradillas de los equipos clasificadores. El 26 de Mayo de 2017 se introduce un sistema de centrifugado de alta capacidad, 200 tubos por ciclo, que son introducidos en las mismas gradillas que posteriormente pasaran a los equipos que realizan alícuotas y clasificación de las muestras en función de las solicitudes y sección de destino del laboratorio. La utilización de la misma gradilla en los dos procesos, centrifugación y clasificación ha eliminado el paso de extracción de tubos de centrífuga uno a uno. Esto suponía muchos toques, dos personas fijas centrifugando y tiempo. Además se ha ido incluyendo de forma muy espaciada, debido a contratiempos surgidos con el nuevo sistema de centrifugado, a todos los centros de salud urbanos en una nueva sistemática de clasificación de tubos en las gradillas que vienen en las neveras. Este cambio consiste en separar todos los tubos que precisan centrifugación y que van identificados con etiqueta generada a partir de una petición electrónica impresa en el centro de salud, en gradillas adaptadas al sistema de centrifugado actual. De este modo se evita traspasar todos los tubos que venían en gradillas metálicas en las neveras a centrífuga, uno a uno y volver a colocarlos después en otra gradilla, uno a uno, para entrar en el aparato clasificador. Ahora la gradilla clasificada en el centro de salud entra en centrífuga y sale para entrar en el equipo de clasificación. Pasamos de manipular tubos de uno en uno a manipular gradillas de 50 tubos. Este cambio hace el proceso mucho más rápido. De igual modo se solicito a los centros que los tubos malvas y azules de sangre total con etiqueta que origina la petición electrónica, se clasificasen en gradillas rojas también adaptadas para el aparato clasificador. Antes también eran traspasados uno a uno a la gradilla adaptada para su clasificación automatizada. Clasificación desde el centro de salud en gradilla adecuada para centrifugado de muestras que ya tienen información en el SIL, es uno de los cambios que ha contribuido a aumentar la eficiencia del proceso, al disminuir el número de toques.

4. Sistematización de la entrada y vaciado de neveras: Cuando las neveras llegan al hospital se introducen en la zona de vaciado de cuatro en cuatro y se vacían en dos puestos de trabajo. Se sacan las muestras en gradillas, se depositan en un carro, se sacan los volantes y se introducen en una carpeta señalada con su procedencia. El compartimento del carro ocupado por cada centro se señala con un letrero para que en la zona de clasificado se sepa el centro de procedencia. Se lee el código de barras de la nevera como registro horario de vaciado de la nevera. Se vuelve a comprobar que están las cuatro neveras vacías y se sacan fuera de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

zona de vaciado, a la zona en la que se van depositando las neveras vacías. Se firma un registro de revisión de vaciado de neveras, para evitar que ninguna nevera vuelva a los centros con muestras. Se descargan también los datos de temperatura registrados desde la estancia de la nevera en su centro de procedencia hasta su apertura en el laboratorio. Al sistematizar el vaciado de neveras, aumentar a dos puestos de trabajo incrementar el espacio en el que se realiza, el proceso es más rápido, organizado y controlado.

5. Ingeniería de movimiento de carros de muestras: Se dividen espacialmente con señales visuales, los distintos espacios de trabajo. Cada persona, cada cosa tiene su sitio. Se introducen como herramientas de trabajo dos carros divididos visualmente en zonas (para muestras de más de un centro de salud), de modo que mientras uno está siendo llenado en la zona de vaciado de neveras el otro está siendo vaciado en la zona de clasificación de muestras. Cuando uno sale vacío a la zona de recepción el otro pasa a la zona de clasificación con muestras ordenadas en su zona y señalado su centro de procedencia, con sus volantes. Se introduce como nueva función una persona encargada de este movimiento de transporte de carro.

6. Programa de reorganización de flujos y operaciones:

- 25 de Mayo de 2017 incorporación de una centrífuga de gran capacidad.
- Junio de 2017 inicio del plan de incorporación de los centros de salud en el cambio de la clasificación de tubos y envío de solicitudes múltiples con sus muestras aparte.
- Julio de 2017 cambio de la ubicación y proceso del vaciado de neveras.
- Septiembre de 2017 cambio y sistematización del proceso de preclasificado en la sala de clasificación.
- Octubre de 2017 recogida sistemática de incidencias preanalíticas por parte todo el personal del área.
- Entre Octubre y Noviembre de 2017 sistematización de la unificación de solicitudes múltiples aunque el proceso de inclusión de todos los centros urbanos ha finalizado en Enero de 2018.

7. Gestión de llamadas telefónicas (evaluación de consultas más frecuentes):

Las consultas más frecuentes son las referidas a cómo solicitar una prueba, en qué contenedor extraer una determinada muestra, referentes a alguna situación especial del paciente y por dificultades en la visualización de los resultados.

8. Reorganización de roles/jerarquía:

- El vaciado de neveras pasa a ser asumido por dos personas en lugar de una.
- El transporte de muestras desde la zona de vaciado a la sala de clasificación surge como una nueva función de la organización del proceso.
- Se decide que uno de los puestos de trabajo será el que se nomina "de centro". Sus funciones son la respuesta de llamadas telefónicas, apoyo a la clasificación y apoyo a persona encargada de los dos equipos clasificadores. Este rol es nuevo ya que antes no se centralizaba la recepción de llamadas en una persona concreta.
- Las enfermeras que revisaban los volantes procedentes de los centros de salud, son ahora también encargadas de cómo realizar la unificación administrativa de las solicitudes múltiples en función de las determinaciones y las muestras recibidas.
- Incorporación de en Marzo 2017 de un Facultativo Responsable del Área Preanalítica encargado de planificar y gestionar cambios, resolver incidencias, sistematizar procesos, gestionar errores, interactuar con centros de atención Primaria y garantizar la calidad de la fase Preanalítica.

9. Análisis y protocolos de gestión de errores:

Se implanta de forma progresiva la recogida de incidencias preanalíticas con el fin de analizar posteriormente su origen, frecuencia y elaborar un plan con el fin de reducirlas o erradicarlas. Este registro está completamente integrado en la parte administrativa de la fase preanalítica de modo que cuando se fusionan varias solicitudes de análisis, queda reflejo de los números de las solicitudes que componen una única y se añaden los distintos destinos de cada una de ellas. También se registran los números de las solicitudes que por circunstancias diversas hay que cambiar por otro, así como incidencias referentes a datos demográficos incorrectas, errores de programación on-line, información sobre repetición de extracción por distintos motivos y referentes a solicitudes ya realizadas. Este registro también se está incorporando como rutina en la parte técnica preanalítica que recepción y clasifica muestras, recogiendo incidencias referentes a la muestra.

Se protocoliza la forma de proceder en los casos en los que hay una pérdida de muestras por rotura, extravío, devolución de las muestras en la nevera a los centros de salud u olvido de las muestras en el centro de salud. Se localizan las solicitudes que pueden estar afectadas por alguna de estas circunstancias, se contacta con el responsable de enfermería, se imprimen los resguardos de las solicitudes con pruebas pendientes acompañados de las etiquetas identificativas y se le envían en la nevera que vuelve al centro de salud que corresponda. Se registra en incidencia preanalítica de que se ha solicitado nueva extracción para que la petición no se cierre a espera de la llegada de la nueva muestra. Se controla que en un período razonable han vuelto a llegar las muestras. Siempre se ofrece a centro de salud afectado que derive parte de pacientes a extracciones al hospital y especialmente si alguna es urgente, procediendo incluso a localizar al paciente y facilitándole el momento de la extracción. Se protocoliza la gestión de solicitudes ya realizadas en fechas anteriores y que tienen resultados. Se busca si existe alguna solicitud diferida con fecha anterior a la cita que pueda tener el paciente para la especialidad que corresponda y si no es así, se genera una nueva solicitud desde el laboratorio, con las mismas determinaciones y con el fin de no perder la muestra del paciente ya que no podemos llegar a saber si el paciente se ha confundido de volante o el médico ha podido olvidar realizar la solicitud.

Se protocoliza la cancelación de una solicitud de la que se detectan tubos duplicados con igual numeración y constancia o no en el registro de enfermería de extracción duplicada. Se han etiquetado los tubos de dos pacientes con igual identificación y no es posible saber cuáles corresponden al paciente, además habrá un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

paciente que no tendrá resultados y que se ha hecho una extracción. Se cancela la petición y se avisa a la enfermera o médico responsable para realización de nueva solicitud y extracción. Se protocoliza la unificación de solicitudes múltiples procedentes de primaria ya que estas muestras con sus solicitudes no llegan en gradillas con el resto de muestras. Se fue solicitando a los centros de salud de forma gradual junto con el cambio de clasificación de las muestras, el que fuesen enviadas con sus solicitudes aparte, en una bolsa verde de transporte de muestras biológicas, de modo que la enfermera puede ver lo que se le solicita al paciente y las muestras de las que se dispone. Así puede decidir en qué solicitud es más adecuado incluir las demás, asegurando que la solicitud unificada tendrá todas las muestras de las que se dispone y recogiendo el que un muestra no ha sido recibida cuando falte. Se tomo la decisión del cambio en la llegada de muestras de solicitudes múltiples por la ineficiencia del proceso anterior, en que muestras y volante llegaban por distintas vías y no se podía entre tantas muestras visualizar lo que se pedía y lo que había llegado. Se unificaba en función de las etiquetas que faltaban en las solicitudes lo que hacía suponer que la muestra había llegado. La realidad era que no se realizaba una unificación real, se activaban varias solicitudes a la vez del mismo paciente, que quedaban incompletas y que requerían esfuerzo en la fase analítica de búsqueda imposible a veces, porque no se había dejado registro ni de con qué otra solicitud se había unificado (muchas veces de forma parcial) ni de qué número era el original de la petición. Se duplicaban determinaciones y otras se quedaban sin hacer, había muchas solicitudes del mismo paciente que tenían que ser unificadas en la fase analítica, por ello se procedió a realizar y protocolizar este cambio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Impacto de la modificación de las rutas de transporte en los flujos de trabajo.

Los tiempos de llegada de las neveras se cumplen de forma regular incluso llegando antes del tiempo máximo estimado, estos datos son recogidos de forma mensual y constan como indicador para la acreditación del área según la norma UNE EN ISO 15189. Con la modificación de las rutas la franja horaria se distribuye desde las 10:00 para la primera ruta, 10:30 para las rutas 2 y 3, y 11:00 para las rutas 4 y 5. De esta forma las muestras de la ruta 1 que antes llegaban a las 11:00, ahora llegan a las 10:30 junto con las de la ruta 2, lo cual permite un reparto horario de la carga de trabajo que antes tenía un gran pico a las 11:00.

2. Tiempos de procesado de las muestras (desde la extracción a la validación de resultados).

Tras los cambios de los procesos de vaciado de neveras y clasificación se ha reducido el tiempo de espera de las neveras en un 91% (de 45' a 4'), el tiempo máximo de espera de una muestra a ser preclasificada previamente a la entrada del equipo clasificador en un 57% (de 51' a 22'), el espacio ocupado en un 43,7%, el tiempo de vaciado en un 37% (de 57' a 36') y el de preclasificación en un 43% (de 57' a 33'), ha aumentado la satisfacción del personal que realiza este trabajo de 3 a 8,5 puntos, en una escala de 1 a 10. Estos datos se obtuvieron formando parte de un Trabajo fin de Máster de una alumna de la Escuela de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de Zaragoza. Así como estos tiempos se han reducido, no se han reducido los tiempos desde la clasificación final automatizada (CCM) a la entrada en cadena y validación final. Esto es debido a que no se ha hecho ninguna intervención en estos procesos como derivación de algunas muestras a otros laboratorios, lo cual reduciría tiempo en zonas horarias de carga máxima de trabajo, ni tampoco en el transporte de muestras desde el área preanalítica hasta cadena situada en la planta tercera del edificio. La comprobación se hizo midiendo tiempos entre la entrada de muestras (especialmente las procedentes de la nueva ruta) desde su paso por el equipo de clasificación automatizada hasta la validación de resultados, antes y después de los cambios introducidos hasta ahora.

3. Número de llamadas telefónicas: No se ha recogido el número total de llamadas recibidas en los tres puntos principales del área (secretaría, sala de clasificación y despacho de responsables).

4. Reducción de errores e incidencias en la gestión de muestras: No ha dado tiempo de su análisis debido al poco tiempo transcurrido desde su implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los cambios introducidos han mejorado mucho en tiempo y eficiencia el proceso de preclasificación de muestras, pero es necesario seguir interviniendo en el resto del proceso para reducir los tiempos de espera de las muestras dentro del laboratorio y por tanto los tiempos de respuesta. Se pueden analizar los tiempos de carga máxima en los puntos críticos para intentar reducirla. La intervención sobre los errores es fundamental aunque muy compleja debido a la larga cadena que supone todo el proceso preanalítico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1036 ===== ***

Nº de registro: 1036

Título
MEJORA DEL AREA DE PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Autores:
GRACIA MATILLA ROSA, CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, LASIERRA MONCLUS ANA BELEN, HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO, AZNAR SAUCA ANA SAGRARIO, FALCON JIMENEZ DANIEL, BARRACHINA CARRANZA SUSANA, PUZO FONCILLAS JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Bioquímica está inmerso en un proyecto de mejora basado en la filosofía LEAN que se inició durante los meses de octubre y noviembre de 2015. En un inicio se diseñaron las líneas estratégicas del servicio y se identificaron las principales áreas de trabajo. Las áreas elegidas para la mejora fueron: Preanalítica, Bioquímica General (Cadena), Urgencias y la Sección de Orinas y Litiasis. En cada área, cada grupo de trabajo ha desarrollado diferentes metodologías de trabajo en busca de la mejora. El equipo de Preanalítica es el que ha abarcado un proyecto más amplio y que implica mayores modificaciones en los procesos de la fase preanalítica. Se aplica el método KAIZEN, que consiste en realizar cambios en el proceso que den lugar a un salto estructural en la mejora continua. Actualmente el área de preanalítica tiene un espacio limitado en el que se reciben todas las muestras extraídas en las plantas de hospitalización, consultas externas, neveras de los centros de atención primaria y de otros centros hospitalarios. Todo ello en un corto espacio de tiempo que concentra una elevada intensidad de trabajo y que genera en ocasiones deficiencias en el proceso. Estas deficiencias pueden ocasionar pérdida de la estabilidad de las muestras, alteración de los parámetros a medir y por tanto unos resultados no valorables que provocan un perjuicio a la seguridad del paciente. Este proyecto se realiza en paralelo y en consonancia con la acreditación según la norma UNE EN ISO 15189.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo principal es optimizar los flujos de trabajo en el área de preanalítica, organizar la sistemática en la recepción de muestras de los centros de atención primaria, reducir la incidencia de errores, eliminar las tareas que no aportan valor al proceso y en general reducir el tiempo del proceso preanalítico.

MÉTODO

Las tareas que se van a desarrollar son:

1. Programa de reorganización de flujos y operaciones
2. Rediseño de espacios, disposición y mobiliario
3. Optimización de la centrifugación (interno/externo)
4. Sistematización de la entrada y vaciado de neveras.
5. Gestión de llamadas telefónicas (evaluación de consultas más frecuentes)
6. Optimización de rutas urbanas de transporte de neveras de centros de atención primaria
7. Reorganización de roles/jerarquía
8. Ingeniería de movimiento de carros de muestras
9. Análisis y protocolos de gestión de errores

INDICADORES

1. Impacto de la modificación de las rutas de transporte en los flujos de trabajo. Se evaluará la reducción de las puntas de trabajo en la llegada de neveras.
2. Tiempos de procesado de las muestras (desde la extracción a la validación de resultados). Se han medido antes de la puesta en marcha de los cambios y se evaluarán al finalizar el proyecto.
3. Número de llamadas telefónicas
4. Reducción de errores e incidencias en la gestión de muestras

Se realizan reuniones periódicas, semanales (duración breve) para evolución del proyecto y trimestrales para profundizar en los cambios realizados y futuras mejoras a implantar.

DURACIÓN

Inicio: Julio 2016
Fin: Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1038

1. TÍTULO

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº BIOQUIMICA CLINICA DEL H.MIGUEL SERVET. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS

Fecha de entrada: 03/02/2018

2. RESPONSABLE ANA BELEN LASIERRA MONCLUS
· Profesión BIOQUIMICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO RUIZ SARA
SANCHEZ GARCIA GLORIA
ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE
RODRIGUEZ VALLE ANA
IZQUIERDO ALVAREZ SILVIA
MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han revisado y actualizado las hojas de solicitud de estudios genéticos tanto prenatales como postnatales (a la espera de definir la nueva cartera de servicios para publicarlas oficialmente).

Seguimiento del Indicador: Cumplimentación de los registros.

Se cumple el objetivo: Los registros se cumplimentan correctamente por el personal implicado (% errores en la cumplimentación de los registros < 5%)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos de este proyecto, tras analizar las incidencias preanalíticas más frecuentes, son:

- a. Revisar y actualizar las hojas de petición de estudios genéticos tanto prenatales como postnatales. ALCANZADO.
- b. Definir los campos obligatorios a cumplimentar, cuya ausencia implicará rechazo de la muestra. ALCANZADO.
- c. Informar a los distintos centros de la comunidad de Aragón de los cambios realizados en las hojas de solicitud y de la importancia de su correcta cumplimentación. PENDIENTE de que se defina la actual cartera de servicios de Genética (por el grupo de trabajo del Salud).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha retrasado el proceso de acuerdo al cronograma establecido debido a que la cartera de servicios de los laboratorios se estaba definiendo a lo largo del año 2017. En concreto, para el área de Genética, en el último trimestre de 2017 tras una reunión con la Dirección General de Asistencia Sanitaria y con el Director de Área Coordinación Asistencial se ha acordado crear un grupo de trabajo para definir la cartera de servicios de Genética diferente al que estaba trabajando en la cartera de servicios de todos los laboratorios al tratarse de un área específica y con características particulares respecto al resto de laboratorios. Una vez quede definida, seguiremos adelante con el proyecto, es decir, enviar las nuevas hojas de solicitud a los diferentes centros y hospitales. Valorar la implantación de dichas hojas de solicitud y las repercusiones en el % de incidencias de preanalítica.

Por otro lado, seguimos trabajando en la revisión del procedimiento relativo a la preanalítica de la Sección de Genética Clínica y queremos ampliar el proceso a otras fases.

En estas tareas es muy importante el trabajo en equipo y la colaboración con diferentes servicios y personal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1038 ===== ***

Nº de registro: 1038

Título
SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA DEL HUMS. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1038

1. TÍTULO

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº BIOQUIMICA CLINICA DEL H.MIGUEL SERVET. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS

LASIERRA MONCLUS ANA BELEN, SERRANO RUIZ SARA, SANCHEZ GARCIA GLORIA, ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE, RODRIGUEZ VALLE ANA, IZQUIERDO ALVAREZ SILVIA, MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet acreditado según normal UNE-EN ISO 15189 por ENAC desde 2009 mantiene y amplía el alcance en distintas áreas del Servicio. En concreto, la sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida comenzó el año pasado con la implantación de un sistema de gestión de calidad.

La fase preanalítica se divide en varias etapas: petición analítica, preparación del paciente, obtención y recogida de muestras, transporte y conservación. La frecuencia de errores en la etapa preanalítica es importante, según varios autores representan entre 46 al 68,2% del total de errores en el proceso del laboratorio (Plebani 2006). La sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida presenta unas características diferentes al resto de áreas del Servicio de Bioquímica Clínica debido a que al ser centro de referencia se reciben numerosas muestras de distintos hospitales y centros sanitarios de toda la Comunidad Autónoma de Aragón. En el área preanalítica de genética se han detectado un elevado número de incidencias (falta de datos demográficos del paciente, no consta nombre del clínico y/o servicio peticionario, falta de datos clínicos, error en el tipo de tubo extraído, entre otros) que son esenciales para poder llevar a cabo el adecuado estudio genético (datos clínicos, tipo de tubo extraído) y para que el clínico solicitante y el paciente puedan recibir el informe genético final y el asesoramiento genético correspondiente en nuestra consulta (datos demográficos del paciente, nombre del clínico y/o servicio peticionario). Por tanto, es necesario llevar a cabo medidas que disminuyan estas incidencias y así reducir el elevado tiempo que el personal dedica a solucionarlas y las importantes repercusiones que conllevan para el paciente cuando no se consiguen solucionar.

La oportunidad de mejora es el seguimiento del proceso ya iniciado en la fase preanalítica, la implantación de medidas para reducir las incidencias preanalíticas y la ampliación del proceso a otras fases.

RESULTADOS ESPERADOS

Durante el año anterior se ha implantado un sistema de gestión de calidad en la sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida con sus correspondientes listados de personal y equipos, cualificación del personal, registros, etc. Se espera conseguir:

Continuar con el proceso en la fase preanalítica y ampliarlo.

Llevar a cabo una serie de medidas para reducir el elevado número de incidencias preanalíticas.

MÉTODO

- Una vez analizadas las incidencias preanalíticas más frecuentes se ha decidido:
 - Revisar y actualizar las hojas de petición de estudios genéticos tanto prenatales como postnatales.
 - Definir los campos obligatorios a cumplimentar, cuya ausencia implicará rechazo de la muestra.
 - Informar a los distintos centros de la comunidad de Aragón de los cambios realizados en las hojas de solicitud y de la importancia de su correcta cumplimentación.
- Revisión del procedimiento relativo a la preanalítica de la Sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida y finalización de su desarrollo.
- Formación del personal implicado en todo el proceso.
- Elaboración de indicadores de calidad, registro, evaluación y mejora de los mismos.
- Gestión de No conformidades, acciones correctivas y preventivas.
- Evaluación de las medidas llevadas a cabo sobre el número de incidencias preanalíticas.

INDICADORES

- Indicador: Actualización de las hojas de petición de genética.

Estándar: Se han revisado y actualizado las hojas de solicitud de estudios genéticos

Evaluación: Diciembre 2016

- Indicador: Formación del personal implicado en el proceso.

Estándar: N° de personas cualificadas/n° de personas implicadas en el proceso > 95%

Evaluación: al final del proyecto

- Indicador: Cumplimentación de los registros.

Estándar: Los registros se cumplimentan correctamente por el personal implicado (% errores en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1038

1. TÍTULO

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº BIOQUIMICA CLINICA DEL H.MIGUEL SERVET. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS

cumplimentación de los registros < 5%).

Análisis: mensual

Evaluación: bimensual

4. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de preanalítica.

Estándar: El porcentaje de incidencias disminuye en un 10%.

Análisis: mensual

Evaluación: semestral

DURACIÓN

Cronograma:

Octubre - Diciembre 2016: actualización de las hojas de petición de estudios genéticos tanto prenatales como postnatales y definición de los campos obligatorios a cumplimentar.

Diciembre 2016 - Enero 2017: información a los distintos centros.

Noviembre 2016 - 2017: registro de los indicadores y evaluación de los mismos.

2017: Evaluación del proyecto y elaboración de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CESAR MARQUEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA
GARCIA GONZALEZ ELENA
GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ
RELLO VARAS LUIS
PUZO FONCILLAS JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)

Durante 2017 se han revisado los procedimientos técnicos de los alcances ya acreditados y se han actualizado aquellos que procedía: Procedimiento de Cobre y Cinc (PTA-01_Z2(E)M_L-BQ, revisión K, 12/09/2017), Aluminio, Selenio y Plomo (PTA-02_Z2(E)M_L-BQ, revisión K 25/09/2017), Bioquímica general (PTA-03_Z2(E)M_L-BQ, revisión O, 27/09/2017), Inmunquímica (PTA-06_Z2(E)M_L-BQ, revisión H, 27/09/2017), Proteínas por Nefelometría (PTA-05_Z2(E)M_L-BQ, revisión G, 20/09/2017), HbA1c por HPLC (PTA-08_Z2(E)M_L-BQ, revisión G, 04/04/2017), Cribado Prenatal (PTA-11_Z2(E)M_L-BQ, revisión C, 31/08/2017). Para el nuevo alcance se ha elaborado el Procedimiento de Análisis de Inmunquímica mediante el BIO-FLASH (PTA-12_Z2(E)M_L-BQ, revisión A, 13/09/2017), así como el registro de actividades de mantenimiento del equipo. Otros procedimientos actualizados han sido el Manual de Acogida del Servicio de Bioquímica Clínica (PTG-01_Z2(E)M_L-BQ, revisión L, 20/07/2017) y el de Posanalítica e informes del Cribado Neonatal (PTG-05_Z2(E)M_L-BQ, revisión F, 03/04/2017).

2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)

Se ha realizado el seguimiento mensual y evaluación de los indicadores definidos en el sistema de calidad del servicio. Se detallan en el siguiente apartado.

3. Evaluación y seguimiento del mapa de riesgos (Responsable de Calidad)

Tras el análisis modal de fallos y efectos y la evaluación del mapa de riesgos se evidenció que la fase preanalítica es en la que existe mayor probabilidad de errores por lo que se han realizado acciones encaminadas a la reducción de errores, incidencias y mejora de todo el proceso. Las mejoras introducidas se describen en el proyecto de mejora del área de preanalítica.

4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)

Se realiza seguimiento diario y mensual o trimestralmente se evalúan los resultados en función de las especificaciones de calidad definidas para cada parámetro acreditado.

5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)

Se participa en diferentes programas de intercomparación para la realización de controles externos de los parámetros acreditados. La periodicidad es mensual o bimensual.

6. Auditoría interna

La auditoría interna se realizó el 3 de abril de 2017 en la que se realizó seguimiento de los alcances acreditados.

7. Auditoría externa de ENAC

La auditoría externa de ENAC se celebró el 22 y 23 de Noviembre de 2017, la auditoría fue de seguimiento para los alcances acreditados y ampliación del alcance de Inmunquímica mediante el BIO-FLASH (Marcadores de enfermedad celíaca y Anticuerpo Péptido Cíclico citrulinado).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha superado satisfactoriamente la auditoría interna. En el caso de las desviaciones detectadas durante la auditoría se han implantado acciones correctivas y actualizado los procedimientos analíticos si procedía.

Tras la auditoría externa realizada por ENAC se han implantado un plan de acciones correctivas que se ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

enviado a ENAC. Está pendiente la resolución de la comisión encargada del expediente.

EVALUACIÓN DE INDICADORES FASE PREANALÍTICA

1. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado
Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras
Estándar: >85%

Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 99.5%

Los resultados en global son satisfactorios. Tras las modificaciones implantadas en el mes de febrero de 2017 con el desdoblamiento de las rutas urbanas debido a la incorporación de una furgoneta más de reparto, se han reducido los tiempos de transporte de aquellos centros de inicio de ruta. Los cambios se han realizado en 2 de las rutas urbanas del sector Z2.

2. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido

Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4°C y 26°C

Estándar: <5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 0%

Resultados satisfactorios.

3. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria

Estándar: <5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 0.1%

Resultados satisfactorios. Las mejoras introducidas en el área de preanalítica durante 2017 y el contacto con los centros de salud han ido encaminadas a la reducción de incidencias en la extracción de muestras (principalmente identificación de las muestras y selección correcta de los contenedores).

4. Indicador: Porcentaje de muestras hemolizadas

Criterio: Las muestras de suero / plasma no han de estar hemolizadas

Estándar: <5% (Excepto muestras procedentes del Hospital Infantil y Urgencias)

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 3.16%

Se cumple el estándar establecido (hemólisis < 5%) en todos los centros excepto en los consultorios (supraestimados por el bajo número de muestras totales) y puntualmente el C.S. Canal Imperial San José Sur en septiembre. También superan el estándar Urgencias (16,78%), aunque ha disminuido respecto a años anteriores y Hospital Infantil (10,91%) pero es debido al tipo de pacientes. La media total de hemólisis no supera el estándar por lo que se consideran resultados aceptables.

5. Indicador: Gestión de la demanda analítica: Ampliar el número de parámetros con criterios de restricción de repeticiones

Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado

Estándar: >5 %

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: En el caso del proBNP la media anual del porcentaje de muestras rechazadas se encuentra dentro del estándar establecido. Para los parámetros Hb Alc, Proteínas, Proteinograma, Marcadores de enfermedad celíaca, Vitamina B12, Ácido Fólico y Anticuerpo cíclico citrulinado, el porcentaje oscila entre 0,1 y 4. Se constata que existe un buen ajuste de la demanda de estos parámetros debido a que son principalmente pruebas que se solicitan desde primaria o consultas externas.

Cribado neonatal

6. Indicador: Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados

Criterio: La impregnación de los papeles de filtro ha de ser completa y uniforme para su análisis

Estándar: < 1%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 0.25%

7. Indicador: Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio.

Criterio: Los tiempos de recepción de muestras desde la extracción por cada centro han de ser inferiores o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

iguales a 3 días en Aragón e inferiores o iguales a 5 días fuera de Aragón

Estándar: = 3-5 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Los resultados son satisfactorios. Desde el mes de junio se ha resuelto la desviación de las muestras procedentes del H. Arnau de Vilanova de Lérida (neonatos pertenecientes a Fraga).

8. Indicador: Edad a la extracción

Criterio: La edad a la extracción de la primera muestra ha de estar entre el segundo y tercer día de nacimiento

Estándar: Entre 2 y 3 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Correctos para todos los centros.

FASE ANALÍTICA

9. Indicador: Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo)

Criterio: Los resultados de los programas de Intercomparativos han de ser satisfactorios

Estándar: >90%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 96.2% Satisfactorio

Cribado neonatal

10. Indicador: Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos

Criterio: El análisis de las muestras en el espectrómetro de masas no ha de presentar incidencias en todo el proceso analítico

Estándar: < 5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 3.18%. Satisfactorio

FASE POSTANALÍTICA

11. Indicador: Tiempos de respuesta (Porcentaje de cumplimiento de los tiempos de respuesta de cada determinación o grupo de parámetros dentro del tiempo de respuesta pactado).

Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado

Estándar: >95%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 98,1% Satisfactorio

12. Indicador: Registro de Comunicación de resultados de alarma

Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma ha de realizarse en menos de 48 horas.

Estándar: < 5% notificaciones más de 48h

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Las notificaciones se han enviado en tiempo correcto, se ha evaluado el porcentaje de notificaciones abiertas en un tiempo superior a 48 horas (estándar <5 %). La media anual del porcentaje de notificaciones de resultados críticos abiertas en un tiempo inferior a 24 h ha sido de 94% mientras que las abiertas en un tiempo superior a 48h del 4,9%. A lo largo del año el número de notificaciones no abiertas ha disminuido ligeramente, con una media del 19,3%. Las consultas de Cardiología, Oncología, Medicina Interna, Urología y las consultas de Pediatría son las que acumulan mayor porcentaje de notificaciones no abiertas. Siguen existiendo notificaciones que se abren pasadas las 48 h, varios meses superando el 5%.

Cribado neonatal

13. Indicador: Edad al informe del cribado neonatal

Criterio: El tiempo para la emisión de resultados del cribado neonatal no debe superar los 12 días de vida del recién nacido

Estándar: Igual/ Inferior a 12 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Satisfactorios. Desde el mes de junio se ha resuelto la desviación de las muestras procedentes del H. Arnau de Vilanova de Lérida (neonatos pertenecientes a Fraga).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El sistema de gestión de la calidad está correctamente implantado en el servicio de Bioquímica Clínica, el objetivo es la ampliación progresiva de los alcances con la incorporación de las diferentes áreas del laboratorio. Durante este año se ha conseguido solucionar la desviación con las muestras de cribado neonatal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

del área de Fraga y procedentes del hospital de Lérida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1076 ===== ***

Nº de registro: 1076

Título
SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Autores:
CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA, GARCIA GONZALEZ ELENA, GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ, RELLO VARAS LUIS, PUZO FONCILLAS JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Acreditación Laboratorios
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007. La última auditoría realizada por ENAC en junio de 2016 se evaluó todo el sistema de gestión de la calidad, incluyendo los objetivos e indicadores de los alcances ya acreditados y las ampliaciones y en septiembre se comunicó la resolución de la comisión de acreditación. Los alcances acreditados engloban las áreas de Bioquímica General, Inmunoquímica, Proteínas, Metales, Cribado Neonatal, Hemoglobina glicosilada, Hormonas y Cribado Prenatal.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica para mantener y ampliar la acreditación que asegura la competencia técnica en todos los procesos de laboratorio. Para ello se ha establecido un sistema documental de todos los procesos (fases preanalítica, analítica y postanalítica) así como objetivos e indicadores que evalúan periódicamente todas las fases y posibilita la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

MÉTODO
Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en las indicadas por la norma.
1.Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
2.Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)
3.Evaluación y seguimiento del mapa de riesgos (Responsable de Calidad)
4.Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)
5.Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
6.Auditoría interna
7.Auditoría externa de ENAC

INDICADORES
Fase Pre-analítica:
1. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado. Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras. Estándar: >85%
2. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido. Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4°C y 25°C. Estándar: <5%
3. Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria. Estándar: <5%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

- 4. Porcentaje de muestras hemolizadas. Estándar: <5%
- 5. Gestión de la demanda analítica. Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado. Estándar: >5%
- 6. Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados. Estándar: <1%
- 7. Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio. Estándar: 3 - 4 días
- 8. Edad a la extracción. Estándar: 2 - 3 días
- Fase Analítica:
- 9. Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo). Estándar: >90%
- 10. Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos. Estándar: < 5%
- Fase Post- analítica:
- 11. Tiempos de respuesta. Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado. Estándar: < 5%
- 12. Registro de Comunicación de resultados de alarma. Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma han de realizarse en menos de 48 horas. Estándar: >95%

Análisis: Mensual. Evaluación: Anual

DURACIÓN

Inicio: Septiembre 2016

Fin: Junio 2017

Auditoría interna: Noviembre 2016

Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Diciembre 2016 - Enero 2017.

Registro y Evaluación de Indicadores: Enero 2016 - Diciembre 2016

Revisión del sistema de calidad: Abril 2017

Auditoría externa: Diciembre 2017

Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Diciembre 2017 - Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE GUILLERMO HERNANDEZ DE ABAJO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES
GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA
GARCIA GONZALEZ ELENA
GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ
GRACIA MATILLA MARIA ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)

Durante 2019 se han revisado los procedimientos técnicos de los alcances ya acreditados y se han actualizado aquellos que procedía: Postanalítica e informes: Aminoácidos y Acilcarnitinas (PTG-05_Z2(E)M_L-BQ, revisión G, 03/05/2019), Preatalítica del Cribado Neonatal (PTP-03_Z2(E)M_L-BQ, revisión D, 02/05/2019), Guía rápida: Preatalítica del Cribado neonatal (PTP-04_Z2(E)M_L-BQ, revisión D, 3/05/2019), Procedimiento de Análisis de Cobre y Zinc (PTA-01_Z2(E)M_L-BQ, revisión L, 04/04/2019), Procedimiento de Análisis de Plomo, Selenio y Aluminio (PTA-02_Z2(E)M_L-BQ, revisión L, 03/04/2019), Procedimiento de Análisis de Bioquímica General (PTA-03_Z2(E)M_L-BQ, revisión Q, 07/05/2019), Resumen diario de trabajo de Bioquímica General (PTA-03-2_Z2(E)M_L-BQ, revisión D, 12/02/2019), Procedimiento de Análisis Inmunoquímica (PTA-06-2_Z2(E)M_L-BQ, revisión J, 07/05/19), Procedimiento de Análisis de Aminoácidos y Acilcarnitinas por Espectrometría de Masas (PTA-07-2_Z2(E)M_L-BQ, revisión H, 03/05/19), Procedimiento de Análisis de Hemoglobina Glicosilada mediante HPLC (PTA-08-2_Z2(E)M_L-BQ, revisión H, 03/05/2019), Procedimiento de Análisis de Inmunoquímica mediante el Architect i-2000SR (PTA-09-2_Z2(E)M_L-BQ, revisión E, 09/02/2019), Procedimiento Análisis TSH, 17-Hidroxiprogesterona y Tripsina Inmunoreactiva por Delfia (PTA-10-2_Z2(E)M_L-BQ, revisión F, 02/05/2019) y Procedimiento de Análisis de Cribado prenatal mediante el inmunoanализador Delfia Xpress (PTA-11-2_Z2(E)M_L-BQ, revisión D, 09/02/2019).

2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)

Se ha realizado el seguimiento mensual y evaluación de los indicadores definidos en el sistema de calidad del servicio. Se detallan en el siguiente apartado.

3. Validación de nuevos métodos o nueva tecnología. Evaluación del cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)

En el 2019 se ha realizado la verificación y validación de la 25(OH)Vit. D por cambio en la metodología, con el objetivo de ampliar el alcance en el 2020. Los resultados se evalúan con las especificaciones de calidad que recomiendan las sociedades científicas de laboratorio clínico y son satisfactorios.

4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)
Se realiza seguimiento diario y mensual, se evalúan los resultados en función de las especificaciones de calidad definidas para cada parámetro acreditado.

5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
Se participa en diferentes programas de intercomparación para la realización de controles externos de los parámetros acreditados. La periodicidad es mensual, bimensual y semestral.

6. Realización de la Revisión por la Dirección (Responsable de Calidad y Director de Laboratorio).

La reunión para la revisión del sistema de calidad se realizó el 28 de Mayo de 2019 y en ella se detallaron los aspectos requeridos en la revisión durante 2018 y los objetivos y necesidades para 2019.

7. Auditoría interna

La auditoría interna se realizó el 20 de Febrero de 2019 con la correspondiente apertura de No conformidades y las consecuentes acciones correctivas posteriores para cerrarlas.

8. Auditoría externa de ENAC

La auditoría externa de ENAC se realizó el día 3 de Junio de 2019 con la correspondiente apertura de No conformidades, todas ellas cerradas tras el plan de acciones correctivas, y ampliación del alcance de la acreditación del laboratorio con las pruebas EPO y GH de la sección de hormonas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Evaluación de indicadores:

INDICADORES FASE PRE-ANALÍTICA:

1. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado
Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras
Estándar: >85%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Pendiente de evaluación

2. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido
Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4°C y 26°C
Estándar: <5%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Pendiente de evaluación

3. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria
Estándar: <5%
Análisis: Trimestral
Evaluación: Anual
Resultado: 0.04%
Los resultados se consideraron satisfactorios

4. Indicador: Porcentaje de muestras hemolizadas
Criterio: Las muestras de suero / plasma no han de estar hemolizadas
Estándar: <5% (Excepto muestras procedentes del Hospital Infantil y Urgencias)
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 1.33%
Se cumple el estándar establecido (hemólisis < 5%) a excepción de las muestras procedentes de Urgencias (15.69%), y de Hospital Infantil (16.36%) pero es debido al tipo de pacientes. La media total de hemólisis no supera el estándar por lo que se consideran resultados aceptables.

5. Indicador: Gestión de la demanda analítica: Ampliar el número de parámetros con criterios de restricción de repeticiones
Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado
Estándar: >5 %

Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Se incorporan como parámetros a la gestión de la demanda la Vitamina D y la gestión del perfil tiroideo, como iniciativa del grupo de mejora de gestión de la demanda del servicio, con resultados favorables. Tanto en el caso del proBNP como de la Mioglobina, la media anual del porcentaje de muestras rechazadas se encuentra dentro del estándar establecido. Para los parámetros Hb Alc, Proteínas, Proteinograma, Marcadores de enfermedad celíaca, Vitamina B12, Ácido Fólico y Anticuerpo cíclico citrulinado, el porcentaje oscila entre 0,1 y 3. Se constata que existe un buen ajuste de la demanda de estos parámetros debido a que son principalmente pruebas que se solicitan desde primaria o consultas externas.

Cribado neonatal

6. Indicador: Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados
Criterio: La impregnación de los papeles de filtro ha de ser completa y uniforme para su análisis
Estándar: < 1%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 0.38%

7. Indicador: Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio.
Criterio: Los tiempos de recepción de muestras desde la extracción por cada centro han de ser inferiores o iguales a 3 días en Aragón e inferiores o iguales a 4 días fuera de Aragón
Estándar: = 3-4 días
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Resultado: No se cumple el indicador en algunos meses para los del CS Fraga. Nos ponemos en contacto con ellos.

8. Indicador: Edad a la extracción

Criterio: La edad a la extracción de la primera muestra ha de estar entre el segundo y tercer día de nacimiento

Estándar: Entre 2 y 3 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Resultados satisfactorios.

INDICADORES FASE ANALÍTICA:

9. Indicador: Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo)

Criterio: Los resultados de los programas de Intercomparativos han de ser satisfactorios

Estándar: >90%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Pendiente la evaluación anual.

Cribado neonatal

10. Indicador: Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos

Criterio: El análisis de las muestras en el espectrómetro de masas no ha de presentar incidencias en todo el proceso analítico

Estándar: < 5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 2.41%. Satisfactorio

INDICADORES FASE POST-ANALÍTICA:

11. Indicador: Tiempos de respuesta (Porcentaje de cumplimiento de los tiempos de respuesta de cada determinación o grupo de parámetros dentro del tiempo de respuesta pactado).

Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado

Estándar: >95%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 92,2%. Se habla con los responsables técnicos de las secciones correspondientes donde no cumplen para detectar la causa, generalmente debida a problemas en los equipos y cambio de métodos.

12. Indicador: Registro de Comunicación de resultados de alarma

Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma ha de realizarse en menos de 48 horas.

Estándar: < 5% notificaciones más de 48h

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Las notificaciones se han enviado en tiempo correcto, se ha evaluado el porcentaje de notificaciones abiertas en un tiempo superior a 48 horas (estándar <5 %). La media anual del porcentaje de notificaciones de resultados críticos abiertas en un tiempo inferior a 24 h ha sido de 89.8% mientras que las abiertas en un tiempo superior a 48h del 3.2%, similar al año anterior. A lo largo del año el número de notificaciones no abiertas ha disminuido ligeramente, con una media del 11.7%, menor al año anterior. Las consultas de Cardiología, Oncología, Medicina Interna, Urología y las consultas de Pediatría son las que acumulan mayor porcentaje de notificaciones no abiertas.

Cribado neonatal

13. Indicador: Edad al informe del cribado neonatal

Criterio: El tiempo para la emisión de resultados del cribado neonatal no debe superar los 12 días de vida del recién nacido

Estándar: Igual/ Inferior a 12 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: No se cumple el indicador en algunos meses para las pruebas del talón remitidas por la Clínica del Perpetuo Socorro (Lérida). Nos ponemos en contacto con ellos.

El sistema de gestión de la calidad del laboratorio de Bioquímica clínica se mantiene y continúa ampliando el alcance de la acreditación mediante la incorporación de nuevas pruebas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

El sistema de gestión de la calidad está correctamente implantado en el servicio de Bioquímica Clínica, el objetivo es la ampliación progresiva de los alcances con la incorporación de las diferentes áreas del laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1076 ===== ***

Nº de registro: 1076

Título
SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Autores:
CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA, GARCIA GONZALEZ ELENA, GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ, RELLO VARAS LUIS, PUZO FONCILLAS JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Acreditación Laboratorios
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007.
La última auditoría realizada por ENAC en junio de 2016 se evaluó todo el sistema de gestión de la calidad, incluyendo los objetivos e indicadores de los alcances ya acreditados y las ampliaciones y en septiembre se comunicó la resolución de la comisión de acreditación.
Los alcances acreditados engloban las áreas de Bioquímica General, Inmunoquímica, Proteínas, Metales, Cribado Neonatal, Hemoglobina glicosilada, Hormonas y Cribado Prenatal.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica para mantener y ampliar la acreditación que asegura la competencia técnica en todos los procesos de laboratorio. Para ello se ha establecido un sistema documental de todos los procesos (fases preanalítica, analítica y postanalítica) así como objetivos e indicadores que evalúan periódicamente todas las fases y posibilita la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

MÉTODO
Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en las indicadas por la norma.
1.Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
2.Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)
3.Evaluación y seguimiento del mapa de riesgos (Responsable de Calidad)
4.Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)
5.Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
6.Auditoría interna
7.Auditoría externa de ENAC

INDICADORES
Fase Pre-analítica:
1. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado. Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras. Estándar: >85%
2. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido. Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4°C y 25°C. Estándar: <5%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

3. Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria. Estándar: <5%
 4. Porcentaje de muestras hemolizadas. Estándar: <5%
 5. Gestión de la demanda analítica. Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado. Estándar: >5%
 6. Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados. Estándar: <1%
 7. Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio. Estándar: 3 - 4 días
 8. Edad a la extracción. Estándar: 2 - 3 días
- Fase Analítica:
9. Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo). Estándar: >90%
 10. Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos. Estándar: < 5%
- Fase Post- analítica:
11. Tiempos de respuesta. Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado. Estándar: < 5%
 12. Registro de Comunicación de resultados de alarma. Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma han de realizarse en menos de 48 horas. Estándar: >95%

Análisis: Mensual. Evaluación: Anual

DURACIÓN

Inicio: Septiembre 2016

Fin: Junio 2017

Auditoría interna: Noviembre 2016

Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Diciembre 2016 - Enero 2017.

Registro y Evaluación de Indicadores: Enero 2016 - Diciembre 2016

Revisión del sistema de calidad: Abril 2017

Auditoría externa: Diciembre 2017

Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Diciembre 2017 - Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE LUIS BANCALERO FLORES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GORRIZ PINTADO SILVIA
ESCOBAR CONESA ROCIO
FRAU SOCIAS CRISTINA
LAHOZ ALONSO RAQUEL
MUÑOZ RIVERO MARTA
CAVERO BARON MARIA ALICIA
ABADIA SANZ ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diseño de los indicadores de riesgo : abril 2018
Elaboración indicador riesgo en SIL : mayo 2018
Elaboración medidas higienico dieteticas : mayo 2018
Primera reunión : mayo 2018
Segunda reunion : febrero 2018
Sesión clinica
Comunicaciones a jornadas de calidad, congreso nacional e internacional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número de pacientes a los que se les aplica la valoración del riesgo: 207307 (100%)
Número de pacientes sin riesgo litogénico detectado : 97372 (46,9%)
Número de pacientes con riesgo litogénico detectado : 2160 (1,04%)
Número de pacientes con riesgo en los que se adoptan medidas higienico dietéticas: 1680 (78%)
Número de pacientes con riesgo litogénico que mantienen adherencia a las medidas higienico dietéticas: se estan elaborando datos
Número de pacientes que presentan mejoría de su riesgo litogénico: se estan elaborando datos
Número de pacientes que no presentan mejoría de su riesgo litogénico: se estan elaborando datos
Número de pacientes que no presentan mejoría de su riesgo litogénico a los que se amplía estudio metabólico: se estan elaborando datos
Numero de reuniones entre los responsables del laboratorio y los profesionales de los Centros de Salud de referencia: 2 reuniones en 8 meses

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo es positiva. Se ha acordado el incluir en el informe del analisis de bioquímica las recomendaciones higienico dieteticas para conseguir elevar el número de pacientes a los que se les implementen las medidas. Ha quedado pendiente el poder acceder a la base de OMI para poder recoger con fiabilidad los datos desde los centros de salud. La recogida de los datos al no disponer de acceso a OMI es muy laboriosa. La aceptación y valoración positiva de este proyecto a congresos nos hace pensar en su proyección y replicación en otros centros, ya que la tecnología aplicada es de facil disposición y economicamente accesible.

7. OBSERVACIONES.

El periodo de estudio no ha alcanzado un año, por lo que su valoración y resultados son parciales.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/255 ===== ***

Nº de registro: 0255

Título
IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA

Autores:
BANCALERO FLORES JOSE LUIS, GORRIZ PINTADO SILVIA, ESCOBAR CONESA ROCIO, FRAU SOCIAS CRISTINA, LAHOZ ALONSO RAQUEL, MUÑOZ RIVERO MARTA VIRIDIANA, COMPAIRED ARAGÜES VICENTE, ABADIA SANZ ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La litiasis renal es una de las afecciones más comunes de la sociedad moderna, constituyendo un importante problema de salud que además asocia una gran carga económica. La naturaleza de la litiasis varía según la edad y el sexo, viéndose también influenciada por factores dietéticos, climáticos y de estilo de vida entre otros. A pesar de los avances que se han producido en el manejo de dicha patología, ésta continúa siendo una enfermedad con alta tasa de recurrencia.

En los últimos años son varios los trabajos que hacen referencia a un aumento en su prevalencia sobre todo en países desarrollados.

La litiasis urinaria es además una enfermedad con alta tasa de recurrencia. Se estima que tras un primer episodio, entre el 30% y el 50% recurrirá en los próximos 5-10 años. En un trabajo publicado en 2016 sobre la epidemiología de la litiasis renal en España realizado mediante encuesta telefónica a nivel nacional (Estudio PreLiRenE) se observó un 52,8% de recurrencia, encontrándose nuestra Comunidad Autónoma de Aragón en una horquilla de prevalencia establecida entre el 14 - 16%.

Se puede mejorar la calidad asistencial con la implantación en el informe del sedimento urinario del resultado de RIESGO litogénico detectado en el mismo, por la valoración clínica de diversos parámetros de la cristaluria procedentes del estudio de la naturaleza química de los cristales, fascies cristalinas, talla de los cristales, tasa de agregación y maclación, y el volumen cristalino global.

El objetivo de calidad de este proyecto es la detección y comunicación al médico especialista de Atención Primaria y A. Especializada de riesgo litogénico en su paciente tanto en edad pediátrica como adulto, por el estudio del sedimento urinario, así como la implantación y seguimiento por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de medidas higiénico dietéticas para la prevención de la enfermedad litogénica renal.

RESULTADOS ESPERADOS

Envío del informe de riesgo litogénico al médico solicitante.

Seguimiento de la cristaluria en los pacientes detectados con riesgo litogénico.

Valoración de la adherencia a las medidas higiénico dietéticas.

Proporcionar colaboración y coordinación a los profesionales de atención primaria en la adecuación de las medidas higiénico dietéticas según la naturaleza cristalina.

Prevención de la litiasis renal y sus comorbilidades asociadas en los pacientes desde Atención Primaria

Mejora de la calidad asistencial de los pacientes aragoneses potenciando la labor de la Atención Primaria clave en la mejora de la salud de los ciudadanos.

MÉTODO

Inclusión en el informe de laboratorio de los pacientes estudiados, del resultado del sedimento urinario con la detección de "riesgo litogénico".

El FEA de la Sección implicada del laboratorio (Nefrolitiasis) prestará su colaboración en la valoración del mismo y en la personalización de las medidas higiénico dietéticas a tomar.

Reuniones de información y formación entre los responsables y los profesionales de atención primaria de los centros de salud de referencia que se soliciten.

Indicador de ALERTA (Riesgo) en OMI Atención Primaria en segunda fase.

INDICADORES

Número de pacientes a los que se les aplica la valoración del riesgo. 100% de pacientes de rutina con sedimento urinario (A. Especializada y A. Primaria).

Número de pacientes sin riesgo litogénico detectado x1000

Número de pacientes con riesgo litogénico detectado x1000

Número de pacientes con riesgo en los que se adoptan medidas higiénico dietéticas. >75% primer año- >85% segundo año

Número de pacientes con riesgo litogénico que mantienen adherencia a las medidas higiénico dietéticas. >70% primer año- >85% segundo año

Número de pacientes que presentan mejoría de su riesgo litogénico. >70% primer año- >85% segundo año

Número de pacientes que no presentan mejoría de su riesgo litogénico.<20% primer año- < 15% segundo año

Número de pacientes que no presentan mejoría de su riesgo litogénico a los que se amplía estudio metabólico. >75% primer año- >85% segundo año.

Numero de reuniones entre los responsables del laboratorio y los profesionales de los Centros de Salud de referencia. Min : 3 reuniones/año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA

DURACIÓN

La duración completa del proyecto se estima en 12 meses, para su verificación, prolongable otros 12 meses en una segunda fase para su mejora y extensión a otros sectores sanitarios.

Elaboración indicador de RIESGO en el SIL: mayo 2018

Elaboración de recomendaciones y medidas higiénico dietéticas específicas: mayo 2018.

Primera reunión: Junio 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0258

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR LARREA ORTIZ-QUINTANA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BANCALERO FLORES JOSE LUIS
SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS
FRAU SOCIAS CRISTINA
LATORRE MARCELLAN PEDRO
VALLEJO GIL JOSE MARIA
DIEZ MANGLANO JESUS
LACLERIGA GIMENEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se recogen los resultados de albúmina sérica, colesterol total, linfocitos totales y el índice de alerta nutricional CONUT de 728 pacientes con analítica de ingreso y distribuidos por los servicios de Medicina Interna/Paciente Crónico Complejo, Cirugía Cardíaca y Traumatología/U.F.Cadera/Tumores, desde su implantación hasta febrero del 2019.

Los pacientes se agrupan según estado nutricional y el servicio peticionario. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar y las cualitativas en porcentajes.

La alerta nutricional generada ya se incluye en el SIL con lo que con posterioridad el médico peticionario podría realizar una valoración nutricional más exhaustiva para seleccionar a los pacientes que puedan beneficiarse del soporte nutricional adecuado a su situación.

Se realizan reuniones con:

1. los responsables de los servicios involucrados en el proyecto para valorar la evolución del mismo: 2 reuniones
2. y con miembros de la Comisión de Nutrición: 1 reunión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La media de edad de los pacientes es de $77 \pm 14,31$ años, siendo 48% hombres.

Medicina interna/ Paciente crónico complejo: El 43% presentan una alerta nutricional baja, el 49% moderada y el 8% una alerta nutricional alta. Edad media 76.81 ± 14.31

Traumatología/UF cadera: El 26% presentan una alerta nutricional baja, el 55% moderada y el 19% una alerta nutricional alta. Edad media 80.784 ± 15.28

Cirugía cardíaca: El 77% presentan una alerta nutricional baja, el 13% moderada y el 0% una alerta nutricional alta. Edad media: 73.72 ± 11.28

El servicio que más ingresos presenta es medicina interna, siendo éste junto con traumatología/U.F. cadera, en el que los pacientes presentan peor estado nutricional, debido a la avanzada edad y su morbilidad asociada, así como sus ingresos por vía urgencias. Por el contrario, los pacientes sometidos a cirugía cardíaca tienen una edad media inferior y mayoritariamente ingresan de forma programada para tratamiento.

INDICADORES

Número de pacientes a los que se les aplica el score: 728

Número de pacientes con Alerta nutricional Baja: 45%

Número de pacientes con Alerta nutricional Moderada: 47%

Número de pacientes con Alerta nutricional Alta: 8%

Número de pacientes que presentan mejoría en la evolución del estado nutricional: pendiente de resultados. Ver observaciones

Número de pacientes que presentan empeoramiento en la evolución del estado nutricional: pendiente de resultados. Ver observaciones

Número de pacientes que no presentan mejoría ni empeoramiento en la evolución del estado nutricional: pendiente de resultados. Ver observaciones

Numero de reuniones entre el servicio y la Comisión de Nutrición: 3 reuniones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es un sistema de filtro automatizado, sencillo, rápido y económico para el cribado nutricional de los pacientes ingresados en el hospital.

Supone un valor añadido a la información que aporta el Laboratorio Clínico.

Permite detectar pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, e iniciar oportunamente el soporte nutricional adecuado.

En las reuniones se acuerda:

1. Modificar el concepto de estado nutricional por el de " alerta nutricional"
2. Establecer sólo indicadores de alerta nutricional baja moderada y alta, con lo que se modifican los indicadores planteados inicialmente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0258

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

7. OBSERVACIONES.

La reciente renovación tecnológica de la sección de Bioquímica General iniciada el segundo semestre del 2018 ha llevado a una evaluación parcial de los resultados. Se valora de especial interés por parte de los FEA Clínicos participantes el que dicha alerta nutricional se refleje en el informe de laboratorio, situación que conllevaría a un nuevo proyecto asistencial a considerar por las direcciones Asistenciales y la jefatura de Servicio. La aceptación y valoración positiva de este proyecto nos hace pensar en su proyección y replicación en otros centros, ya que la tecnología aplicada está disponible en un alto porcentaje de los centros hospitalarios.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/258 ===== ***

Nº de registro: 0258

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LARREA ORTIZ QUINTANA MARIA DEL MAR, BANCALERO FLORES JOSE LUIS, SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS, FRAU SOCIAS CRISTINA, LATORRE MARCELLAN PEDRO, VALLEJO GIL JOSE MARIA, DIEZ MANGLANO JESUS, LACLERIGA GIMENEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Desnutrición en paciente complejo medicoquirurgico.
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La desnutrición hospitalaria constituye un grave problema con importantes repercusiones clínicas y económicas. Se estima que la prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre el 30-55%. Es altamente conocida la relación entre esta desnutrición y el incremento de las tasas de morbi-mortalidad, como afectaciones del aparato digestivo, función cardiorrespiratoria, sistema endocrino, procesos de cicatrización y curación de heridas, así como aumento de las complicaciones postoperatorias y prolongación de la estancia hospitalaria, con el consiguiente aumento del costo de la asistencia hospitalaria. Se puede mejorar la calidad asistencial con la implantación de un sistema de detección de desnutrición para la totalidad de los pacientes ingresados sin costes adicionales. Además de la vigilancia de la incidencia de nuevos casos, su seguimiento y aplicación del procedimiento para la mejoría de la situación del paciente, con los consiguientes beneficios tanto clínico-asistenciales como económicos. Por todo ello, se utilizan diferentes métodos de cribado para la detección de la desnutrición hospitalaria. Uno de ellos es el método CONUT, en él, se aplica un score dependiendo de las concentraciones de albúmina, linfocitos y colesterol, clasificando a los pacientes en riesgo por desnutrición normal, leve, moderada y severa. El objetivo de calidad de este proyecto es la implantación y cálculo de este score en pacientes ingresados mayores de 40 años, a los que se les realiza una analítica con los 3 parámetros básicos, valoración de su estado nutricional y consiguiente informe al médico responsable, así como su seguimiento semanal

RESULTADOS ESPERADOS

Envío de informe al médico solicitante.
Seguimiento del estado nutricional mientras se encuentre ingresado.
Proporcionar ayuda en la priorización de pacientes que deben ser tratados por desnutrición
Prevención de comorbilidades asociadas a la desnutrición en el paciente ingresado
Mejora de la calidad asistencial en pacientes ingresados

MÉTODO

Inclusión en el informe de laboratorio de los pacientes ingresados, del resultado del cálculo del score con un comentario interpretativo del estado de desnutrición.
El facultativo que valida las peticiones de bioquímica revisará todas las peticiones realizadas de pacientes ingresados y valorará el estado previo y la evolución del score durante el ingreso.
Reuniones entre los responsables con la Comisión de Nutrición del Hospital Miguel Servet.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0258

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

INDICADORES

Número de pacientes a los que se les aplica el score.
Número de pacientes con estado nutricional normal.
Número de pacientes con estado de desnutrición leve.
Número de pacientes con estado de desnutrición moderado.
Número de pacientes con estado de desnutrición severo.
Número de pacientes que presentan mejoría en la evolución del estado nutricional
Número de pacientes que presentan empeoramiento en la evolución del estado nutricional
Número de pacientes que no presentan mejoría ni empeoramiento en la evolución del estado nutricional
Numero de reuniones entre el servicio y la Comisión de Nutrición

DURACIÓN

La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente de 12 meses.
Elaboración indicador de DESNUTRICIÓN en el SIL para el informe: mayo 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE YOLANDA GONZALEZ IRAZABAL
· Profesión QUIMICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO
GUALLAR SERRANO PILAR
MELENDO VILLANUEVA DAFNE EVANGELINA
MELENDO LAPUENTE EVA
OCHOA LOPEZ JOSE JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para desarrollar este proyecto de mejora de la calidad se ha realizado el seguimiento exhaustivo de las etapas preanalítica, analítica y postanalítica implicadas en el Programa de Cribado Neonatal de Aragón. Para ello, mensualmente se exporta del sistema informático del laboratorio (SIL) toda la información necesaria, de cada muestra de recién nacido, para el cálculo de los indicadores propuestos por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social que se han adoptado además para el control de calidad propio del laboratorio, se tratan los datos estadísticamente y se comparan los resultados obtenidos con los umbrales fijados. Las desviaciones observadas se tratan más específicamente para detectar el origen de las mismas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados obtenidos y los umbrales fijados por el ministerio se recogen en la siguiente tabla, los valores indados para cada punto son % óptimo, % aceptable, % resultados propios:

- Edad a la extracción primera muestra: entre las 24-72 horas de vida:	99	95	99.5
- Calidad de la muestra: muestras no válidas:	0,5	2,0	0,22
- Trazabilidad: muestras recibidas con resultado final:	100	99	100
- Transporte: días desde extracción hasta llegada al laboratorio < 4:	99	95	93.9
- Tiempo de respuesta: = 3 días:	99	95	68.6
- Edad del RN al informe primera muestra: < 10 días:	99	95	96.2
- Edad del RN al informe segunda muestra: < 20 días:	99	95	78.8
- Remisión de casos positivos al pediatra especialista:	100	100	100

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El laboratorio de cribado neonatal cumple todos los criterios propuestos por el Ministerio, en muchas ocasiones incluso cumple los niveles óptimos, excepto para los indicadores: del transporte, el tiempo de respuesta del laboratorio y la edad del recién nacido a la que se informan las repeticiones. En cuanto al transporte, en el Programa de Cribado neonatal de Aragón, el 93.9% de las muestras llegan antes de 4 días. Dado el problema se analiza el mismo indicador por centros.

Analizando los resultados se detectan perfectamente los centros a los que se limitan las desviaciones. Son centros de la comunidad de Cataluña que envían las muestras de los niños aragoneses que nacen allí por proximidad geográfica. Se comunica a dichos centros la incidencia para buscar solución al transporte de las muestras. Se plantea el uso de un sistema de correo privado para solucionar retraso del envío de muestras. En el tiempo de respuesta del laboratorio se observa la mayor desviación. Hay que tener en cuenta que el laboratorio de cribado neonatal no trabaja los fines de semana, por lo tanto, las muestras que llegan el viernes al laboratorio no se analizarán hasta el lunes, por lo tanto supone ya una demora de 2 días. Esto se producen en la quinta parte de las muestras. Si el indicador se corrige excluyendo los días no laborables el resultado es que el 95.6% de las muestras se analizan en los tres primeros días desde su recepción.

Lo mismo ocurre con el indicador edad del RN al informe en segunda muestra. También está afectado por los días no laborables, si se tienen en cuenta solo los días laborables el resultado es que el 95.6% de las segundas muestras se analizan antes de los 20 días de vida del recién nacido. Además, hay ocasiones en las que, debido a la prematuridad, o estado del recién nacido la extracción de la repetición se retrasa para que se establezca el estado del niño.

7. OBSERVACIONES.

Los resultados obtenidos para el Programa de Cribado Neonatal de Aragón reflejan su gran eficacia para la detección de las enfermedades incluidas en su cartera en la población de recién nacidos. Los indicadores fijados son muy potentes y analizados adecuadamente permiten detectar los puntos críticos y definir líneas de mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/482 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Nº de registro: 0482

Título
IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DECRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Autores:
GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA, HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO, GUALLAR SERRANO PILAR, ROMERO SANCHEZ NAIARA, CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, MELENDO LAPUENTE EVA, MELENDO VILLANUEVA DAFNE EVANGELINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobó el Programa poblacional de cribado neonatal que va a formar parte de la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), instando a establecer protocolos consensuados en el marco del SNS, que permitan abordar en todas las comunidades autónomas de manera homogénea y en base a criterios de calidad los procesos de cribado.
Con este fin se han definido una serie de objetivos de calidad que deben cumplir las etapas del programa y los requisitos necesarios para la consecución de estos objetivos.
Para cada uno de los objetivos se propone un nivel óptimo y un nivel aceptable.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende analizar y evaluar la situación actual del Programa de Cribado Neonatal de Aragón, respecto al cumplimiento de estos objetivos, lo que permitirá además el establecimiento de planes de mejora para alcanzar el nivel óptimo de eficiencia.

MÉTODO

Se emplearán una serie de indicadores para optimizar diversas actividades relacionadas con distintas etapas del Programa de Cribado Neonatal, cuya correcta realización son imprescindibles para que los resultados de programa sean óptimos.

INDICADORES

Para cada una de las etapas se evaluarán semestralmente los siguientes indicadores:

ETAPA DE LA TOMA DE LA MUESTRA

Tiempo de toma de muestra.

Garantizar toma de muestra en el intervalo de tiempo adecuado, ya que esto repercutirá en el cumplimiento de los plazos de tiempo de las siguientes etapas.

Óptimo: =99 % de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.

Aceptable: =95% de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.

Calidad de la muestra.

Garantizar la calidad y adecuación de la muestra.

Óptimo: =0.5% de muestras no válidas.

Aceptable: =2% de muestras no válidas.

Trazabilidad

Garantizar la correcta trazabilidad e identificación de las muestras. Se debe garantizar la identificación y el seguimiento de todas las muestras desde el inicio del proceso hasta la obtención del resultado final.

Óptimo: 100% de las muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.

Aceptable: 99% de muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.

ETAPA DEL TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS

Tiempo de recepción de las muestras en el laboratorio.

Garantizar la correcta recepción de las muestras en el laboratorio en un plazo de tiempo adecuado y evitar el extravío de muestras.

Óptimo: =95% de las muestras se reciben en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 3 días de la extracción y =99% antes de 4 días de la extracción.

Aceptable: 95% de las muestras se reciben en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 4 días de la extracción.

ETAPA DE RECEPCIÓN DE LAS MUESTRAS, ANÁLISIS Y OBTENCIÓN DE RESULTADOS POR PARTE DEL LABORATORIO DE CRIBADO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

NEONATAL.

Tiempo de respuesta del laboratorio.

Garantizar el tiempo óptimo de respuesta del laboratorio desde la recepción de la muestra.

Óptimo: máximo 3 días para el =99% de las muestras recibidas.

Aceptable: máximo 3 días para el =95% de las muestras recibidas.

Edad del recién nacido a la obtención del resultado por el laboratorio

Maximizar la efectividad del programa. La optimización de la edad a la detección es clave para tener el

diagnóstico confirmatorio e instaurar el tratamiento de los casos detectados, lo más rápido posible, antes de que se manifiesten los síntomas de la enfermedad, para evitar o minimizar los daños en el recién nacido.

Se consideran las siguientes situaciones:

- Si el resultado obtenido presenta valores muy alterados con una probabilidad elevada de que padezca la

enfermedad, la obtención del primer resultado sobre primera muestra válida será:

Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.

Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.

- Si el resultado obtenido presenta valores dudosos que requieran una segunda muestra para confirmación será:

Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis

quística).

Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para

fibrosis quística).

ETAPA DE REMISIÓN DESDE EL LABORATORIO DE CRIBADO, A LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO, DE LOS CASOS DETECTADOS POSITIVOS

Remisión a la unidad clínica de seguimiento desde la obtención del resultado por el laboratorio.

Garantizar que todos los casos detectados positivos, han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento en un

plazo de tiempo óptimo.

Óptimo/aceptable: 100% han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento el mismo día de la obtención del

resultado por parte del laboratorio

DURACIÓN

Se evaluarán los indicadores correspondientes a los RN nacidos del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1306

1. TÍTULO

REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE LUIS RELLO VARAS
· Profesión QUIMICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE
RODRIGUEZ VALLE ANA
MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES
IZQUIERDO ALVAREZ SILVIA
LAHUERTA PUEYO CARMEN
GARCIA JIMENEZ CARMEN MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto ha sufrido distintos contratiempos que han dificultado la consecución completa de los objetivos, fundamentalmente por un retraso en la implantación de algunas de las acciones previstas, por el obligado cambio de algunos de los componentes del equipo de trabajo y por varias bajas laborales de hasta 4 de los miembros. Lo más significativo es que la responsable inicial, Ana Belén Lasierra, ha estado casi todo el año de baja y yo, como Jefe de Servicio, he asumido el liderazgo del mismo. A la Dra. Lasierra le sustituyó como componente del equipo la Dra. Carmen Lahuerta Pueyo.

Se han producido algunas modificaciones respecto de las actividades previstas inicialmente, tanto en la organización de la consulta como en la sistemática para evaluar las demoras y el registro de altas. Algunos de los cambios más importantes fueron tratados y consensuados con la Subdirección Médica del HUMS y puesto que en algún caso ha implicado a otros Servicios la implantación se ha demorado algo más de lo deseado. Paso a describir las actividades realizadas.

1 - Organización de la Consulta de genética.

1.1- Reorganización de las agendas.

a) De acuerdo con la Subdirección Médica se decidió descartar crear la agenda NIPT (Test Fetal No invasivo, que se ofrece a las gestantes que tienen un riesgo de aneuploidia intermedio según el cribado bioquímico-ecográfico de la semana 10-12 de embarazo). De común acuerdo con el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUMS hemos modificado el circuito de forma que las pacientes de los Sectores I y II ya no necesitan acudir al laboratorio de genética previamente a la realización de la prueba. Desde las propias consultas de diagnóstico prenatal del HUMS se realiza la petición electrónica de este análisis y se obtiene el consentimiento informado de la gestante.

b) Se ha creado una agenda de preferentes de 8:30 a 9:30 de lunes a viernes, tanto para primeras visitas (principalmente gestantes cuyo asesoramiento o estudio genético es urgente para llegar a tiempo al plazo legal de interrupción) como para la entrega de resultados (de aquéllos que han resultado positivos y confirman patología o riesgo aumentado a la misma).

1.2 - Realización de registro de altas

Hasta la fecha no teníamos un registro de altas, de forma que era difícil constatar en qué pacientes, de los que habían sido atendidos por la consulta de genética, estaban finalizados los estudios genéticos pertinentes y en qué pacientes estaba pendiente alguna actividad por nuestra parte.

Con el Servicio de Admisión tratamos de implantar la siguiente sistemática: el listado de pacientes atendidos cada día en la consulta se lo devolvemos haciendo constar a quién se da de alta ya sea en una primera consulta (sólo ocurre en un número limitado de pacientes, aquéllos a los que se constata que no procede estudio genético) o en la consulta de entrega de resultados.

Sin embargo, nos hemos dado cuenta de que, en estos pacientes, en los que sí se inicia algún tipo de estudio genético este control de altas utilizando los registros de Admisión de pacientes atendidos en la consulta no resuelve la problemática fundamental, que es una atención adecuada y evitar demoras innecesarias, ya que en algunos casos el estudio inicial puede tardar meses y en función de su resultado se pueden ir ampliando otros estudios de forma secuencial. La solución conjunta de esto (registro de altas y control de la demora completa de genética) se ha implementado recientemente. Hemos creado varios campos en nuestro sistema informático del laboratorio (SIL), entre ellos uno denominado "fecha de alta" en la que el facultativo anota la fecha del día en la que da por finalizada la asistencia en genética, sea la fecha de la consulta de entrega de resultados, sea la fecha en la que se envía el informe al paciente y al médico solicitante en el caso de que no se considere necesario explicar estos resultados en persona.

2 - Demoras

Esta ha sido la estrategia más difícil de diseñar y hasta el momento no hemos encontrado una forma sencilla de incluir la demora acumulada desde que nos llega una hoja de consulta a genética. La estrategia implementada sólo nos permite evaluar las demoras desde que recibimos en el laboratorio la muestra para el estudio genético. Hemos introducido los siguientes campos en nuestro SIL para cada una de las peticiones de estudio genético: fecha de extracción/recepción de la muestra, fecha de envío a laboratorio externo (si es un estudio que derivamos), fecha de recepción del informe, fecha de revisión/validación por nuestra parte y fecha de alta y/o consulta de entrega de resultados. Los datos se están evaluando con una "prueba trazadora" como es el estudio de Exoma Trío que presenta una alta demora.

3 - Actividad asistencial

El objetivo planteado es aumentar la productividad y efectividad de la unidad de genética en su conjunto, incrementando la resoluntividad. Se han realizado varias acciones en este sentido. Potenciar las consultas de primera visita y tratar de suprimir aquellas consultas de resultados menos problemáticas que se pueden

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1306

1. TÍTULO

REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES

solucionar mediante el envío del informe a los pacientes y médicos peticionarios. También se está siendo más estricto en el cribado de la pertinencia de los estudios genéticos solicitados, rechazando aquéllos considerados no procedentes de dos formas diferentes. Se ha iniciado un registro manual de las hojas de consulta que se informan como estudio genético no procedente, ya sea porque no cumple criterios o porque falta información clínica relevante del paciente y/o sus familiares que pueda orientar la patología padecida hacia una causa genética. En segundo lugar, se ha introducido una regla en nuestro SIL que rechace estudios genéticos ya realizados en años anteriores. Esto es útil en estudios de trombosis, hemocromatosis, etc, en los que los clínicos suelen pedir de forma reiterada la evaluación de polimorfismos en determinados genes que aumentan el riesgo de estas patologías. Otro de los objetivos relacionados con la actividad asistencial que merece ser mencionado ha sido la realización, a petición de la Dirección General de Asistencia del Departamento de Sanidad, de un catálogo de estudios genéticos con el objetivo de elaborar una Cartera de Servicios Autonómica de genética.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.1- Reorganización de las agendas.

Estudio NIPT. Con la sistemática implantada se van a suprimir cerca de 500 consultas de genética/año. Se han mejorado los tiempos de respuesta de estos estudios al eliminar la demora de la propia atención en consulta/laboratorio de genética puesto que es la Unidad de Diagnóstico Prenatal de Tocología del HUMS quien realiza todo el proceso de solicitud, información al paciente y firma del consentimiento informado. Consultas preferentes. En Julio de 2018 se creó esta agenda en la consulta de genética para el tramo horario de 8:30 a 9:30, en el que hasta entonces no se realizaba actividad de consulta. Aunque el número de pacientes vistos no es muy elevado (91 en los 6 últimos meses de 2018) ha supuesto un alivio para la visita reglada de pacientes que se citan de modo urgente. La existencia de huecos en esta agenda evita que los pacientes se vean en el laboratorio de genética, en condiciones poco apropiadas para la visita médica, que era como se resolvían hasta ahora estos casos.

1.2 - Realización de registro de altas

La sistemática implantada con admisión (devolución de listados de los pacientes citados con la anotación "alta") hemos visto que no es del todo operativa en nuestro caso y, sobre todo, no nos sirve para controlar conjuntamente la demora acumulada. Es por ello que hemos decidido modificar el procedimiento. Ver explicación en apartado siguiente.

2 - Demoras

Con el registro de los campos introducidos en nuestro SIL (fechas de distintos eventos clave en el envío de muestras y recepción de resultados) hemos podido empezar a evaluar las demoras de los distintos subprocesos implicados. En cambio, todavía no disponemos de un método ágil para evaluar la demora previa desde recepción de la hoja de consulta hasta la primera visita en la consulta. El registro de esta información comenzó a mediados de 2018, por lo que sólo recientemente estamos disponiendo de peticiones con estudios finalizados y, por tanto, la casuística para la evaluación todavía es pequeña. Se eligió como prueba trazadora la de Exoma Tríos, ya que vimos que en algún caso concreto se acumularon demoras de más de 1 año.

La realización del análisis genético en laboratorio externo (fecha de recepción de resultado - fecha de envío) está entorno a dos meses. En ocasiones puede alargarse hasta 4 meses pero porque se solicitó inicialmente un exoma dirigido y una vez recibido este resultado se considera adecuado ampliar el exoma tríos. En ambos circunstancias, los tiempos son adecuados. Por desgracia, las demoras achacables a genética se han revelado como claramente mejorables. El tiempo que transcurre desde que se recibe la muestra hasta que se envía, si bien presenta una media de 34 días en varios casos se prolongó hasta más de 6 meses. Lo mismo ocurre con el periodo desde que se recibe el resultado hasta que se revisa: media de 26 días (percentil 5 - 1 día; percentil 95; 4 meses). La demora para la cita posterior para la entrega de resultados presenta una media de 6 meses. Aquí es cierto que los resultados positivos se han visto en todos los casos en menos de 1 mes.

3 - Actividad asistencial

Se está mejorando la resolutiveidad, aumentando la relación primeras/segundas visitas y fomentando la entrega de resultados que pueden solucionarse sin la necesidad de una consulta presencial. Si bien esta estrategia comenzó a implantarse en septiembre de 2018, la evaluación inicial de los datos apuntan en este sentido. Mientras el número de consultas totales muestra un incremento anual sostenido (por ejemplo, 3790 en 2018 por 3701 en 2017, incremento del 2,4%), el número de primeras visitas aumentó el 7,9% pero el de sucesivas disminuyó el 13,4%, de forma que la relación primeras/sucesivas consultas aumentó un 70% en el año 2018 respecto de 2017.

Por otra parte, el número de estudios genéticos se mantiene más o menos estable desde hace 3 años, alrededor de 8000 al año. Esto puede ser consecuencia de que estamos alcanzando el máximo de productividad con los recursos actuales, pero también es cierto que se está optimizando el número de estudios genéticos procesados. Así, están aumentando las solicitudes no procesadas tanto por ser estudios ya realizados en años anteriores (unos 150 en 2018), como porque el historial aportado en la hojas de consulta desaconseja realizar el estudio genético (desde que tenemos registros, septiembre de 2018, se rechazan entre 5-10 al mes).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto de mejora ha sufrido retrasos por las circunstancias mencionadas, por lo que los resultados obtenidos hasta ahora son sólo modestos y no podemos evaluar en profundidad todas las acciones implantadas. Sin embargo, nos ha permitido conocer qué variables son las que necesitamos controlar para la mejora de la respuesta en su conjunto de la Sección de genética y las hemos empezando a registrar en cada una de las peticiones.

El análisis preliminar de las demoras achacables al laboratorio de genética ya va a desencadenar dos nuevas acciones. Estamos procediendo a la reorganización del procedimiento de envío de muestras a laboratorios externos. Cada día, un facultativo y un técnico de laboratorio van a ser los encargados de revisar todas las muestras recibidas para estudios externos y deberán remitirse todas las del día anterior. De la misma forma, para disminuir la demora de la revisión de resultados de estudios externos una vez que los hemos recibido,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1306

1. TÍTULO

REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES

hemos contactado con los laboratorios externos para que todas las semanas nos remitan una relación de los estudios que nos han remitido. Esto debería eliminar las demoras inadmisibles (en algunos casos de meses) que hemos comprobado con la prueba trazadora Exoma Tríos.

Asimismo, la puesta en marcha de este proyecto también nos ha mostrado una realidad que era más o menos palpable. Desgraciadamente, la forma de registrar los estudios genéticos en nuestro SIL no permite ni un adecuado control de los mismos ni una mínima explotación de la información, ya sea con carácter epidemiológico, estadístico o de gestión. Hasta la fecha, la codificación de este tipo de información en nuestra base de datos ha sido defectuosa. Esta se ha basado en enfermedad estudiada, lo que no resulta adecuado para extraer de una forma rápida el/los análisis concretos realizados en cada paciente. Esto es así porque para una misma enfermedad, codificada en el SIL de forma única, se han podido solicitar estudios muy diversos, tanto en el coste como en el tiempo de realización. Para solucionar este problema será de especial utilidad el catálogo de pruebas genéticas que hemos elaborado. Contiene cerca de 1600 entradas. Una vez realicemos la codificación de todos ellos en nuestro SIL, el registro específico de cada estudio nos va a permitir explotar información de una forma más eficaz, proporcionando a la Dirección y Órganos de Gestión los estudios concretos realizados y el coste de cada uno de ellos. Las acciones iniciadas, aunque de momento nos hayan proporcionados resultados modestos, me permiten afirmar que vamos en la dirección correcta.

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto nos ha permitido demostrar una verdad conocida desde hace tiempo. No se puede mejorar lo que no se puede medir. Es por ello que en breve vamos a iniciar la codificación en nuestro SIL de los más de 1600 estudios genéticos diferentes que hemos realizado en los últimos años. La definición concreta del estudio solicitado, junto con el registro de todas las fechas relevantes del procedimiento nos permitirán seguir mejorando el control del estado de cada petición y reducir las demoras, algunas de ellas inadmisibles.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1306 ===== ***

Nº de registro: 1306

Título
REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES

Autores:
LASIERRA MONCLUS ANA BELEN, ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE, RODRIGUEZ VALLE ANA, MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES, IZQUIERDO ALVAREZ SILVIA, GARCIA JIMENEZ CARMEN MARIA, GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO, RELLO VARAS LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades genéticas
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad según el catálogo OMIM (Online Mendelin Inheritance in Man) se conocen alrededor de 8.000 enfermedades genéticas relacionadas con todas las especialidades médicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que estas 8.000 enfermedades afectan al 7% de la población mundial. Además, según el informe de la Organización Europea de Enfermedades Raras (Eurordis), el 80% de las enfermedades raras son de origen genético. Todo ello junto con el rápido y constante avance tecnológico que ha permitido ampliar el estudio a múltiples genes ha llevado a que la solicitud de estudios genéticos haya incrementado en los últimos años de forma considerable, recibiendo solicitudes de todos los centros sanitarios de Aragón y de casi todas las especialidades médicas (obstetricia y ginecología, endocrinología, oncología, cardiología, entre muchas otras). Teniendo en cuenta, además, la importancia de un examen clínico integral junto con antecedentes familiares detallados así como un conocimiento y actualización constante de las enfermedades genéticas y las técnicas más adecuadas para cada caso sin olvidar el obligado asesoramiento genético pre y postest, la consulta de genética se hace esencial y cada vez más demandada. Todo ello ha conllevado a que la demora en la Consulta de Genética haya incrementado progresivamente, a pesar de haber aumentado el número de pacientes atendidos cada año (añadido además más de 800 gestantes al año que atendemos debido a la inclusión del NIPT en el c prenatal y que no constan en los listados de consulta). Por tanto se hace necesaria una reorganización de la consulta de genética para adecuarla a la actual demanda y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1306

1. TÍTULO

REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES

aumentar la resolutiveidad, principalmente en la entrega de resultados pero sin olvidar que el exceso de pacientes atendidos podría conllevar un mayor retraso en la entrega de resultados también al aumentar el trabajo de laboratorio de genética ya que los mismos facultativos que pasan consulta trabajan también en el laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es reorganizar las agendas de consulta de genética para adecuarlas a la actual demanda y disminuir la demora en la entrega de resultados. También se pretende mejorar la adecuación de los estudios genéticos solicitados y establecer una sistemática que nos permita evaluar la demora real en la entrega de resultados para tomar las medidas más adecuadas en cada caso (prioridad y urgencia del caso).

MÉTODO

1. ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA:

1.1. Reorganizar las agendas de la consulta de genética para adecuarlas a la actual demanda: se va a crear la agenda NIPT (Test fetal no invasivo, prueba dentro del protocolo regional de diagnóstico prenatal de cromosopatías) para atender a las más de 800 gestantes/año que se someten al estudio de NIPT; se va a crear una agenda de Preferentes para atender aquellos casos urgentes (principalmente gestantes cuyo asesoramiento o estudio genético es urgente para llegar a tiempo al plazo legal de interrupción). Se mantienen las consultas de 1er día y de resultados de lunes a viernes.

1.2. Realizar un registro de altas que nos permita evaluar la resolutiveidad de las consultas y detectar y actuar sobre los puntos débiles para mejorar.

2. DEMORAS

2.1. Establecer una sistemática para evaluar la demora en la entrega de resultados de estudios genéticos y actuar en consecuencia

- Establecer una prueba trazadora: exoma trios. Registrar fecha de extracción, tiempo de realización del estudio y tiempo de respuesta desde que se tiene el resultado hasta que se informa al paciente.

- Evaluar la disminución anual de la demora.

3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

3.1. Adecuación de las solicitudes de estudios genéticos (% de estudios solicitados no procesados).

3.2. Aumentar el número de consultas anual tras la implantación de las nuevas agendas.

INDICADORES

Registro de altas: como no tenemos un referente nos servirá para conocer la situación y plantear objetivos en base a ello.

Disminución de la demora respecto a 2017: 5%.

Prueba trazadora: exoma trios. Nº de solicitudes/mes. Tiempo realización estudio. Tiempo entrega resultados.

Adecuación de estudios genéticos: % de estudios solicitados no procesados. Como no tenemos un referente nos servirá para conocer la situación y plantear objetivos en base a su evaluación.

Aumento del número de consultas respecto al año 2017: 1%.

DURACIÓN

1. ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA: Mayo-Julio 2018. El registro de altas a lo largo de todo el año desde su implantación.

2. SISTEMÁTICA PARA EVALUAR LA DEMORA: Mayo-Septiembre 2018. Evaluación anual.

3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL: anual.

Evaluación y conclusiones: primer trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0402

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLÓGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE LUIS BANCALERO FLORES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA GONZALEZ MARIA
SIENES BAILO PAULA
VALERO YUBERO MARIA NIEVES
VAL FALCON BEATRIZ
ROYO GUALLAR ROSARIO
SAGRADO ARROYO MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros.
FEAs Junio 2019
Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad.
TELS y FEAs Junio 2019

Valoración del cumplimiento de las especificaciones de calidad.
FEAs Septiembre 2019

Participación en programas de evaluación externa de la calidad.
FEAs Octubre 2019
Registro de los distintos indicadores.
TELS Diciembre 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Abril 2019 Validación del método: Recogida resultados.
Mayo 2019 Validación del método: Estadística resultados.
Junio 2019 Validación del método: Completa.
Mayo 2019 Elaboración del procedimiento técnico de análisis: Borrador
Junio 2019 Elaboración del procedimiento técnico de análisis: Documento definitivo
Octubre 2019 Elaboración del procedimiento técnico de análisis: Revisión responsable calidad.
Junio 2019 Programa de intercomparativos: Solicitud.
Septiembre 2019 Programa de intercomparativos: Aprobación solicitud participación.
Octubre 2019 Programa de intercomparativos: Pendiente recepción.
Mayo 2019 Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad:
Elaboración encuesta.
Junio 2019 Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad:
Validación encuesta.
Julio 2019 Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad:
Modificación plantilla. Reorganización sección.
Septiembre 2019 Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de
calidad: Modificación plantilla. Reorganización sección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo sobre el proyecto es muy satisfactoria y las expectativas de nuestros clientes (especialidades médico-quirúrgicas) son altas. En la actualidad estamos pendientes de :

-Auditoría interna. FEAs y TELS Febrero/Marzo 2020
-Evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos. FEAs Marzo 2020.
lo que nos lleva a una ligera modificación del calendario propuesto, el cual se ha cumplido fielmente hasta la actualidad.
Sin embargo no hemos conseguido la participación en Programa de intercomparativos, en principio por la lentitud administrativa, la indeterminación del suministrador sobre la viabilidad del programa.
La alta rotación del personal TELS y la reorganización sucesiva de la sección, limita seriamente el avance de este tipo de proyectos relacionados tan intensamente con normas de calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/402 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0402

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLÓGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

Nº de registro: 0402

Título
INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLÓGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

Autores:
BANCALERO FLORES JOSE LUIS, SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, ESCOBAR CONESA ROCIO, BORAO PEREZ SARA, VALERO YUBERO MARIA NIEVES, USON LABORDA ALICIA, GOMEZ CUELI ANA CARMEN, ESPAÑA HERNANDEZ LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007.

La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son enfermedades inflamatorias crónicas y progresivas que se caracterizan por la alternancia de periodos de actividad y remisión de duración impredecible. Actualmente, el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se basa en la evaluación objetiva de las lesiones intestinales.

La calprotectina fecal es un biomarcador que en los últimos años se ha confirmado como una herramienta útil en el manejo de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Sus principales utilidades son diagnosticar la enfermedad inflamatoria intestinal, detectar la presencia de actividad inflamatoria intestinal, monitorizar la respuesta al tratamiento e identificar la curación mucosa, predecir la recidiva clínica o incluso la recurrencia postquirúrgica. Actualmente, no están claramente definidos sus puntos de cortes óptimos para cada una de estas utilidades. No obstante, su elevada precisión para detectar actividad endoscópica la convierte en una herramienta de gran utilidad que puede permitir realizar un manejo más eficiente de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Nuestro laboratorio clínico realiza análisis en el ámbito sanitario, y es necesario estar seguro de que es capaz de proporcionar resultados correctos en los que se pueda confiar o, lo que es lo mismo, que es técnicamente competente para el parámetro calprotectina fecal.

Para nuestros usuarios que requieren este servicio (médicos clínicos y pacientes), conocer que su laboratorio de referencia asegura la máxima competencia técnica es fundamental para garantizar que las decisiones clínicas se toman en base a resultados fiables, se minimizan riesgos para la seguridad del paciente y aumenta la calidad diagnóstica.

El objetivo de calidad de este proyecto es exponer nuestro laboratorio clínico a una auditoria interna para el parámetro calprotectina fecal según la UNE-EN ISO 15189.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica en ampliar la acreditación que asegura la competencia técnica en el proceso de laboratorio de determinación de calprotectina fecal. Para ello se establecerá un sistema documental de todos los procesos (fases preanalítica, analítica y postanalítica) así como objetivos e indicadores que evaluarán periódicamente todas las fases y posibilita la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

El objetivo final es el de superar la auditoria interna en un año.

MÉTODO

Las actividades se ajustan a la norma UNE-EN ISO 15189.

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros
2. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad
3. Valoración del cumplimiento de las especificaciones de calidad
4. Participación en programas de evaluación externa de la calidad
5. Registro de los distintos indicadores
6. Auditoría interna
7. Evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0402

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLÓGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

1. Validación del método (S/N)
2. Elaboración del procedimiento técnico de análisis (S/N)
3. Programa de intercomparativos (S/N)
4. Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad: Esperado > 65%
5. Número de Desviaciones/Observaciones en Auditoría Interna: Esperado <10.
6. Resolución de las desviaciones/observaciones procedentes de auditoria interna: Esperado >50%

DURACIÓN

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos FEAs): Junio 2019
2. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad (TEls y FEAs): Junio 2019
3. Valoración del cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos FEAs): Septiembre 2019
4. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos FEAs): Octubre 2019
5. Registro de los distintos indicadores (TEls): Diciembre 2019
6. Auditoría interna (Responsables técnicos FEAs y TEls) : Febrero 2020
7. Evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsables técnicos FEAs): Marzo 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0402

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLÓGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE LUIS BANCALERO FLORES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA GONZALEZ MARIA
SIENES BAILO PAULA
VALERO YUBERO MARIA NIEVES
VAL FALCON BEATRIZ
ROYO GUALLAR ROSARIO
SAGRADO ARROYO MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Validación del método: Completa.

Elaboración del procedimiento técnico de análisis: Documento definitivo y revisión responsable calidad.

Programa de intercomparativos: Selección de CCE y determinación de frecuencia (4 viales por 2 niveles /año)

Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad: Elaboración y validación de la encuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado las actividades programas.

Se han cumplido los itinerarios definidos en el calendario.

Se han cumplimentado y cumplido los indicadores propuestos:

1. Validación del método (S/N): SI
 2. Elaboración del procedimiento técnico de análisis (S/N): SI
 3. Programa de intercomparativos (S/N): SI
 4. Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad: Esperado > 65%. Resultado = 69%
 5. Número de Desviaciones/Observaciones en Auditoría Interna: Esperado <10. PENDIENTE POR LA ADMINISTRACIÓN
 6. Resolución de las desviaciones/observaciones procedentes de auditoría interna: Esperado >50%. PENDIENTE
- DE RESULTADOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este proyecto nos encamina al reconocimiento formal de nuestra competencia técnica. Este trabajo:

Asegura los resultados de las pruebas, el reconocimiento internacional de los resultados, permite identificarnos como laboratorio con elevado nivel de calidad, avala los resultados ante nuestros clientes (FEA medico-quirurgicos), nos introduce en la evaluación continua de nuestra sección. Recomendamos en el área de nuestra especialidad el someterse a este proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/402 ===== ***

Nº de registro: 0402

Título
INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLÓGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

Autores:
BANCALERO FLORES JOSE LUIS, SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, ESCOBAR CONESA ROCIO, BORAO PEREZ SARA, VALERO YUBERO MARIA NIEVES, USON LABORDA ALICIA, GOMEZ CUELI ANA CARMEN, ESPAÑA HERNANDEZ LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0402

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLÓGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007.

La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son enfermedades inflamatorias crónicas y progresivas que se caracterizan por la alternancia de periodos de actividad y remisión de duración impredecible. Actualmente, el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se basa en la evaluación objetiva de las lesiones intestinales.

La calprotectina fecal es un biomarcador que en los últimos años se ha confirmado como una herramienta útil en el manejo de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Sus principales utilidades son diagnosticar la enfermedad inflamatoria intestinal, detectar la presencia de actividad inflamatoria intestinal, monitorizar la respuesta al tratamiento e identificar la curación mucosa, predecir la recidiva clínica o incluso la recurrencia postquirúrgica. Actualmente, no están claramente definidos sus puntos de cortes óptimos para cada una de estas utilidades. No obstante, su elevada precisión para detectar actividad endoscópica la convierte en una herramienta de gran utilidad que puede permitir realizar un manejo más eficiente de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Nuestro laboratorio clínico realiza análisis en el ámbito sanitario, y es necesario estar seguro de que es capaz de proporcionar resultados correctos en los que se pueda confiar o, lo que es lo mismo, que es técnicamente competente para el parámetro calprotectina fecal.

Para nuestros usuarios que requieren este servicio (médicos clínicos y pacientes), conocer que su laboratorio de referencia asegura la máxima competencia técnica es fundamental para garantizar que las decisiones clínicas se toman en base a resultados fiables, se minimizan riesgos para la seguridad del paciente y aumenta la calidad diagnóstica.

El objetivo de calidad de este proyecto es exponer nuestro laboratorio clínico a una auditoria interna para el parámetro calprotectina fecal según la UNE-EN ISO 15189.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica en ampliar la acreditación que asegura la competencia técnica en el proceso de laboratorio de determinación de calprotectina fecal. Para ello se establecerá un sistema documental de todos los procesos (fases preanalítica, analítica y postanalítica) así como objetivos e indicadores que evaluarán periódicamente todas las fases y posibilita la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

El objetivo final es el de superar la auditoria interna en un año.

MÉTODO

Las actividades se ajustan a la norma UNE-EN ISO 15189.

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros
2. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad
3. Valoración del cumplimiento de las especificaciones de calidad
4. Participación en programas de evaluación externa de la calidad
5. Registro de los distintos indicadores
6. Auditoría interna
7. Evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos

INDICADORES

1. Validación del método (S/N)
2. Elaboración del procedimiento técnico de análisis (S/N)
3. Programa de intercomparativos (S/N)
4. Grado de satisfacción de los profesionales técnicos de la sección con el sistema de calidad: Esperado > 65%
5. Número de Desviaciones/Observaciones en Auditoría Interna: Esperado <10.
6. Resolución de las desviaciones/observaciones procedentes de auditoria interna: Esperado >50%

DURACIÓN

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos FEAs): Junio 2019
2. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad (TEs y FEAs): Junio 2019
3. Valoración del cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos FEAs): Septiembre 2019
4. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos FEAs): Octubre 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0402

1. TÍTULO

INICIACION AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE NEFROLITIASIS Y LIQUIDOS BIOLÓGICOS PARA LA CALPROTECTINA FECAL

5. Registro de los distintos indicadores (TEls): Diciembre 2019
6. Auditoría interna (Responsables técnicos FEAs y TELs) : Febrero 2020
7. Evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsables técnicos FEAs): Marzo 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0560

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE PROCEDIMIENTO ANALITICO Y CREACION DE UNA VIA PREFERENTE EN PETICIONES URGENTES DE HOSPITAL DE DIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ GARCIA RODRIGUEZ
· Profesión BIOQUIMICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ LEZCANO JOSE LUIS
WARD MIGUEL CARLOS
CARBO LATORRE MARIA ANGELES
SOROA PINA EDURNE
ROYO GUALLAR ROSARIO
CARRASCOSA GARCIA FELISA
PEREZ ILIARTE ANA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Elaboración, cumplimentación y evaluación de los registros para el control de las demoras: registro de recepción de muestras (tiempos de llegada de muestra e inicio-fin de registro), registro entrada en cadena (número de tubos), centrifugación (cadena o fuera).
- Elaboración, cumplimentación y evaluación de los registros correspondientes a las incidencias de las muestras.
- Priorización de entrada de las muestras de Hospital de Día de Oncología (HDONC) en cadena automatizada y autoanalizadores, a través del proveedor de la cadena automatizada (Beckman) y responsable de Modulab.
- Creación de una nueva tarea para el personal técnico y facultativo en el Sistema Informático del Laboratorio Modulab: Revisión de muestras de HDONC (nueva pestaña para HDONC).
- Creación nueva tarea Modulab: Envío de diluciones manuales de marcadores tumorales directamente al módulo de salida de la cadena.
- Estructuración de los puestos de trabajo de los T.E.L. Nueva distribución de tareas: Revisión de HDONC y creación un nuevo puesto en cadena encargado de los registros y entrada y salida de muestras en cadena.
- Cursos de formación de formación del personal técnico y facultativo implicado en el proceso: en el sistema Power Express - Cennexus, y formación de resolución de errores en cadena automatizada. Realización de registros.
- Realización de instrucciones técnicas para estandarizar el proceso: PROTOCOLO DEL TRABAJO DIARIO CON LOS CONTROLES INTERNOS (PTG-08_6_Z2(E)M_L-BQ).
- Registro, exportación y tratamiento datos estadísticos de los distintos indicadores y reunión trimestral para la evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos. Evaluación trimestral de los indicadores e introducción de posibles mejoras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido automatizar el procesamiento de las muestras procedentes de HDONC como preferentes (incluyendo la centrifugación, destaponado de tubos y carga en cada uno de los analizadores correspondientes), mejorando de esta forma la trazabilidad de todo el proceso y eliminando la necesidad de que tengan que ser procesadas por el personal y en analizadores del laboratorio de urgencias.

El porcentaje de muestras que han sido manipuladas por el personal técnico ha disminuido progresivamente (media 5.5% de muestras manipuladas). En ningún caso supera el 25%.

Las incidencias recogidas que provocan un retraso en la obtención de resultados en las muestras de HDONC son, por orden de importancia:

- Error en la lectura del código de barras de la etiqueta preimpresa que identifica la muestra (generalmente en los equipos de bioquímica general).
- No existe ninguna solicitud de muestra (la petición no se ha registrado, o el registro es incorrecto).
- Problemas de conexión online entre la cadena automatizada y el S.I.L.
- Diluciones manuales de parámetros de Inmunoquímica (marcadores tumorales)
- Fallos puntuales en destaponador.

La demora desde la llegada de las muestras al laboratorio hasta que están registradas en el SIL no ha superado nunca los 35 minutos (en aquellas tandas donde se recibe un gran número de muestras).

La demora desde el registro de la petición hasta la entrada de la muestra en cadena automatizada no ha sobrepasado nunca los 30 minutos, con un tiempo medio de demora de 11 minutos.

Los tiempos de respuesta globales (tiempo medio desde la recepción de la muestra hasta la obtención de resultado) son a) 71 minutos en las muestras recibidas por la tarde y b) por la mañana, 78 minutos para las muestras recibidas antes de las 11 y 113 minutos para las que llegan entre las 11 y las 13 horas. Si en vez del tiempo medio consideramos el percentil 95 (P95) este es 70 minutos para las muestras recibidas antes de las 10:30. Este P95 se duplica (165 minutos) cuando las muestras se reciben entre las 10:30 y las 11 y se cuadruplica si las muestras se reciben más tarde la de la 13:00. Sin embargo, estos tiempos de respuesta son similares a cuando las muestras se procesaban en el laboratorio de urgencias.

El tiempo medio para la validación facultativa de los resultados fue de 12 minutos.

Se ha aumentado el tiempo de almacenamiento de estas muestras hasta 7 días.

Se ha conseguido realizar formación por parte de la casa comercial para el personal técnico y facultativo implicado en el proceso (sistema Power Express - Cennexus, y formación de resolución de errores).

Se ha realizado una instrucción técnica - PROTOCOLO DEL TRABAJO DIARIO CON LOS CONTROLES INTERNOS (PTG-

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0560

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE PROCEDIMIENTO ANALITICO Y CREACION DE UNA VIA PREFERENTE EN PETICIONES URGENTES DE HOSPITAL DE DIA

08_6_Z2(E)M_L-BQ) - que consigue una estandarización del proceso y una mejora en el mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sistemática de registro manual de las solicitudes de análisis procedentes de HDONC penaliza enormemente los tiempos de respuesta de las mismas. Surge, por tanto, la necesidad de que estas muestras se reciban en el laboratorio ya registradas a través de la petición electrónica, lo que permitiría introducir las en la cadena con antelación y disminuir el tiempo de respuesta de las mismas. Idealmente las muestras deberían recibirse antes de las 10:30 y no más tarde de las 11:00. En ningún caso más tarde de las 13:00. Otra ventaja que proporcionaría la petición electrónica es que se podría evitar el error derivado de la lectura incorrecta del código de barras de la etiqueta preimpresa que identifica la muestra urgente, ya que esta incidencia es mucho menor con las etiquetas que se imprimen a través de la petición electrónica.

El tiempo de respuesta de las muestras HDONC procesadas mediante la vía preferente se mantiene con respecto a cuando se procesaban en el laboratorio de urgencias. Por lo tanto, la implantación de la vía preferente no ha penalizado la resolutiveidad del laboratorio y ha permitido liberar de carga de trabajo tanto al personal como a los analizadores del laboratorio de urgencias. Sin embargo, como parece que debería suceder al eliminar carga de trabajo, el tiempo de respuesta del resto de muestras urgentes sólo ha mejorado ligeramente. Estos datos que no se muestran y que son objeto de análisis de un proyecto de mejora del Servicio de urgencias indican que debemos diseñar una nueva sistemática para la optimización de los tiempos de respuesta en el Laboratorio de Urgencias, incluyendo el transporte de las mismas desde el lugar de extracción.

7. OBSERVACIONES.

Durante el periodo analizado se ha producido un incremento de muestras a introducir en la cadena automatizada (muestras procedentes del Hospital Militar, incorporación de la técnica vitamina D en suero, introducción de unas 400 muestras de orina diaria para la determinación de los parámetros bioquímicos con la conexión a la cadena de un nuevo equipo (DXC-AU2). Esto hace que en determinados tramos horarios (fundamentalmente de 11 a 15 horas) se produzca un cuello de botella en la entrada de muestras en los analizadores conectados a la misma. Todos estos cambios han ido afectando a los tiempos de respuesta de una manera difícil de predecir y, por lo tanto, dificultan alguna de las conclusiones que podemos obtener, ya que la gestión de los flujos de muestras no ha sido constante durante el periodo de tiempo analizado.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/560 ===== ***

Nº de registro: 0560

Título
OPTIMIZACION DE PROCEDIMIENTO ANALITICO Y CREACION DE UNA VIA PREFERENTE EN PETICIONES URGENTES DE HOSPITAL DE DIA

Autores:
GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ, MARTINEZ LEZCANO JOSE LUIS, WARD MIGUEL CARLOS, CARBO LATORRE MARIA ANGELES, SOROA PINA EDURNE, ROYO GUALLAR ROSARIO, CARRASCOSA GARCIA FELISA, PEREZ ILIARTE ANA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Análíticas "urgentes" de Hospital de Día Oncología
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de los procesos asistenciales. Organización interna del Servicio.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El laboratorio de Urgencias del Servicio de Bioquímica Clínica del HUMS tiene una carga asistencial de unas 500 peticiones diarias. Por razones de tipo organizativo, hace años se adoptó la decisión de remitir las peticiones de análisis de Hospital de Día Oncología (HDONC) en volante urgente. Sin embargo, esto está suponiendo una penalización en los tiempos de respuesta de las peticiones realmente urgentes, ya que puntualmente se pueden llegar a recibir en un corto espacio de tiempo cerca de 100 peticiones de HDONC. Actualmente se sigue una sistemática de registro y procesamiento de muestras manual, incluyendo la centrifugación, destaponado de tubos y carga en cada uno de los analizadores correspondientes.

Se plantea, por tanto, la necesidad de descargar de este trabajo al laboratorio de urgencias y crear una vía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0560

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE PROCEDIMIENTO ANALITICO Y CREACION DE UNA VIA PREFERENTE EN PETICIONES URGENTES DE HOSPITAL DE DIA

preferente para las muestras de HDONC dentro del procesamiento automatizado de las muestras de rutina de Bioquímica General (más de 2500 peticiones/día).

RESULTADOS ESPERADOS

Incluir las muestras procedentes del Hospital de Día de Oncología (HCONC) dentro del proceso automatizado de Bioquímica General para:

- Optimizar tiempos de respuesta en el Laboratorio de Urgencias
- Mantener los tiempos de respuesta para las muestras de HDONC
- Automatizar el proceso disminuyendo la manipulación de muestras
- Mejorar la trazabilidad del proceso
- Aumentar el tiempo de almacenamiento de estas muestras

MÉTODO

- Priorización de entrada de las muestras de HDONC en cadena automatizada y autoanalizadores
- Elaboración de registros para el control de las demoras y tiempos de respuesta
- Elaboración registro de incidencias para estas muestras: diluciones, repeticiones, reclamaciones, etc.
- Creación de una nueva tarea para el personal técnico y facultativo en el Sistema Informático del Laboratorio (SIL): Revisión de muestras de HDONC (detección y resolución de posibles incidencias)
- Cursos de formación en el sistema Power Express - Cennexus
- Realización de instrucciones técnicas para estandarizar el proceso.
- Registro de los distintos indicadores, reunión trimestral para la evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos.

INDICADORES

- Porcentaje de muestras manipuladas y tipo de incidencia (coágulos, diluciones, comprobaciones, etc.)
- Demora desde llegada de las muestras hasta el registro
- Demora desde registro hasta entrada en cadena automatizada
- Evaluación de tiempos de respuesta global en función de los parámetros solicitados (Bioquímica/Inmunológica) y de la hora de recepción de muestras
- Comparación con los tiempos de respuesta actuales (procesamiento en el laboratorio de urgencias)
- Registros de formación del personal técnico y facultativo implicado en el proceso.
- Instrucciones técnicas realizadas
- Tiempo de respuesta del resto de muestras urgentes (comparación antes y después de la implementación de la estrategia: evolución mensual)

DURACIÓN

- Marzo-abril 2019: diseño de la estrategia y registros necesarios para la evaluación de los indicadores.
- Mayo-Junio 2019. Implantación de la estrategia y obtención de datos retrospectivos de tiempos de respuesta para el procesamiento urgente
- Julio 2019 - Enero 2020. Evaluación trimestral de los indicadores e introducción de posibles mejoras
- Febrero 2020. Informe final. Resultados obtenidos para las muestras de HDONC y para el resto de muestras urgentes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CESAR MARQUEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO
GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA
GARCIA GONZALEZ ELENA
GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ
GRACIA MATILLA ROSA
RELLO VARAS LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)

Durante 2018 se han revisado los procedimientos técnicos de los alcances ya acreditados y se han actualizado aquellos que procedía: Bioquímica general (PTA-03_Z2(E)M_L-BQ, revisión P, 26/12/2018), Inmunología (PTA-06_Z2(E)M_L-BQ, revisión I, 26/12/2018), Determinación de Aminoácidos y Acilcarnitinas por Espectrometría de Masas (PTA-07_Z2(E)M_L-BQ, revisión G 21/01/2019), Inmunología mediante el Architect i2000 (PTA-09_Z2(E)M_L-BQ, revisión E 09/02/2019), Cribado Prenatal (PTA-11_Z2(E)M_L-BQ, revisión D, 09/02/2019) e Inmunología mediante el BIO-FLASH (PTA-12_Z2(E)M_L-BQ, revisión B, 14/05/2018). Por reorganización en la sección de Hormonas se ha elaborado un nuevo procedimiento de Inmunología mediante el DXI800 Hormonas (PTA-13_Z2(E)M_L-BQ, revisión A 26/12/2018) con incorporación de pruebas acreditadas y de ampliación, así como el registro de actividades de mantenimiento del equipo.

2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)

Se ha realizado el seguimiento mensual y evaluación de los indicadores definidos en el sistema de calidad del servicio. Se detallan en el siguiente apartado.

3. Validación de nuevos métodos o nueva tecnología. Evaluación del cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)

Se ha realizado la validación de las pruebas incluidas en la ampliación del alcance, Eritropoyetina y Hormona del Crecimiento, incluidas en el Procedimiento de Inmunología mediante el DXI800 Hormonas (PTA-13_Z2(E)M_L-BQ). Los resultados se evalúan con las especificaciones de calidad que recomiendan las sociedades científicas de laboratorio clínico y son satisfactorios.

4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)

Se realiza seguimiento diario y mensual o trimestralmente se evalúan los resultados en función de las especificaciones de calidad definidas para cada parámetro acreditado.

5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad) Se participa en diferentes programas de intercomparación para la realización de controles externos de los parámetros acreditados. La periodicidad es mensual o bimensual.

6. Realización de la Revisión por la Dirección (Responsable de Calidad y Director de Laboratorio).

La reunión para la revisión del sistema de calidad se realizó el 29 de Mayo de 2018 y en ella se detallaron los aspectos requeridos en la revisión durante 2017 y los objetivos y necesidades para 2018.

7. Auditoría interna

La auditoría interna prevista para 2018 no pudo realizarse en la fecha prevista, último trimestre del año y tuvo lugar el 20 de febrero de 2019.

7. Auditoría externa de ENAC

Durante el año 2018 no correspondía la realización de auditoría externa, prevista para Mayo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han adaptado los procedimientos a los cambios derivados de la incorporación de nuevos equipos y metodologías en las secciones de Bioquímica general y Hormonas.

Evaluación de indicadores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

1. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado
Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras

Estándar: >85%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 99.3%

Los resultados en global son satisfactorios.

2. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido

Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4°C y 26°C

Estándar: <5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 0%

Resultados satisfactorios.

3. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria

Estándar: <5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Pendiente de evaluación.

4. Indicador: Porcentaje de muestras hemolizadas

Criterio: Las muestras de suero / plasma no han de estar hemolizadas

Estándar: <5% (Excepto muestras procedentes del Hospital Infantil y Urgencias)

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 3.17%

Se cumple el estándar establecido (hemólisis < 5%) a excepción de las muestras procedentes de Urgencias (18,09%), y de Hospital Infantil (11,41%) pero es debido al tipo de pacientes. La media total de hemólisis no supera el estándar por lo que se consideran resultados aceptables.

5. Indicador: Gestión de la demanda analítica: Ampliar el número de parámetros con criterios de restricción de repeticiones

Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado

Estándar: >5 %

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: En el caso del proBNP la media anual del porcentaje de muestras rechazadas se encuentra dentro del estándar establecido. Para los parámetros Hb Alc, Proteínas, Proteinograma, Maarcadores de enfermedad celíaca, Vitamina B12, Ácido Fólico y Anticuerpo cíclico citrulinado, el porcentaje oscila entre 0,2 y 2,8. Se constata que existe un buen ajuste de la demanda de estos parámetros debido a que son principalmente pruebas que se solicitan desde primaria o consultas externas.

Cribado neonatal

6. Indicador: Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados

Criterio: La impregnación de los papeles de filtro ha de ser completa y uniforme para su análisis

Estándar: < 1%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 0.48%

7. Indicador: Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio.

Criterio: Los tiempos de recepción de muestras desde la extracción por cada centro han de ser inferiores o iguales a 3 días en Aragón e inferiores o iguales a 5 días fuera de Aragón

Estándar: = 3-5 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Los resultados son satisfactorios.

8. Indicador: Edad a la extracción

Criterio: La edad a la extracción de la primera muestra ha de estar entre el segundo y tercer día de nacimiento

Estándar: Entre 2 y 3 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Correctos para todos los centros.

INDICADORES FASE ANALÍTICA:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

9. Indicador: Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo)

Criterio: Los resultados de los programas de Intercomparativos han de ser satisfactorios

Estándar: >90%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 97.4% Satisfactorio

Cribado neonatal

10. Indicador: Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos

Criterio: El análisis de las muestras en el espectrómetro de masas no ha de presentar incidencias en todo el proceso analítico

Estándar: < 5%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 2.85%. Satisfactorio

INDICADORES FASE POST-ANALÍTICA:

11. Indicador: Tiempos de respuesta (Porcentaje de cumplimiento de los tiempos de respuesta de cada determinación o grupo de parámetros dentro del tiempo de respuesta pactado).

Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado

Estándar: >95%

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: 99,2% Satisfactorio

12. Indicador: Registro de Comunicación de resultados de alarma

Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma ha de realizarse en menos de 48 horas.

Estándar: < 5% notificaciones más de 48h

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Las notificaciones se han enviado en tiempo correcto, se ha evaluado el porcentaje de notificaciones abiertas en un tiempo superior a 48 horas (estándar <5 %). La media anual del porcentaje de notificaciones de resultados críticos abiertas en un tiempo inferior a 24 h ha sido de 94.7% mientras que las abiertas en un tiempo superior a 48h del 3.3%. A lo largo del año el número de notificaciones no abiertas ha disminuido ligeramente, con una media del 14.5%. Las consultas de Cardiología, Oncología, Medicina Interna, Urología y las consultas de Pediatría son las que acumulan mayor porcentaje de notificaciones no abiertas.

Cribado neonatal

13. Indicador: Edad al informe del cribado neonatal

Criterio: El tiempo para la emisión de resultados del cribado neonatal no debe superar los 12 días de vida del recién nacido

Estándar: Igual/ Inferior a 12 días

Análisis: Mensual

Evaluación: Anual

Resultado: Satisfactorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El sistema de gestión de la calidad está correctamente implantado en el servicio de Bioquímica Clínica, el objetivo es la ampliación progresiva de los alcances con la incorporación de las diferentes áreas del laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1076 ===== ***

Nº de registro: 1076

Título
SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Autores:
CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA, GARCIA GONZALEZ ELENA, GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

RELLO VARAS LUIS, PUZO FONCILLAS JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Acreditación Laboratorios
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007.

La última auditoría realizada por ENAC en junio de 2016 se evaluó todo el sistema de gestión de la calidad, incluyendo los objetivos e indicadores de los alcances ya acreditados y las ampliaciones y en septiembre se comunicó la resolución de la comisión de acreditación.

Los alcances acreditados engloban las áreas de Bioquímica General, Inmunoquímica, Proteínas, Metales, Cribado Neonatal, Hemoglobina glicosilada, Hormonas y Cribado Prenatal.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica para mantener y ampliar la acreditación que asegura la competencia técnica en todos los procesos de laboratorio. Para ello se ha establecido un sistema documental de todos los procesos (fases preanalítica, analítica y postanalítica) así como objetivos e indicadores que evalúan periódicamente todas las fases y posibilita la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

MÉTODO

Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en las indicadas por la norma.

- 1.Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
- 2.Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)
- 3.Evaluación y seguimiento del mapa de riesgos (Responsable de Calidad)
- 4.Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)
- 5.Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
- 6.Auditoría interna
- 7.Auditoría externa de ENAC

INDICADORES

Fase Pre-analítica:

1. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado. Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras. Estándar: >85%
2. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido. Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4°C y 25°C. Estándar: <5%
3. Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria. Estándar: <5%
4. Porcentaje de muestras hemolizadas. Estándar: <5%
5. Gestión de la demanda analítica. Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado. Estándar: >5%
6. Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados. Estándar: <1%
7. Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio. Estándar: 3 - 4 días
8. Edad a la extracción. Estándar: 2 - 3 días

Fase Analítica:

9. Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo). Estándar: >90%

10. Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos. Estándar: < 5%

Fase Post- analítica:

11. Tiempos de respuesta. Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado. Estándar: < 5%
12. Registro de Comunicación de resultados de alarma. Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma han de realizarse en menos de 48 horas. Estándar: >95%

Análisis: Mensual. Evaluación: Anual

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

DURACIÓN

Inicio: Septiembre 2016

Fin: Junio 2017

Auditoría interna: Noviembre 2016

Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Diciembre 2016 - Enero 2017.

Registro y Evaluación de Indicadores: Enero 2016 - Diciembre 2016

Revisión del sistema de calidad: Abril 2017

Auditoría externa: Diciembre 2017

Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Diciembre 2017 - Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA GONZALEZ IRAZABAL
· Profesión BIOQUIMICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO
GUALLAR SERRANO PILAR
ROMERO SANCHEZ NAIARA
CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES
MELENDO LAPUENTE EVA
MELENDO VILLANUEVA DAFNE EVANGELINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han evaluado los indicadores fijados para cada uno de los objetivos de calidad que deben cumplir las diferentes etapas del programa de cribado neonatal definidos por el Sistema Nacional de Salud.
Se detectan ciertas desviaciones de los objetivos marcados, lo que permite el establecimiento de planes de mejora para alcanzar el nivel óptimo de eficiencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A continuación se recoge la evaluación de los indicadores propuestos al mismo tiempo que se comparan con los umbrales establecidos por el Sistema Nacional de Salud.

1.- Edad a la extracción primera muestra: entre las 24-72 horas de vida

Resultados propios: 98.4% (óptimo 99%, aceptable 95%)

2.- Calidad de la muestra: muestras no válidas

Resultados propios: 0.38% (óptimo 0.5%, aceptable 2%)

3.- Trazabilidad: muestras recibidas con resultado final

Resultados propios: 100% (óptimo 100%, aceptable 99%)

4.- Transporte: días desde extracción hasta llegada al laboratorio < 4

Resultados propios: 96.7% (óptimo 99%, aceptable 95%)

5.- Tiempo de respuesta: = 3 días

Resultados propios: 94.1% (óptimo 99%, aceptable 95%)

6.- Edad del RN al informe primera muestra: < 10 días

Resultados propios: 99.9% (óptimo 99%, aceptable 95%)

7.- Edad del RN al informe segunda muestra: < 20 días

Resultados propios: 80.3% (óptimo 99%, aceptable 95%)

8.- Remisión de casos positivos al pediatra especialista

Resultados propios: 100% (óptimo 100%, aceptable 100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Programa de Cribado Neonatal de Aragón cumple prácticamente todos los criterios propuestos por el Ministerio, en muchas ocasiones incluso cumple los niveles óptimos que garantizan la máxima eficacia del programa.

Al analizar con detenimiento el transporte de las muestras, se han detectado dos centros en los que el tiempo entre la extracción y la llegada de la muestra al laboratorio excede los 4 días, se han tomado las medidas necesarias realizando un cambio en el sistema del envío con el que el tiempo de transporte ha mejorado considerablemente.

El objetivo fijado para el tiempo de respuesta = 3 días es excesivamente estricto teniendo en cuenta que los laboratorios de Cribado Neonatal desarrollan su actividad solo de lunes a viernes. De esta manera, es imposible que al menos 1/5 del total de las muestras se analicen en menos de 3 días. Además, ha de tenerse en cuenta que la cartera de Cribado Neonatal se ha ampliado en los últimos tiempos, por lo que el tiempo de análisis aumenta.

Un objetivo de calidad que se incumple es que la edad al informe de segundas muestras sea antes de 20 días. Esto se debe a que hay ocasiones en las que el recién nacido por diversas causas no relacionadas con el cribado neonatal como ingreso, tipo de alimentación, prematuridad,..., se retrasa el momento de la segunda extracción con lo que no es posible realizar el informe final antes de los 20 días de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/482 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Nº de registro: 0482

Título
IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Autores:
GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA, HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO, GUALLAR SERRANO PILAR, ROMERO SANCHEZ NAIARA, CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, MELENDO LAPUENTE EVA, MELENDO VILLANUEVA DAFNE EVANGELINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobó el Programa poblacional de cribado neonatal que va a formar parte de la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), instando a establecer protocolos consensuados en el marco del SNS, que permitan abordar en todas las comunidades autónomas de manera homogénea y en base a criterios de calidad los procesos de cribado. Con este fin se han definido una serie de objetivos de calidad que deben cumplir las etapas del programa y los requisitos necesarios para la consecución de estos objetivos. Para cada uno de los objetivos se propone un nivel óptimo y un nivel aceptable.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende analizar y evaluar la situación actual del Programa de Cribado Neonatal de Aragón, respecto al cumplimiento de estos objetivos, lo que permitirá además el establecimiento de planes de mejora para alcanzar el nivel óptimo de eficiencia.

MÉTODO
Se emplearán una serie de indicadores para optimizar diversas actividades relacionadas con distintas etapas del Programa de Cribado Neonatal, cuya correcta realización son imprescindibles para que los resultados de programa sean óptimos.

INDICADORES
Para cada una de las etapas se evaluarán semestralmente los siguientes indicadores:
ETAPA DE LA TOMA DE LA MUESTRA
Tiempo de toma de muestra.
Garantizar toma de muestra en el intervalo de tiempo adecuado, ya que esto repercutirá en el cumplimiento de los plazos de tiempo de las siguientes etapas.
Óptimo: =99 % de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.
Aceptable: =95% de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.
Calidad de la muestra.
Garantizar la calidad y adecuación de la muestra.
Óptimo: =0.5% de muestras no válidas.
Aceptable: =2% de muestras no válidas.
Trazabilidad
Garantizar la correcta trazabilidad e identificación de las muestras. Se debe garantizar la identificación y el seguimiento de todas las muestras desde el inicio del proceso hasta la obtención del resultado final.
Óptimo: 100% de las muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.
Aceptable: 99% de muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.
ETAPA DEL TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS
Tiempo de recepción de las muestras en el laboratorio.
Garantizar la correcta recepción de las muestras en el laboratorio en un plazo de tiempo adecuado y evitar el extravío de muestras.
Óptimo: =95% de las muestras se reciban en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 3 días de la extracción y =99% antes de 4 días de la extracción.
Aceptable: 95% de las muestras se reciban en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 4 días de la extracción.
ETAPA DE RECEPCIÓN DE LAS MUESTRAS, ANÁLISIS Y OBTENCIÓN DE RESULTADOS POR PARTE DEL LABORATORIO DE CRIBADO NEONATAL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Tiempo de respuesta del laboratorio.

Garantizar el tiempo óptimo de respuesta del laboratorio desde la recepción de la muestra.

Óptimo: máximo 3 días para el =99% de las muestras recibidas.

Aceptable: máximo 3 días para el =95% de las muestras recibidas.

Edad del recién nacido a la obtención del resultado por el laboratorio

Maximizar la efectividad del programa. La optimización de la edad a la detección es clave para tener el diagnóstico confirmatorio e instaurar el tratamiento de los casos detectados, lo más rápido posible, antes de que se manifiesten los síntomas de la enfermedad, para evitar o minimizar los daños en el recién nacido.

Se consideran las siguientes situaciones:

- Si el resultado obtenido presenta valores muy alterados con una probabilidad elevada de que padezca la enfermedad, la obtención del primer resultado sobre primera muestra válida será:

Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.

Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.

- Si el resultado obtenido presenta valores dudosos que requieran una segunda muestra para confirmación será:

Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis quística).

Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis quística).

ETAPA DE REMISIÓN DESDE EL LABORATORIO DE CRIBADO, A LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO, DE LOS CASOS DETECTADOS POSITIVOS

Remisión a la unidad clínica de seguimiento desde la obtención del resultado por el laboratorio.

Garantizar que todos los casos detectados positivos, han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento en un plazo de tiempo óptimo.

Óptimo/aceptable: 100% han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento el mismo día de la obtención del resultado por parte del laboratorio

DURACIÓN

Se evaluarán los indicadores correspondientes a los RN nacidos del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0025

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 28/01/2018

2. RESPONSABLE NOELIA JIMENO JIMENEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL ROMEO MARIA CARMEN
VILLEN ANTON ASCENSION
ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Han sido realizados todos los protocolos que en materia de seguridad del paciente quirúrgico has sido descritos en el proyecto. Has sido valorados y aprobados por la Comisión de Cuidados del HUMS y realizadas las correcciones y aportaciones observadas.

Estamos pendientes del volcaje de los mismos en la web informática para su total difusión y de que se marque como objetivo de unidad, para dar formación sobre el mismo, que se ejecute y poder evaluar resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Proyecto formalmente realizado y aprobado.
Pendiente fase de Implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para poder implantarlo hay que determinar que uno de los objetivos de Unidad sea trabajar bajo esta línea de trabajo y así poder medir resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/25 ===== ***

Nº de registro: 0025

Título
PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS)

Autores:
JIMENO JIMENEZ NOELIA, ALONSO ESTEBAN MARIA MERCEDES, MIGUEL ROMEO MARIA DEL CARMEN, VILLEN ANTON ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El velar por la seguridad del paciente sometido a una Intervención Quirúrgica, es la función más importante que tenemos como enfermeras dentro de nuestras actividades en el Bloque Quirúrgico.
Es por ello que creemos imprescindible el crear un sistema de protocolización de los diferentes sistemas de seguridad, a fin de crear una sistemática consensuada y de rigor científico con el objetivo de la mejora de nuestros cuidados en beneficio del aumento de la salud del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0025

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Además de la importancia en incidir en los diferentes sistemas de seguridad, creemos que al mismo tiempo hay una importante carencia en cuanto a la protocolización y estandarización de los mismos en el Bloque Quirúrgico, cosa que nos hace plantearnos un reto importante en cuanto a la implantación y desarrollo de los mismos de manera unánime en materia de seguridad.

En la actualidad, dichos sistemas se aplican de forma mecánica durante el acto Intraoperatorio pero no hay una planificación adecuada de los diferentes procedimientos con rigor científico que dictamine el porqué se debe de hacer de un modo determinado, cosa que puede llevar a errores, a un aumento de los riesgos intra y post operatorios, y en consecuencia, a una disminución de la calidad asistencial en beneficio del usuario.

Por todo ello creemos que es un proyecto no sólo útil en favor de la mejora de la calidad asistencial, sino que es NECESARIO, en el ámbito de los diferentes procedimientos, el bloque quirúrgico, donde el paciente está totalmente desprotegido al estar fuera de su entorno y su familia, y sometido a fármacos que alteran o anulan su capacidad de respuesta, alerta o ayuda ante los diferentes agentes externos que pueden incidir en él. La seguridad es vital para minimizar riesgos.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Crear un entorno seguro en todo paciente sometido a Intervención Quirúrgica, a través de la protocolización de todas las medidas de Seguridad que confluyen en al área quirúrgica.
- 2.- Garantizar la mejora de la calidad de los cuidados por parte del personal que trabaja dentro del bloque quirúrgico de Traumatología de HUMS.
- 3.-Aumentar la motivación y satisfacción del personal del Bloque Quirúrgico de Traumatología de HUMS

MÉTODO

Este proyecto se presentó en la convocatoria anterior 2015, y en este año sería una ampliación para la continuidad en el desarrollo de los protocolos marcados en el mismo.

Se pretende hacer un sistema de protocolización de los diferentes sistemas de Seguridad Intra operatorios incidiendo y minimizando los principales riesgos que acontecen en el paciente:

- < Riesgo úlcera por presión
- < Riesgo de Caídas y Accidentes
- < Riesgo de Luxaciones, roturas o dolor por posturas forzadas.
- < Riesgo de quemaduras
- < Riesgo de Electrocutación
- < Riesgo de alteraciones del sistema inmunitario < Riesgo de Infección

Se realizarán los Protocolos de posicionamiento del paciente en la mesa quirúrgica, Protocolo de prevención de riesgos eléctricos, protocolo de atención al paciente alérgico al látex, Protocolo de Manipulación de hemoderivados, Protocolo de lavado de manos Quirúrgico, Protocolo de desinfección y montaje del campo estéril,....etc

Los responsables de la realización de los mismos serán los profesionales implicados en dicho plan de mejora, y se utilizarán las diferentes fuentes de información científica y el consenso con otros profesionales, para estandarizar criterios.

INDICADORES

Indicadores de Estructura: Creación de protocolos en materia de seguridad

Se realizarán los mismos a través del consenso entre los diferentes profesionales implicados en el tema y a través de las diferentes fuentes de información científica.

Indicadores de Proceso: Porcentaje de personal del Bloque Quirúrgico de Traumatología del HUMS que lleva a cabo el cumplimiento de dicho protocolo

Indicadores de Resultado: Grado de Satisfacción y motivación del personal del Bloque Quirúrgico de Traumatología del HUMS

DURACIÓN

SEPTIEMBRE/OCTUBRE.....revisión del estado de los protocolos desarrollados y puesta en común de los planes futuros

NOVIEMBRE- FEBRERO.....Elaboración de Protocolos

MARZO- MAYO.....Implantación de los mismos en el Bloque quirúrgico

OBSERVACIONES

Se trata de un Proyecto que en la convocatoria anterior, 2015, ya se comentó que seguramente necesitaríamos una ampliación, y así lo solicitamos ahora, para poder completar su desarrollo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0025

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0306

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ELISA QUILEZ FRAJ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL NAVARRO SABRINA
LUIS LOBERA SARA
CABEZON PEREZ MARIA JESUS
URZAINQUI ZABALZA OFELIA
PUEYO ANDREA VERONICA
GARCIA PRIETO ELISA
PRADAS OTAL MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Definición del grupo de trabajo. Diciembre 2016
- Priorización de las técnicas anestésicas a protocolar. Enero 2017
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
Febrero 2017 - Marzo 2017
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema
Febrero - marzo 2017
- Consenso y elaboración de los protocolos de enfermería, sobre las técnicas anestésicas más habituales en quirófano y los cuidados de enfermería a aplicar
Mayo 2017- Septiembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos Específicos:

1. Contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que día a día realizan su actividad en anestesia
2. Actualizar los conocimientos y las habilidades relativas al cuidado del paciente que va a ser anestesiado.
3. Limitar la variabilidad en la práctica asistencial de los equipos de enfermería del bloque quirúrgico, en el área de anestesia.

Indicadores:

1. Existencia de protocolos de enfermería de las técnicas anestésicas priorizadas: SI

- Se han elaborado los protocolos siguientes:

- a. Cuidados de enfermería en la anestesia intradural, intratecal o raquídea
- b. Cuidados de enfermería en la anestesia general
- c. Cuidados de enfermería en la anestesia epidural
- d. Cuidados de enfermería en la anestesia general básica en criocirugía
- e. Cuidados de enfermería ante la alergia al látex

2. Accesibilidad de los protocolos para los profesionales de enfermería del bloque quirúrgico.

Todos los protocolos están accesible al personal del bloque quirúrgico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dado que los pacientes quirúrgicos son más proclives a desarrollar eventos adversos, relacionados tanto con los procedimientos quirúrgicos como con los procedimientos anestésicos, se pone de manifiesto la necesidad de aplicar medidas orientadas a su prevención, entre las que algunos autores han incluido la utilización de guías de práctica clínica, vías clínicas y/o protocolos.

Si nos centramos en la práctica anestésica y de reanimación, la enfermera en quirófano desempeña un papel crucial. Debe estar está capacitada para proveer o participar en la realización de técnicas avanzadas o especializadas, así como en la aplicación de diferentes técnicas analgésicas y el manejo seguro de fármacos de alto riesgo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/306 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0306

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

Nº de registro: 0306

Título
MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
QUILEZ FRAJ ELISA, GIL NAVARRO SABRINA, LUIS LOBERA SARA, CABEZON PEREZ MARIA JESUS, URZAINQUI ZABALZA OFELIA, PUEYO ANDREA VERONICA, GARCIA PRIETO ELISA, PRADAS OTAL MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las principales organizaciones de salud (OMS, OPS, Comité Europeo de Sanidad), agencias y organismos internacionales (AHRQ, NPSA, ACSQHC, OCDE) han desarrollado estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica. Todas ellas coinciden en recomendar a los diferentes gobiernos que sitúen la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes.

Las áreas quirúrgicas, son unidades complejas, multidisciplinarias, donde nos enfrentamos con relativa frecuencia a situaciones críticas.

Dado que los pacientes quirúrgicos son más proclives a desarrollar eventos adversos, relacionados tanto con los procedimientos quirúrgicos como con los procedimientos anestésicos, se pone de manifiesto la necesidad de aplicar medidas orientadas a su prevención, entre las que algunos autores han incluido la utilización de guías de práctica clínica, vías clínicas y/o protocolos.

Si nos centramos en la práctica anestésica y de reanimación, la enfermera en quirófano desempeña un papel crucial. Debe estar está capacitada para proveer o participar en la realización de técnicas avanzadas o especializadas, así como en la aplicación de diferentes técnicas analgésicas y el manejo seguro de fármacos de alto riesgo.

Los protocolos son especialmente útiles en los procedimientos anestésicos, ya que los técnicas a aplicar y los esquemas de administración de fármacos son complejos y variados, lo que facilita la aparición de errores. El uso de protocolos, logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal de enfermería de recién incorporación a la plantilla pueda realizar, de manera segura, un proceso que no le resulte familiar. Protocolizando las técnicas más habituales en anestesia conseguiremos mejorar y actualizar nuestros conocimientos para ofrecer una asistencia con la máxima eficacia, calidad y seguridad para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

General:

? Garantizar un cuidado integral, seguro y de calidad del paciente quirúrgico anestesiado.

Específicos:

- Contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que día a día realizan su actividad en anestesia
- Actualizar los conocimientos y las habilidades relativas al cuidado del paciente que va a ser anestesiado.
- Limitar la variabilidad en la práctica asistencial de los equipos de enfermería del bloque quirúrgico, en el área de anestesia.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.
- Priorización de las técnicas anestésicas a protocolarizar.
- Análisis del contexto específico en que se van a aplicar.
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0306

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

- Consenso y elaboración de los protocolos de enfermería, sobre las técnicas anestésicas más habituales en quirófano y los cuidados de enfermería a aplicar.
- Implementar y evaluar el proyecto.

INDICADORES

- Existencia de protocolos de enfermería de las técnicas anestésicas priorizadas.
- Accesibilidad de los protocolos para los profesionales de enfermería del bloque quirúrgico.
- Nº de profesionales de enfermería que conocen el contenido de los protocolos realizados´

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 - Noviembre 2016
- Priorización, análisis y revisión bibliográfica - Diciembre 2016 - Marzo 2017
- Consenso y realización de los protocolos - Abril 2017 - Junio 2017
- Implementar y evaluar - Julio - Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0355

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE SARA LUIS LOBERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOBREVIELA PELEGRIN RUBEN
VALLEJO GUTIERREZ RAQUEL
BADESA PEÑA ANA ISABEL
SERRANO PELLICER SUSANA
QUILEZ FRAJ ELISA
MONTESINOS GUILLEN MARIA JOSE
TRASOBARES GRACIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Definición del grupo de trabajo: Octubre - Noviembre 2016
- Priorización de las intervenciones quirúrgicas a protocolarizar: Enero 2017
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible: Febrero 2017- Mayo 2017
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos : Febrero - Mayo 2017
- Consenso y elaboración de los protocolos en formato fichas quirúrgicas sobre las técnicas quirúrgicas y la forma de realizarla con detalle claro y preciso, de la patología, cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorio inmediato, instrumental quirúrgico, suturas necesarias, pasos a seguir en la intervención, materiales a utilizar y peculiaridades a tener en cuenta. En total se han elaborado 36 protocolos en formato de ficha quirúrgica. Junio 2017- Diciembre 2017
- Evaluar el proyecto. Diciembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los protocolos en formato de fichas quirúrgicas de las intervenciones quirúrgicas que se han elaborado son:

- Dehiscencia de esternón - Toracoscopea
- Implante de marcapasos - Toracostomía
- Reintervención cirugía cardiaca - Video toracoscopea
- Taponamiento cardiaco - Suturas mecánicas
- Acceso perianal - Reparación rotura ocular
- Apendicectomía abierta - Traqueotomía definitiva
- Colectomía abierta - Biopsia renal
- Colectomía laparoscópica - Cateterismo ureteral
- Colectomía total. Perforación IG - Colocación de doble J
- Hernia Incarcerada - Nefrostomía percutánea
- Laparoscopia exploradora - Revisión implante renal
- Laparotomía por perforación ID - Torsión testicular
- Perforación esofágica - Amputación supra e infra condilea
- Perforación estomago - Aneurisma abdominal
- Resección intestinal - Aneurisma aorto abdominal
- Sangrado hepático - Bypass - femoro- femoral
- Vía biliar complicada - Embolectomía
- Fistula arterio- venosa - Tratamiento electroconvulsivo

Todos los profesionales de los quirófanos de urgencias del HUMS conocen y tienen acceso a los protocolos en formato electrónico. Está pendiente la impresión a color de los mismos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los protocolos son especialmente útiles en los procedimientos quirúrgicos, ya que las técnicas a aplicar son complejas y variadas.

El uso de protocolos, logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal de enfermería de recién incorporación a la plantilla pueda realizar, de manera segura, un proceso que no le resulta familiar. La realización de los protocolos nos ha permitido mejorar y actualizar nuestros conocimientos y consensuar las intervenciones de enfermería a realizar en dichas intervenciones quirúrgicas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/355 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0355

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO

Nº de registro: 0355

Título
DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
LUIS LOBERA SARA, SOBREVIELA PELEGRIN RUBEN, VALLEJO GUTIERREZ RAQUEL, BADESA PEÑA ANA ISABEL, SERRANO PELLICER SUSANA, QUILEZ FRAJ ELISA, MONTESINOS GUILLEN MARIA JOSE, TRASOBARES GRACIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los principales retos que afronta la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados es dar una respuesta de calidad a las necesidades sanitarias de una población, cada vez más exigente, en el marco de las limitaciones impuestas por el contexto económico y presupuestario.

Esta respuesta de calidad, frente al complejo proceso de toma de decisiones sanitarias, se ve dificultada, aún más, por la constante aparición de nuevas tecnologías, nuevas formas de trabajo y por la diversidad de criterios asistenciales para atender una misma condición clínica.

Durante los últimos años, probablemente bajo la influencia de la filosofía de la medicina basada en la evidencia, se ha considerado que la variabilidad en la práctica clínica es un verdadero problema asistencial, ya que las diferencias en el tipo de cuidados aplicados, sugieren la existencia de prácticas subóptimas. Disminuir la misma debe ser un objetivo prioritario de nuestra organización.

De esta necesidad, surge la idea de protocolarizar las diferentes intervenciones quirúrgicas en las que colaboran los equipos de enfermería. La idea es poder desarrollar protocolos de enfermería en el bloque quirúrgico, realizados por y para profesionales de enfermería, con el fin de poder contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a dichos profesionales, como documento de consulta y formación, contribuyendo así a disminuir la variabilidad en la práctica clínica y a que la atención proporcionada a los pacientes quirúrgicos sea cada día de más calidad

RESULTADOS ESPERADOS

General:

? Garantizar la calidad y la mejora continua de los cuidados de enfermería en el bloque quirúrgico.

Específicos:

- Limitar la variabilidad en la práctica asistencial de los equipos de enfermería del bloque quirúrgico.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería por un trabajo bien hecho.
- Eliminar o reducir costes innecesarios derivados de la variabilidad del cuidado.
- Conducir la atención de enfermería en la dirección científica, contribuyendo al desarrollo de la cultura de la evidencia.
- Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, en el formato adecuado.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.
- Priorización de las intervenciones quirúrgicas a protocolarizar.
- Análisis del contexto específico en que se van a aplicar.
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.
- Consenso y elaboración de los protocolos en formato fichas quirúrgicas sobre las técnicas quirúrgicas y la forma de realizarla con detalle claro y preciso, de la patología, cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorio inmediato, instrumental quirúrgico, suturas necesarias, pasos a seguir en la intervención, materiales a utilizar y peculiaridades a tener en cuenta.
- Implementar y evaluar el proyecto.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0355

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO

- Existencia de protocolos en formato de fichas quirúrgicas de las intervenciones quirúrgicas priorizadas.
- Accesibilidad de los protocolos para los profesionales de enfermería del bloque quirúrgico.
- N° de profesionales de enfermería que conocen el contenido de los protocolos realizados'

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 - Noviembre 2016
- Priorización, análisis y revisión bibliográfica - Diciembre 2016 - Marzo 2017
- Consenso y realización de los protocolos - Abril 2017 - Junio 2017
- Implementar y evaluar - Julio - Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0356

1. TÍTULO

HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE LUIS FERNANDO MANCHON LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COLLADO VILLAVERDE SORAYA
CHUECA TORAL LORENA
ALVAREZ FERNANDEZ JOSE LUIS
CARCAVILLA SARRATO SARA
PLANAS SERRANO MARIA JOSE
NOVEL CARBO LAURA
SERRANO BERITENS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Definición del grupo de trabajo. Enero 2017
- Revisión bibliográfica sobre la aplicación del modelo de Virginia Henderson en el acto quirúrgico- Febrero - Marzo 2017
- Consenso e integración de la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos de enfermería. - Abril -mayo 2017
- Aplicación del modelo de forma planificada, sistemática y continua en los protocolos de enfermería del bloque - Junio -noviembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Siguiendo el modelo de Virginia Henderson se realiza una valoración enfermera preoperatoria para detectar las necesidades del paciente quirúrgico. Tras consenso del equipo del proyecto se incide en la importancia de incluir y desarrollar la necesidad de seguridad (evitar peligros del entorno) en todos los protocolos N° de protocolos quirúrgicos de enfermería con valoración enfermera.
- Total de protocolos de enfermería: Se ha incluido en el 100% de los protocolos de enfermería existentes en el quirófano de urgencia del HUMS la valoración enfermera preoperatoria, incidiendo en la aplicación de la valoración de la necesidad de seguridad. N° de profesionales de enfermería del quirófano que aplican la valoración preoperatoria.
- Total de profesionales de enfermería de quirófano: El 100% de los profesionales de enfermería del quirófano de urgencia aplican el procedimiento desarrollado en el protocolo para evitar riesgos del entorno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Teniendo en cuenta que el momento de la cirugía sitúa a las personas en una situación vulnerable, especialmente en el ámbito físico y emocional, es imprescindible poder identificar a través de una valoración enfermera planificada, sistemática y continua, las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas del paciente Es importante incidir en la valoración enfermera ya que nos ayuda a prevenir posibles errores que se pueden realizar en la práctica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/356 ===== ***

Nº de registro: 0356

Título
HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA

Autores:
MANCHON LOPEZ LUIS FERNANDO, COLLADO VILLAVERDE SORAYA, CHUECA TORAL LORENA, ALVAREZ FERNANDEZ JOSE LUIS, CARCAVILLA SARRATO SARA, PLANAS SERRANO MARIA JOSE, NOVEL CARBO LAURA, SERRANO BERITENS CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0356

1. TÍTULO

HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA

Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sociedad e incluso muchos profesionales consideran que los equipos de enfermería que trabajan en las áreas quirúrgicas realiza una labor muy técnica en la que hay poco tiempo para prestar cuidados. Se precisan conocimientos, actitudes y habilidades técnicas en cirugía pero además estar capacitado para desarrollar un juicio crítico y tener habilidades intelectuales para que la relación enfermera-paciente esté sustentada en el cuidado humano, proporcionando cuidados integrales independientemente de la patología del paciente. Siguiendo a Bernard y Sandelowski, "La enfermera es el puente que une la tecnología con la atención de la salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en medios ambientales tecnológicos. Teniendo en cuenta que el momento de la cirugía sitúa a las personas en una situación vulnerable, especialmente en el ámbito físico y emocional, es imprescindible poder identificar a través de una valoración enfermera planificada, sistemática y continua, las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas del paciente para poder poner en marcha un programa individualizado y humanizado de cuidados de enfermería durante todo el proceso quirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS

General:

? Proporcionar una atención, a los pacientes que requieren una intervención quirúrgica, que satisfaga sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos cuidados de enfermería especializados y humanizados basados en el Modelo de Virginia Henderson

Específicos:

- Concienciar a los profesionales de enfermería acerca de la necesidad de mejorar la forma de interactuar con el paciente en el momento de la valoración enfermera durante el proceso quirúrgico.
- Integrar la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos de enfermería

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.
- Revisión bibliográfica sobre la aplicación del modelo de Virginia Henderson en el acto quirúrgico
- Consenso e integración de la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos de enfermería.
- Aplicación del modelo de forma planificada, sistemática y continua.
- Estudio observacional sobre la aplicación del proceso de valoración enfermera según modelo de Virginia Henderson.

INDICADORES

- Existencia del proceso de valoración enfermera en los protocolos quirúrgicos de enfermería.
- Nº de profesionales que realizan la valoración enfermera siguiendo el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson.

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 - Noviembre 2016
- Revisión bibliográfica -Diciembre 2016 - Enero - Febrero
- Integrar el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos
- Marzo 2017- Mayo 2017
- Estudio observacional sobre la valoración enfermera preoperatoria.
- Junio 2017 - Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0357

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR PALOMO GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTESINOS TORTOSA LUCIA
LOPEZ ARTAL LORENA
ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA
VALLE TAJADA MARTA
MARTINEZ MORERA NATALIA
GREGORIO PEREZ EVANGELINA
CATALAN GARCIA LARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Definición del grupo de trabajo. Diciembre 2016
Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS.
Febrero 2017 - Marzo 2017
Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico.
Observando aprendemos. - marzo 2017 - junio 2017
Sesiones formativas - Se realizan 2 sesiones formativas en la incorporación de nuevos profesionales de enfermería al bloque

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico- Realizada
Nº de sesiones de formación realizadas en el bloque quirúrgico - 2
Nº de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto. - el 98 % de los profesionales de enfermería del quirófano de urgencia realizan correctamente el lavado tras el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Habría que extender el programa a todos los profesionales que atienden directamente el proceso quirúrgico. Aunque inicialmente el proyecto se definió para formar al personal de enfermería tras el estudio observacional se evidencian errores en la realización del lavado quirúrgico en los médicos, fundamentalmente en los médicos residentes
Es efectivo tener la herramienta accesible en todos los escritorios de los ordenadores del bloque para ser fácilmente consultados

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto fue incluido en el acuerdo de gestión del año 2017.
Habría que continuar con la línea de trabajo

*** ===== Resumen del proyecto 2016/357 ===== ***

Nº de registro: 0357

Título
LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Autores:
PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR, MONTESINOS TORTOSA LUCIA, LOPEZ ARTAL LORENA, ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA, VALLE TAJADA MARTA, MARTINEZ MORERA NATALIA, GREGORIO PEREZ EVANGELINA, CATALAN GARCIA LARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0357

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El programa de la OMS "Una atención limpia es una atención más segura" aborda un aspecto clave en la seguridad de los pacientes que reciben atención sanitaria: prevenir la transmisión de agentes patógenos mediante el fomento de la higiene y el lavado de manos, con objeto de disminuir la incidencia de la infección nosocomial. Dentro de este tipo de infecciones, la de localización quirúrgica representa de un 14% a un 16% de las que se desarrollan en pacientes hospitalizados ocupando el tercer lugar entre las infecciones nosocomiales. Con estos datos, el objetivo principal que la OMS se ha marcado para el presente año es la mejora de las prácticas de higiene de las manos en todos los servicios quirúrgicos. Teniendo en cuenta que el bloque quirúrgico es una zona de especial riesgo por la instrumentación, manipulación y ruptura de barreras naturales que se realizan sobre los pacientes; es una prioridad que todos los profesionales que desarrollan su actividad, en dicha área, se adhieran al cumplimiento de las normas de higiene recomendadas por la OMS con el fin de contribuir a reducir la propagación de infecciones potencialmente letales.

RESULTADOS ESPERADOS

General:

? Garantizar la seguridad del paciente, evitando eventos adversos asociados a la atención quirúrgica como las infecciones nosocomiales.

Específicos:

- Concienciar acerca de la necesidad de que se mejoren y mantengan las prácticas de higiene de las manos quirúrgico en el momento oportuno y de la forma apropiada.
- Mejorar la adherencia al programa de higiene de manos.
- Mejorar el conocimiento y las prácticas sobre el método de higiene de las manos quirúrgicas.
- Contribuir a reducir el riesgo de transmisión de infecciones
- Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, en el formato adecuado.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.
- Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS.
- Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico. Observando aprendemos.
- Realización de sesiones formativas para el personal de enfermería
- Evaluación de resultados

INDICADORES

- Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico.
- N° de sesiones de formación realizadas en el bloque quirúrgico
- N° de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto.

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 - Noviembre 2016
- Revisión bibliográfica -Diciembre 2016 - Febrero 2017
- Elaboración del programa visual - Marzo 2017- Mayo 2017
- Sesiones formativas - En la incorporación de profesionales de nueva incorporación.
- Estudio observacional sobre el correcto lavado de manos -Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0357

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR PALOMO GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTESINOS TORTOSA LUCIA
LOPEZ ARTAL LORENA
ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA
VALLE TAJADA MARTA
MARTINEZ MORERA NATALIA
GREGORIO PEREZ EVANGELINA
CATALAN GARCIA LARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Definición del grupo de trabajo: Diciembre 2016

Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS:

Febrero - Marzo 2017

Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico

"Observando aprendemos": marzo - junio 2017

Sesiones formativas en la incorporación de nuevos profesionales de enfermería.

Se incorpora el modulo de higiene de manos en bloque quirúrgico en el programa formativo de Infección quirúrgica

Zero.

Durante el año 2018 se han realizado un total 4 ediciones en los que se han formado a 25 profesionales en cada una de ellas (en total 100 profesionales formados)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico- 2017

Nº de sesiones formativas realizadas en el bloque quirúrgico en la incorporación de nuevos profesionales - 4 (2017-2018)

Incorporación del modulo de higiene de manos en bloque quirúrgico en el programa formativo de IQZ: se realizan 4 sesiones donde formamos a 100 profesionales.

Nº de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto- Tras el último corte observacional el 93,10% de los profesionales han realizado correctamente la técnica del lavado de manos quirúrgico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es prioritario sensibilizar a todos los profesionales sobre la importancia de la higiene de manos para prevenir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. La formación continuada, en este área, es un aspecto clave.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/357 ===== ***

Nº de registro: 0357

Título

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Autores:

PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR, MONTESINOS TORTOSA LUCIA, LOPEZ ARTAL LORENA, ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA, VALLE TAJADA MARTA, MARTINEZ MORERA NATALIA, GREGORIO PEREZ EVANGELINA, CATALAN GARCIA LARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0357

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDA

Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El programa de la OMS "Una atención limpia es una atención más segura" aborda un aspecto clave en la seguridad de los pacientes que reciben atención sanitaria: prevenir la transmisión de agentes patógenos mediante el fomento de la higiene y el lavado de manos, con objeto de disminuir la incidencia de la infección nosocomial. Dentro de este tipo de infecciones, la de localización quirúrgica representa de un 14% a un 16% de las que se desarrollan en pacientes hospitalizados ocupando el tercer lugar entre las infecciones nosocomiales. Con estos datos, el objetivo principal que la OMS se ha marcado para el presente año es la mejora de las prácticas de higiene de las manos en todos los servicios quirúrgicos. Teniendo en cuenta que el bloque quirúrgico es una zona de especial riesgo por la instrumentación, manipulación y ruptura de barreras naturales que se realizan sobre los pacientes; es una prioridad que todos los profesionales que desarrollan su actividad, en dicha área, se adhieran al cumplimiento de las normas de higiene recomendadas por la OMS con el fin de contribuir a reducir la propagación de infecciones potencialmente letales.

RESULTADOS ESPERADOS
General:

? Garantizar la seguridad del paciente, evitando eventos adversos asociados a la atención quirúrgica como las infecciones nosocomiales.

Específicos:

- Concienciar acerca de la necesidad de que se mejoren y mantengan las prácticas de higiene de las manos quirúrgico en el momento oportuno y de la forma apropiada.
- Mejorar la adherencia al programa de higiene de manos.
- Mejorar el conocimiento y las prácticas sobre el método de higienes de las manos quirúrgicas.
- Contribuir a reducir el riesgo de transmisión de infecciones
- Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, en el formato adecuado.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.
- Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS.
- Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico. Observando aprendemos.
- Realización de sesiones formativas para el personal de enfermería
- Evaluación de resultados

INDICADORES

- Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico.
- N° de sesiones de formación realizadas en el bloque quirúrgico
- N° de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto.

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 - Noviembre 2016
- Revisión bibliográfica -Diciembre 2016 - Febrero 2017
- Elaboración del programa visual - Marzo 2017- Mayo 2017
- Sesiones formativas - En la incorporación de profesionales de nueva incorporación.
- Estudio observacional sobre el correcto lavado de manos -Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0543

1. TÍTULO

MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ELISA QUILEZ FRAJ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
URZAINQUI ZABALZA OFELIA
LUIS LOBERA SARA
CABEZON PEREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se definió el grupo de trabajo que iba a trabajar en este proyecto
2. Se priorizaron las áreas a incluir en el manual de bolsillo, y más específicamente las intervenciones quirúrgicas que se iban a incluir en el mismo y la información que se iba a recoger de cada una.
3. Se busco la mejor evidencia científica disponible y se contó con el juicio y valoración de los profesionales que trabajan diariamente en el área y que son expertos en el tema.
4. Tras llegar a un consenso se elaboró cada uno de los temas que se iba a incluir.
5. Para finalizar el proyecto se ha realizado la impresión del Manual de bolsillo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El resultado definitivo era la elaboración del manual de bolsillo para las enfermeras de nueva incorporación
2. Tanto los profesionales que lo hemos realizado como los profesionales de nueva incorporación que lo están utilizando están satisfechos con la nueva herramienta que facilita la incorporación a un área tan especializada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los planes de acogida a personal de nueva incorporación en nuestro bloque quirúrgico, se han convertido en un aspecto clave a tener en cuenta dentro de nuestra organización de trabajo.
Dentro del plan de acogido hemos incluido la realización de un manual de bolsillo, para el personal de nueva incorporación, que recoge las intervenciones que más frecuentemente realizamos en nuestra área
Contar con este manual de bolsillo, para las enfermeras del bloque quirúrgico, ha contribuido de manera favorable a mejorar el nivel competencial del personal de nueva incorporación, a su integración en el equipo, a aumentar la seguridad y la satisfacción laboral del personal, a disminuir de la carga laboral de formación del resto del equipo y a mejorar la imagen corporativa de nuestra unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/543 ===== ***

Nº de registro: 0543

Título
MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Autores:
QUILEZ FRAJ ELISA, URZAINQUI ZABALZA OFELIA, LUIS LOBERA SARA, CABEZON PEREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirúrgico
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0543

1. TÍTULO

MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.

En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.

Dentro de este marco conceptual contar con un manual de bolsillo para las enfermeras del bloque quirúrgico contribuye de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, el aumento de la seguridad, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general del manual -en formato de bolsillo- es servir como un instrumento de trabajo para todo el personal de nueva incorporación en el bloque quirúrgico.

Como objetivos específicos pretendemos:

- * Reducir el estrés que supone para las enfermeras el incorporarse al bloque quirúrgico
- * Proporcionar al personal la información general más útil para la integración en el servicio
- * Proporcionar la información específica sobre el material y las técnicas más habituales en quirófano

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.
- Priorización de las áreas a incluir en el manual de bolsillo
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.
- Consenso y elaboración de cada uno de los temas
- Implementar y evaluar el proyecto.

INDICADORES

- * Se ha realizado el manual de bolsillo: SI
- * Satisfacción de los profesionales de enfermería con el manual:

El 90% de los profesionales están satisfechos con la información que recoge el manual de bolsillo

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo- Abril 2018
- Priorización de las áreas a incluir en el manual de bolsillo - Mayo 2018
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible- Mayo - Septiembre 2018
- Valoración y juicio de los profesionales expertos en el tema: Mayo -Septiembre 2018
- Consenso y elaboración de cada uno de los temas: Mayo - Septiembre 2018
- Elaboración final del manual de bolsillo- Octubre 2018 - Noviembre 2018
- Evaluar el proyecto- Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0543

1. TÍTULO

MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1278

1. TÍTULO

EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE LUIS FERNANDO MANCHON LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COLLADO VILLAVERDE SORAYA

VALLE TAJADA MARTA

CATALAN GARCIA LARA

MARTINEZ MORERA NATALIA

GIMENO GALLEGO LAURA MARIA

GREGORIO PEREZ EVANGELINA

SERRANO PELLICER SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se ha realizado en el año 2018 en los quirófanos de urgencias del bloque quirúrgico B .
En primer lugar se creó el grupo de trabajo, el cual priorizo del instrumental y las cajas de los quirófanos de urgencias del HUMS a categorizar.

El grupo considero categorizar:

1. Instrumental especialidad oftalmología de urgencia: Caja de instrumental de oftalmología general, Caja de instrumental de catarata, Caja de instrumental de enucleación y Caja de instrumental de extracción corneal.
2. Instrumental especialidad de vascular de urgencia: Caja de instrumental de amputación, Caja de instrumental de embolectomía, y Caja de instrumental de fistula.
3. Instrumental especialidad de cirugía general de urgencia: Caja de instrumental de cirugía menor, Caja de instrumental de cirugía General y Caja de instrumental de Laparotomía de vías biliares.
4. Caja especialidad de urología de urgencia: Caja de endoscopia, Caja de RTV, Caja de cateterismo uretral.
5. Caja especialidad de otorrino de urgencia: Caja de traqueostomía.

Tras la priorización se realizaron las fotografías de todo el instrumental incluido en cada una de las cajas y de las cajas con el material en su totalidad.

Tras la realización de las fotos se han montado unas fichas por especialidad quirúrgica, donde se incluye todo el material con su fotografía, la definición del mismo y su utilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- En total se han categorizado 14 cajas de instrumental quirúrgico de las especialidades más frecuentes del quirófano de urgencias del Bloque B del HUMS.
- Contamos con fichas para cada una de las cajas con todo su material, donde incluimos fotografía del mismo, definición y funciones.
- Estamos pendientes de la impresión y plastificación del catalogo por parte de la reprografía del servicio Aragonés de salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que encontramos cierta dificultad para la impresión y plastificación de documentación una vez realizado el trabajo, así como para la solicitud del numero de copias, ya que está limitado el numero que podemos solicitar.

Creemos que es una documentación importante para entregar a todo el personal de nueva incorporación en los quirófanos, ya que les va a permitir poder identificar cada una de las piezas que componen las cajas quirúrgicas y conocer el material que se necesita preparar en las intervenciones que se realizan mas frecuentemente en la urgencia.

Pensamos que este proyecto se podría replicar en cualquier área del bloque quirúrgico

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1278 ===== ***

Nº de registro: 1278

Título

EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1278

1. TÍTULO

EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

Autores:

MANCHON LOPEZ LUIS FERNANDO, COLLADO VILLAVERDE SORAYA, VALLE TAJADA MARTA, CATALAN GARCIA LARA, MARTINEZ MORERA NATALIA, GIMENO GALLEGO LAURA MARIA, GREGORIO PEREZ EVANGELINA, SERRANO PELLICER SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La instrumentación quirúrgica se define como "el arte y la capacidad de participar en el acto quirúrgico, en el manejo del instrumental y accesorios, e impartir técnicas de esterilidad".
Dicha definición nos muestra, a la enfermera instrumentista como un componente vital del equipo quirúrgico, la cual debe tener el conocimiento de la técnica a llevar a cabo y del instrumental quirúrgico que se debe utilizar y proporcionar la máxima eficacia en el manejo del mismo durante la intervención quirúrgica.
Contar con un manual fotográfico del instrumental existente en las diferentes cajas quirúrgicas del bloque quirúrgico del HUMS es una herramienta que va a permitir al personal de nueva incorporación poder identificar cada una de las piezas que componen dichas cajas, la función de las mismas para finalmente poder ofrecer una asistencia con la máxima eficacia, calidad y seguridad.

RESULTADOS ESPERADOS

-Contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería de nueva incorporación en el bloque quirúrgico del HUMS
-Reconocer el instrumental quirúrgico que se tiene a disposición en las diferentes cajas quirúrgicas del HUMS por especialidad
-Conocer la utilidad e importancia de cada instrumento quirúrgico

MÉTODO

-Definición del grupo de trabajo
-Priorización del instrumental y las cajas de los quirófanos del HUMS a categorizar
-Realización de fotografías para identificar el instrumental y la caja quirúrgica
-Montar el catálogo en el que se incluirá:
Especialidad quirúrgica, fotografía del instrumental y de la caja quirúrgica, la definición del mismo y sus funciones

INDICADORES

-Catálogo realizado: SI
-Nº de cajas o sets quirúrgicos categorizados e incluidos en el catálogo - Al menos se categorizaran 10 cajas quirúrgicas

DURACIÓN

•Priorización del instrumental y las cajas de los quirófanos del HUMS a categorizar-
Abril- junio 2018
•Realización de fotografías para identificar el instrumental y la caja quirúrgicaJunio - Octubre 2018
•Montar el catálogo de instrumental - Noviembre 2018
•Evaluación - Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Dado el número total quirófanos existentes actualmente en todo el Hospital Miguel Servet y para poder completar el proyecto en todas las áreas se considerará un proyecto que podría ser continuista para los próximos años.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1278

1. TÍTULO

EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1279

1. TÍTULO

INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR PALOMO GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARDIL REDONDO ALBA
SABIO FORNOZA MARIA LUISA
SERRANO PELLICER SUSANA
MARTINEZ MORERA NATALIA
CATALAN GARCIA LARA
BUÑUEL ASIN ELENA
ARIZA RUIZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el 2018 se creó el grupo de trabajo y se consensuó la información, relacionada con el material utilizado en cada uno de los procedimientos, que iban a ser incluidos en el proyecto.
Posteriormente se realizó una revisión de la información existente sobre las cajas de instrumental que existen en la actualidad y el material suelto que se utiliza y se actualizó aquellos apartados que se consideraron adecuados. Tras esto el grupo consideró incluir en el proyecto los siguientes procedimientos:

En la Especialidad cirugía general de urgencia:

- Apendicectomía
- Laparotomía vías biliares
- Laparotomía Estómago colón
- Laparoscopia
- Abscesos

En la especialidad de cirugía cardiaca de urgencia:

- Caja de extracorpórea
- Caja de marcapasos
- Reintervención

En la especialidad de cirugía torácica de urgencia:

- Pleuroscopia
- Videotoracoscopia menor
- Toracotomía A o B
- Vidiotoracoscopia Scaland

En la especialidad de urología de urgencia:

- Básico de urología
- Implante renal
- Cateterismo
- Cirugía menor urológica
- RTU
- Nefrectomía

En la especialidad de cirugía vascular:

- Amputación grande
- Amputación pequeña
- Embolectomía
- Vascular 1 o 2
- Fístula tipo vascular

En la especialidad de oftalmología:

- Catarata

En la especialidad de ORL:

- Traqueotomía

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2018 se han creado códigos QR para 25 procedimientos.
Usando este sistema, todo el personal del quirófano de urgencias del bloque B puede visualizar todo el material que va a necesitar para los diferentes procedimientos quirúrgicos, que se han incluido en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1279

1. TÍTULO

INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS

proyecto, a través de su móvil.

El personal que tiene acceso considera que es una herramienta sencilla y rápida en su manejo, a la vez que les permite consultar la información desde cualquier punto del área quirúrgica sin tener que desplazarse hasta un ordenador para consultar la información que se necesita, siendo vital en un quirófano de urgencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo considera que el trabajo realizado, ha cumplido con nuestros objetivos iniciales.

Los carteles con los códigos QR se han colocado en los lugares estratégicos acordados: almacén de material estéril, antequirófano de urgencia y sala de estar.

El sistema que hemos diseñado, nos va a permitir analizar, anualmente, las visitas recibidas mediante un sistema de recuento de descarga de los códigos. Con ello podremos valorar la utilidad de la herramienta en nuestra unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1279 ===== ***

Nº de registro: 1279

Título
INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS

Autores:
PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR, CARDIL REDONDO ALBA, SABIO FORNOZA MARIA LUISA, SERRANO PELLICER SUSANA, MARTINEZ MORERA NATALIA, CATALAN GARCIA LARA, BUÑUEL ASIN ELENA, ARIZA RUIZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad, el acceso a los protocolos de actuación, para el personal de enfermería de nueva incorporación en el bloque quirúrgico, se realiza a través de la consulta de la intranet del hospital. Acceder a esta información de manera sencilla y rápida y desde cualquier punto es una demanda habitual.

Dentro de este marco conceptual y teniendo en cuenta que los profesionales de enfermería cada vez emplean más el teléfono como herramienta de consulta y soporte durante nuestra jornada de trabajo, vemos que la aplicación del QR en nuestro bloque quirúrgico puede ayudarnos a acercar el conocimiento a los profesionales de nueva incorporación

RESULTADOS ESPERADOS

Usando este sistema queremos acercar al profesional de enfermería de nueva incorporación el conocimiento necesario para conocer el contenido de las cajas de las diferentes especialidades atendidas en el quirófano de urgencias del HG, para que mediante su Smartphone puedan visualizar su contenido todas las veces que sean necesarias.

MÉTODO

-Definir la información, relacionada con las cajas de instrumentación, que se van a incluir en códigos QR
-Revisión de la información y actualización si es preciso.
-Creación de los códigos QR
-Evaluación utilidad / satisfacción de usuarios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1279

1. TÍTULO

INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS

INDICADORES

- Número de cajas de instrumentación con código QR: 10 cajas para el año 2018
- N° de profesionales de enfermería del quirófano de urgencias del HG que ven útil el Sistema: 75%

DURACIÓN

- Definir la información, relacionada con las cajas de instrumentación, que se van a incluir en códigos QR. Revisión de la información y actualización si es preciso. Abril 2018 - Junio 2018
- Creación de los códigos QR: Septiembre 2018
- Evaluación utilidad: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Según la utilidad final, y dado el número total de cajas existentes en el bloque quirúrgico del HG se considerará un proyecto continuista para los próximos años hasta completar la totalidad de las cajas que se crea necesario

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1502

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN BUISAN FRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL ROMEO CARMEN
FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA
DELGADO ALCALDE CRISTINA
ROMERA BELTRAN ANA CRISTINA
USON LUCEA SONIA
SUBIAS CADENAS DELIA
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 hemos definido el grupo de trabajo que iba a trabajar en este proyecto Se han priorizado las intervenciones quirúrgicas que se iban incluir en los protocolos formato de fichas quirúrgicas, Se ha buscado la mejor evidencia científica disponible y hemos contado con el juicio y valoración de los profesionales que trabajan diariamente en el área y que son expertos en el tema. Tras llegar a un consenso se han elaborado las fichas quirúrgicas de intervenciones del área de traumatología, cirugía plástica y maxilofacial. Se han plastificado e incluido en la carpeta de protocolos quirúrgicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los procedimientos quirúrgicos que se han protocolarizado, en formato de fichas quirúrgicas durante el año 2018 en el bloque quirúrgico han sido:

Cirugía Plástica:

1. Abdominoplastia
2. Colgajo DIEP (Deep Inferior Epigástrico Perforator)
3. Colgajo Musculocutáneo del Dorsal Ancho

Maxilofacial:

1. Fractura Mandibular
2. Fractura Órbita / Orbitomalar
3. Intubación Difícil
4. Quistectomía Con O Sin Extracciones
5. Resección De Tumor
6. Vaciamiento Cervical

Traumatología

1. Cerclaje Rotula
2. Fractura Huesos Propios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con este proyecto hemos pretendido disminuir la variabilidad en la práctica asistencial del equipo de enfermería de los quirófanos de traumatología, maxilofacial y cirugía plástica así como facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas y facilitar la incorporación del personal de enfermería a nuestra unidad. Consideramos que es una buena herramienta para la formación del personal de enfermería. Aunque el proyecto que se había definido para este año se considera finalizado, hay que seguir elaborando fichas quirúrgicas hasta completar la totalidad de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en este bloque quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1502 ===== ***

Nº de registro: 1502

Título
ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1502

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

Autores:
BUISAN FRANCO MARIA CARMEN, MIGUEL ROMEO MARI CARMEN, FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA, DELGADO ALCALDE CRISTINA, ROMERA BELTRAN ANA CRISTINA, USON LUCEA SONIA, SUBIAS CADENAS DELIA, AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: QUIRURGICA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante los últimos años, se ha considerado que la variabilidad en la práctica clínica es un verdadero problema asistencial, ya que las diferencias en el tipo de cuidados aplicados, sugieren la existencia de prácticas subóptimas. Disminuir la misma debe ser un objetivo prioritario en cualquier organización sanitaria. Dentro de este marco conceptual vemos la necesidad de elaborar protocolos de enfermería en los quirófanos de trauma, c. plástica y maxilofacial, realizados por y para enfermeras, con el fin de poder contar con una herramienta útil y eficaz, que nos sirva de ayuda, como documento de consulta y formación, contribuyendo así a disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

Como objetivos nos marcamos
Disminuir la variabilidad en la práctica asistencial del equipo de enfermería de los quirófanos de traumatología, maxilofacial y cirugía plástica
Conducir la atención de enfermería en la dirección científica.
Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas
Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería por un trabajo bien hecho.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.

Priorización de las intervenciones quirúrgicas a protocolarizar.
Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema
Consenso y elaboración de los protocolos en formato fichas quirúrgicas sobre las técnicas quirúrgicas en el quirófano de trauma, c. plástica y maxilofacial

INDICADORES

Número de procedimientos quirúrgicos del quirófano que se han protocolarizado:
Como mínimo durante el año 2018 se protocolarizaran 10 intervenciones quirúrgicas de la especialidad

DURACIÓN

Definición del grupo de trabajo- Abril 2018
Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible- Mayo - Septiembre 2018
Valoración y juicio de los profesionales expertos en el tema: Mayo -Septiembre 2018
Elaboración fichas quirúrgicas - Octubre 2018 - Noviembre 2018
Evaluar el proyecto- Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Dado el número total de procedimientos existentes en el quirófano de traumatología - c. plástica y maxilofacial para poder completar el proyecto en todas las áreas se considerará un proyecto continuista para los próximos años

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1078

1. TÍTULO

INTRODUCCION AL QUIROFANO PARA TCAE'S

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE NOELIA JIMENO JIMENEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLAZQUEZ YUBERO PATRICIA
VAL GARCIA MARIA VICTORIA
ARNILLAS GUILLEN MARIA TERESA
RODRIGUEZ GARCIA ANA CRISTINA
POTENTE BELTRAN MARIA ANGELES
BARRANCO PEREZ MARIA DEL MAR
RIVED CONDON BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. SE HA DEFINIDO EL GRUPO DE TRABAJO Y EL PROYECTO DE MEJORA

2. SE HAN REALIZADO REUNIONES CALENDARIZADAS PARA DEFINIR Y CONSENSUAR LOS PUNTOS DEFINIDOS EN EL PROYECTO:

2.1 ESTRUCTURA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO Y ÁREAS DE TRABAJO (ABRIL 2019)
2.2 CIRCUITO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO (JUNIO 2019)
2.3 DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL Y DOTACIÓN DEL APARATAJE DE CADA QUIRÓFANO (OCTUBRE 2019)
2.4 DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL TCAE EN LOS QUIRÓFANOS DEL BLOQUE A.(DICIEMBRE 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE HAN ALCANZADO LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEFINIDOS EN EL PROYECTO:

1.1 CONOCER LA ESTRUCTURA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO Y ÁREAS DE TRABAJO (100%)
1.2 CONOCER EL CIRCUITO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO (100%)
1.3 CONOCER EL MATERIAL Y DOTACIÓN DEL APARATAJE DE CADA QUIRÓFANO, Q1-Q12 (100%)
1.4 CONOCER LAS FUNCIONES DEL PERSONAL TCAE EN LOS QUIRÓFANOS DEL BLOQUE A.(100%)

ACORDE CON LOS INDICADORES DE MEDICIÓN Y EVALUACIÓN:

1.- INDICADOR: ELABORACIÓN DE DOSSIER EN EL QUE SE DEFINA EL APARATAJE Y LAS FUNCIONES DE LAS tcae EN CADA QUIRÓFANO, Q1-Q12.EVALUACIÓN :SI
2.-INDICADOR: ENTREGA DEL MANUAL DESARROLLADO ENTRE TODA LA PLANTILLA DE TCAES.....
EVALUACIÓN : (0%, YA QUE ESTAMOS DISEÑANDO EL FORMATO DEL DOCUMENTO PARA REPARTIRLO)
3.-INDICADOR: ENTREGA DEL MANUAL DESARROLLADO AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN. EVALUACIÓN (0%, YA QUE ESTAMOS DISEÑANDO EL FORMATO DEL DOCUMENTO PARA REPARTIRLO)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA SATISFACCIÓN DEL EQUIPO HA SIDO POSITIVA EN CUANTO A METODOLOGÍA DE TABAJO Y RESULTADO FINAL . NOS QUEDA PENDIENTE, CÓMO SE HA COMENTADO EN LA EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES, EL DISEÑO DEL DOCUMENTO Y VALORAR LA POSIBILIDAD DE ADAPTARLO A FORMATO TRÍPTICO PARA QUE SEA UN DOCUMENTO ÁGIL EN ALGÚN MOMENTO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1078 ===== ***

Nº de registro: 1078

Título
INTRODUCCION AL QUIROFANO PARA TCAES : FUNCIONES DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
JIMENO JIMENEZ NOELIA, BLAZQUEZ PATRICIA, VAL GARCIA VICTORIA, ARNILLAS MARIA TERESA, RODRIGUEZ ANA CRISTINA, POTENTE MARIA ANGELES, BARRANCO MARIA DEL MAR, RIVED BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1078

1. TÍTULO

INTRODUCCION AL QUIROFANO PARA TCAE'S

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sin patología
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

• En la actualidad, en nuestro centro, debido a la política de recursos humanos vigente, nos encontramos en muchas ocasiones con profesionales que se incorporan a nuestro servicio sin formación ni experiencia en quirófano. Esto despierta una de sensaciones(ansiedad, estrés, agobio..) entre el personal de nueva incorporación que dificultan el aprendizaje del puesto ocupado: hay gran variedad de aparataje, procedimientos y técnicas de las cuales el trabajo de los/as TCAES es fundamental como miembro del equipo, y que en la mayoría de las ocasiones, no se han visto ni manipulado en otros servicios. Y entre el personal con cierta experiencia en el bloque quirúrgico, hay cosas que se desconocen en cuanto a las funciones que deben hacer y cómo hacerlas dependiendo del quirófano en el que se encuentren y la especialidad que atiendan.

Por todo ello creemos que la descripción del puestos de trabajo, como herramienta que consiste en una enumeración de las funciones y responsabilidades que conforman cada uno de los puestos del centro, sería muy útil y beneficiosa para todos.

La descripción de las funciones a realizar en el puesto permite que los trabajadores realicen mejor y con mayor facilidad sus labores, si conocen con detalle cada una de los procedimientos que se realizan y los requisitos necesarios para hacerlas bien. Asimismo engloba una descripción de los conocimientos, habilidades, actitudes, aptitudes y experiencia que deberían tener las personas que lo ocupen, definiendo el perfil requerido del puesto.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Definir las funciones de las TCAE dentro de los quirófanos del Bloque quirúrgico A.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- - Conocer la estructura del bloque quirúrgico y las áreas en las que se divide el quirófano
- - Conocer el circuito perioperatorio del paciente quirúrgico.
- - Conocer el material y la dotación de aparataje de cada quirófano.
- - Aprender la correcta utilización y desinfección del aparataje .
- - Diferenciar los miembros y las funciones de los que componen el equipo quirúrgico
- - Conocer las funciones de la TCAE de quirófano como miembro integrante del equipo quirúrgico.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Elaboración de un dossier en el que se defina el aparataje y funciones de la TCAE en cada quirófano (Q1-Q12).

INDICADORES

- - Elaboración de un dossier en el que se defina el aparataje y funciones de la TCAE en cada quirófano (Q1-Q12).

Manual realizado- SI

- Entrega del manual desarrollado entre toda la plantilla de TCAES

El 100% de los profesionales de la plantilla de TCAES tiene el manual con la descripción de las funciones.

- Entrega del manual desarrollado al personal de nueva incorporación TCAES

El 90% de los profesionales de nueva incorporación reciben el manual de acogida

DURACIÓN

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.

- marzo 2019

2.- Elaboración de un dossier en el que se defina el aparataje y funciones de la TCAE en cada quirófano (Q1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1078

1. TÍTULO

INTRODUCCION AL QUIROFANO PARA TCAE'S

-Q12).

- 1-2º semestre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1080

1. TÍTULO

INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO.PROGRAMA DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO A

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ANA TERESA YUBERO MORALES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ
BADESA PEÑA ANA ISABEL
MARZO MOLES PILAR
RODRIGUEZ GRANDE ROSA MARIA
SAGARDOY MUNIESA LORENA MARIA
VALENTIN FRANCOS ALBERTO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIONES PERIÓDICAS DEL EQUIPO EN LAS QUE SE HA TRABAJADO EN LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO. NOS HEMOS CENTRADO EN LA ELABORACIÓN DEL MANUAL COMPUESTO POR LOS SIGUIENTES APARTADOS:
MAYO. REALIZADA LA PARTE DEL PROYECTO DEDICADA A ANESTESIA.
JUNIO: REALIZADA LA PARTE DEL PROYECTO QUE TRATA DE LA PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO, MONTAJE DEL CAMPO QUIRÚRGICO, APARATAJE Y ALMACENES.
OCTUBRE: REALIZADA LA PARTE DEL PROYECTO DEDICADA A LAS POSICIONES QUIRÚRGICAS, FUNGIBLE BÁSICO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS TOP TRACK.
DICIEMBRE: RESUMEN GLOBAL DEL PROYECTO Y ELABORACIÓN DEL MANUAL.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ELABORACIÓN DE UN MANUAL DE UN MANUALA DE ACOGIDA EXPLICANDO EL CIRCUITO DE QUIRÓFANO, TRÁNSITO DEL PACIENTE DENTRO DEL BLOQUE, ASÍ COMO LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA, ENFERMERA CIRCULANTE Y ENFERMERA DE ANESTESIA. RESULTADO ALCANZADO 100%.
ENTREGA DEL MANUAL AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN, TANTO PERSONAL FIJO COMO EVENTUAL. RESULTADO ALCANZADO 90%.
CALENDARIZACIÓN DE SESIONES PRÁCTICAS. OBJETIVO A ALCANZAR 90%.
SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN. OBJETIVO ALCANZADO 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACIÓN DEL EQUIPO ES POSITIVA, EN EL SENTIDO QUE NOS HA PERMITIDO PLASMAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRABAJO A REALIZAR EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO. A SU VEZ FACILITA A LOS COMPAÑEROS DE NUEVA INCORPORACIÓN EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES EN ESTE SERVICIO.
PENSAMOS QUE EL PROYECTO TIENE SOSTENIBILIDAD Y PROYECCIÓN EN UN FUTURO PORQUE HAY PERIODOS A LO LARGO DEL AÑO EN LOS QUE TENEMOS UN GRAN VOLUMEN DE PERSONAL NUEVO EN EL BLOQUE.
DEBIDO A LA GRAN PARTICULARIDAD DEL TRABAJO A DESARROLLAR, CREEMOS QUE SE NECESITA UNA FORMACIÓN AL INICIO DE LA INCORPORACIÓN.
LAS SESIONES PRÁCTICAS NO SE HAN PODIDO REALIZAR CON EL PERSONAL QUE HUBIÉSEMOS QUERIDO ABORDAR POR NO COINCIDIR CON LOS PERIODOS DE CONTRATACIÓN Y PERIODOS VACACIONALES DE LOS MIEMBROS EQUIPO DE ESTE PROYECTO.

7. OBSERVACIONES.
DEBIDO A LO EXPUESTO ANTERIORMENTE SOLICITAMOS UNA PRÓRROGA DEL PROYECTO POR CONSIDERAR QUE LAS SESIONES PRÁCTICAS DEBERÍAN SER IMPLEMENTADAS AL MAYOR NUMERO DE PERSONAL POSIBLE Y ESTO SUELE COINCIDIR CON LA CONTRATACIÓN DE LOS PROFESIONALES PARA CUBRIR VACACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1080 ===== ***

Nº de registro: 1080

Título
INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO ": PROGRAMA DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN BLOQUE QUIRURGICO A

Autores:
YUBERO MORALES ANA, AGUAVIVA BEATRIZ, BADESA ANA, RODRIGUEZ ROSA, SAGARDOY LORENA, VALENTIN FRANCOS ALBERTO, MARZO MOLES PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1080

1. TÍTULO

INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO.PROGRAMA DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO A

Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Otro Tipo Patología: profesionales sanitarios

Línea Estratégica .: Seguridad clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización. Sin embargo, cuando hablamos además de seguridad del paciente quirúrgico, ambos conceptos se interrelacionan directamente.

En la actualidad, en nuestro centro, debido a la política de recursos humanos vigente, nos encontramos en muchas ocasiones con profesionales que se incorporan a nuestro servicio con poca trayectoria profesional y en otros casos con amplia trayectoria como enfermeros, pero sin formación ni experiencia en quirófano.

Esto despierta estrés, ansiedad y desánimo en el personal de nueva incorporación y sobrecarga entre los diferentes profesionales que integran el equipo asistencial y velan por la seguridad del paciente quirúrgico.

El bloque quirúrgico es una de las áreas asistenciales en las que el profesional además de tener unas habilidades y competencias determinadas, debe de desarrollar una serie de procedimientos y técnicas muy específicos de los que tiene que ser conocedor y que son básicos y fundamentales para poder desarrollar su trabajo.

La falta de éstos provoca que la incorporación al servicio sea dificultosa, frustrante y desmotivadora cosa que conlleva una curva de aprendizaje muy lenta y atenta contra la seguridad del paciente.

Contar con un manual de acogida complementado con sesiones prácticas para las enfermeras que se incorporan a nuestro servicio siguiendo los protocolos de actuación de cada una de las áreas del centro, va a contribuir de manera favorable a mejorar,

- el nivel competencial,
- la integración en el equipo
- la satisfacción laboral del personal
- la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo
- la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización
- la calidad asistencial en términos de seguridad del paciente quirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Proporcionar al personal de nueva incorporación la información general más útil para la integración en el el bloque quirúrgico, pastilla A.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- - Conocer la estructura del bloque quirúrgico y las áreas en las que se divide el quirófano
- - Conocer el circuito perioperatorio del paciente quirúrgico.
- - Conocer el procedimiento de acogida del paciente al bloque quirúrgico
- - Aprender a montar y mantener un campo estéril y seguro para el paciente y los profesionales
- - Diferenciar los miembros y las funciones de los que componen el equipo quirúrgico
- - Conocer las funciones de la enfermera de anestesia, enfermera circulante y enfermera instrumentista.
- - Conocer los diferentes tipos de anestesia, fármacos más utilizados, materiales necesarios y recursos de los que se dispone en el bloque quirúrgico así como posibles complicaciones.
- - Conocer los aparatos básicos utilizados en quirófano, así como su mantenimiento.
- - Aprender a realizar un traslado del paciente desde la mesa del quirófano hacia la unidad del despertar/ REA/ UCI

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación en el bloque quirúrgico, pastilla A.
- Calendarizar sesiones prácticas en las fases de mayor contratación de personal.
- Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1080

1. TÍTULO

INTRODUCCION PARA ENFERMERIA EN QUIROFANO.PROGRAMA DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN EL BLOQUE QUIRURGICO A

1. Elaboración del manual de acogida para el personal de nueva incorporación-
 - Manual realizado- SI
2. Entrega del manual de acogida -
 - El 90% de los profesionales de nueva incorporación reciben el manual de acogida
3. Calendarización de la sesiones prácticas.
El 90% de las sesiones calendarizadas en relación a los periodos de mayor contratación de personal.
4. Satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con la acogida recibida en el centro
 - El 80% de los profesionales están satisfechos

DURACIÓN

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
 - Febrero 2019
2. Elaboración de un manual de acogida para el personal de nueva incorporación en los centros médicos de especialidades
 - 1º/2 ºsemestre 2019
3. Calendarización de las sesiones a impartir.
3. Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación a los centros médicos de especialidades
 - 2º semestre 2019. Se valorará cuando se acabe la documentación a entregar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0263

1. TÍTULO

VALORACION DE LA ADECUACION DE INGRESOS EN EL S. DE CARDIOLOGIA MEDIANTE EL "APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL" (AEP)

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS PORRES AZPIROZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL
SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER
LASALA ALASTUEY MARIA
RIVERO FERNANDEZ ELENA
LAPUENTE GONZALEZ MARIA PILAR
CORDON RUIZ RUBEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el proyecto inicial estaba planificado la realización de un muestreo entre los ingresos de los años 2014 y 2015 del S. de Cardiología. En este tiempo el Servicio de Cardiología ha sufrido algunos cambios organizativos (filtrado de los ingresos por un cardiólogo en urgencias) que el grupo de trabajo del proyecto ha considerado relevantes por su influencia en el resultado. Por tanto, se ha decidido ampliar el estudio a los años 2016 y 2017 realizando un muestreo estratificado incluyendo el grupo de los ingresos filtrados en urgencias. Se dispone del listado de los ingresos correspondientes a los años incluidos en el estudio obtenida desde los registros de informes de alta. El muestreo de los años 2014 y 2015 se encuentra en avanzado estado de realización, quedando pendientes los años 2016 y 2017. Tras el replanteamiento de la población de estudio se han debido de modificar los cálculos de potencia estadística realizados previamente. De trabajo ya realizado se ha efectuado un análisis preliminar para valorar la calidad de resultados y la posibilidades de su análisis estadístico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por el momento no se disponen de datos reales dado que no se ha completado el muestreo. En el pequeño análisis estadístico realizado (que por su escasa representatividad sobre el total de los casos previstos) aparecen como inadecuados un porcentaje de ingresos escaso en torno a menos del 2%, lo que esta en consonancia con los datos de la literatura. La causa más frecuente es la demora en la realización de pruebas diagnósticas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para la realización del muestreo y análisis de los ingresos se han presentado varias dificultades produciendo una lentitud mayor de lo esperada en el proceso. Tras la búsqueda de la lista de ingresos es necesaria la revisión física de cada historia, además de los datos en formato electrónico para completar los campos a tener en cuenta en el formulario estandarizado utilizado. Es muy difícil establecer el retraso real en algunas exploraciones, en especial las radiológicas y consultas interservicios, por la falta de formato electrónico para su petición. Sería necesario avanzar en la completa informatización del centro, incluyendo las peticiones dentro de la actividad asistencial cotidiana.

7. OBSERVACIONES.

Dado el retraso alcanzado, el cronograma previsto se retrasa en unos 18 meses aproximadamente.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/263 ===== ***

Nº de registro: 0263

Título
VALORACION DE LA ADECUACION DE INGRESOS EN EL S. DE CARDIOLOGIA MEDIANTE EL APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL (AEP)

Autores:
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL, SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER, LASALA ALASTUEY MARIA, RIVERO FERNANDEZ ELENA, LAPUENTE GONZALEZ MARIA PILAR, CORDON RUIZ RUBEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0263

1. TÍTULO

VALORACION DE LA ADECUACION DE INGRESOS EN EL S. DE CARDIOLOGIA MEDIANTE EL "APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL" (AEP)

Tipo Patología : Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica . : Código Infarto
Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque : Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque : Eficiencia en el Uso de Recursos

PROBLEMA
Una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria es evitar las hospitalizaciones inadecuadas (innecesarias o inapropiadas). El ingreso, además del coste siempre más elevado que la atención ambulatoria (para el paciente, sus familiares, el sistema sanitario y la sociedad), supone una serie de riesgos para la seguridad del paciente inherentes a la estancia en un hospital (infecciones nosocomiales, iatrogenia, episodios de delirium en ancianos, descondicionamiento físico etc...)
El control y estimación del número de ingresos evitables puede ser el primer paso para la puesta en marcha de medidas para evitarlos y, por tanto, la mejora en la atención dispensada a nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Estimar de manera empírica el número de hospitalizaciones en nuestro servicio que pueden considerarse innecesarias según los estándares internacionales.
Determinar las causas de estas estancias innecesarias.
Orientar la puesta en marcha de medidas para evitar estancias hospitalarias innecesarias en nuestro servicio.

MÉTODO
Se realizará un muestreo aleatorio estratificado entre los ingresos de los años 2014 y 2015. Se obtendrá una muestra de estancias suficiente para que la potencia estadística permita estimar con fiabilidad el número de ingresos evitables en la totalidad de los mismos.
Se utilizará para la evaluación de los casos el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) utilizado en los estudios de la literatura internacional al respecto.

INDICADORES
Se realizará un estudio transversal de la muestra seleccionada eliminando los casos en los que la historia no sea accesible o este incompleta para permitir una valoración adecuada.
Se calificarán los casos como ingreso inadecuado o adecuado. Se intentarán sacar conclusiones en cuanto a las variables predictoras o circunstancias relacionadas que pudieran favorecer estas estancias evitables, con vistas a intentar orientar las medidas a tomar.
Se remitirá un informe sobre los hallazgos a la jefatura del Servicio y se expondrán en una sesión conjunta del los miembros del mismo.

DURACIÓN
Noviembre-Diciembre: Diseño de la muestra y obtención de los casos.
Enero-Marzo: Análisis de los casos.
Mayo. Estudio estadístico.
Junio: Informe con propuestas a tomar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0405

1. TÍTULO

CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE NAIARA CALVO GALIANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLORIZ SANJUAN TERESA
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
ASSO ABADIA ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha comunicado y explicado el protocolo a todo el servicio.
- Se ha establecido una plantilla de cuidados pre y postoperatorios con el fin de homogeneizar los cuidados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han implantado un total de 180 DAIS. En ningún caso ha sido necesario suspender el procedimiento por incumplimiento de los cuidados, aunque sí se ha requerido la demora del mismo en 3 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido una homogeneización de los cuidados de los pacientes, y este conocimiento se ha extendido tanto al equipo médico como de enfermería.
Se puede extender este proyecto a otros procedimientos intervencionistas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/405 ===== ***

Nº de registro: 0405

Título
CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA

Autores:
CALVO GALIANO NAIARA, OLORIZ SANJUAN TERESA, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, ASSO ABADIA ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo Ambos sexos
Edad Adultos
Tipo Patología Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....

PROBLEMA
La Electrofisiología es una especialidad de Cardiología que ha sufrido una notable evolución en los últimos años. Ello ha propiciado el desarrollo de nuevas tecnologías y nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el campo de las arritmias cardíacas. Como consecuencia de este desarrollo, un número creciente de pacientes son sometidos a estas intervenciones, pacientes que ingresan en las plantas de Cardiología o bien son remitidos desde otras plantas de hospitalización. Es necesario, por tanto, divulgar entre los diferentes estamentos sanitarios los cuidados preoperatorios básicos que estos enfermos deben seguir con el fin de mejorar la eficacia y seguridad de este tipo de procedimientos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del presente proyecto es promover el conocimiento de las diferentes técnicas intervencionistas y establecer las medidas preoperatorias a seguir en el paciente que va a someterse a un procedimiento por la Unidad de Arritmias. Dicho objetivo tiene como finalidad mejorar la eficacia y eficiencia del cuidado de estos enfermos y reducir el riesgo de complicaciones asociado a estos procedimientos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0405

1. TÍTULO

CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA

MÉTODO

- Las medidas previstas para establecer el protocolo son las siguientes:
- Reunión del equipo médico y de enfermería para establecer los criterios a definir
 - Elaboración del protocolo
 - Aprobación por la Comisión de Tecnología
 - Publicación en intranet
 - Presentación oficial del protocolo al Servicio
 - Puesta en marcha del protocolo
 - Evaluación de resultados
 - Propuestas de mejora

Los responsables de la divulgación y correcta puesta a punto de dicho protocolo son los médicos de la Unidad de Arritmias

INDICADORES

- Indicadores de proceso:
 - A. cumplimiento del protocolo de asistencia pre-intervención por parte de las plantas de hospitalización
 - Indicadores de resultados:
 - A. tasa de complicaciones derivadas del no cumplimiento del protocolo
 - B. Porcentaje de procedimientos suspendidos o demorados como consecuencia de una incorrecta preparación del paciente

DURACIÓN

- La fecha prevista de inicio sería inmediata.
El calendario previsto de actuaciones es el siguiente:
- Octubre 2016: Reunión del equipo médico y de enfermería para establecer los criterios a definir
 - Octubre 2016: Elaboración del protocolo
 - Noviembre 2016: Aprobación por la Comisión de Tecnología
 - Noviembre-Diciembre 2016: Publicación en intranet
 - Noviembre-Diciembre 2016: Presentación oficial del protocolo al Servicio
 - Noviembre, diciembre 2016: Puesta en marcha del protocolo
 - 2017: Evaluación de resultados -
 - 2017: Propuestas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0438

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE EVA MORENO ESTEBAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE
CASADO DOMINGUEZ JUAN MANUEL
LAPUENTE GONZALEZ MARIA PILAR
AURED GUALLAR MARIA CARMEN
RIVERO FERNANDEZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado progresivamente la digitalización del laboratorio del Ecocardiografía, que ha permitido la agilización del proceso asistencial del HUMS. Mejorando la calidad diagnóstica, adquisición de la imagen, mejorando la conexión con otros hospitales.

Ha apoyado la gestión de la actividad de Ecocardiografía. El sistema de digitalización todavía está en proyecto la gestión de entrada y registro de pacientes y datos del paciente mediante conexión con el HIS a través del mecanismo de comunicación habilitado.

Ya está realizado la planificación y citación de pacientes en el HIS del HUMS para transmitir dichos datos de citación al sistema de Ecocardiografía, planificando el horario desde DICOM- Work list.

La digitalización ha permitido la interconexión con las distintas secciones de Cardiología, Hemodinámica y el servicio de cirugía cardíaca.

Estamos en proyecto para la gestión de informes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejoría en la relación tiempos paciente-máquina. Mejoría de la relación con las distintas secciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

SE debe continuar el proceso para mejorar la relación con otros servicios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/438 ===== ***

Nº de registro: 0438

Título
DIGITALIZACION DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA

Autores:
MORENO ESTEBAN EVA MARIA, CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE, CASADO DOMINGUEZ JUAN MANUEL, LAPUENTE GONZALEZ MARIA PILAR, AURED GUALLAR MARIA CARMEN, RIVERO FERNANDEZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La necesidad de la digitalización de los laboratorios de ecocardiografía va en paralelo con la expansión de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0438

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA

la técnica merced al desarrollo tecnológico. Con la instalación del Sistema de Ecocardiografía Digital de la sección de Pruebas funcionales de Cardiología del HUMS se pretende conseguir los siguientes objetivos;

1. Mejora la calidad diagnóstica, Agiliza el proceso asistencial del HUMS: En la cita del paciente para ecocardiografía, en la adquisición de la imagen, en la elaboración del informe y su transcripción, en la distribución y disponibilidad de la Imagen e informe para los peticionarios, en la implantación y acceso a protocolos, guías clínicas y plantillas predefinidas para la ayuda al informando, en el establecimiento de interconsustas, en mejorar la conexión con otros hospitales y niveles asistenciales, en la integración de información y documentación complementaria procedente de otros Servicios documentales

2. Apoyo a la gestión de la actividad de ecocardiografía, obtener estadísticas adecuadas, reducir la pérdida de información o su tiempo de búsqueda,

RESULTADOS ESPERADOS

El sistema de digitalización se encargará de:

- Entrada y registro de peticiones y datos de paciente. El sistema tendrá la capacidad de recibir las peticiones que llegan al Laboratorio de Ecocardiografía mediante conexión con el HIS a través del mecanismo de comunicación habilitado.
- Planificación y citaciones de paciente y exámenes. Se realizará la citación de pacientes en el HIS del HUMS, para después transmitir dichos datos de citación al sistema de ecocardiografía (ver apartado integración) Valorar servicios web para enviar solicitudes de pruebas de ecocardiografía. Se puede planificar horario con el servicio DICOM-Worklist.
- Datos de examen: Datos asociados al estudio, códigos del examen, fungibles utilizados...
- Gestión de informes: el sistema facilitará toda la información necesaria en relación con el paciente y el estudio. Los informes incluirán uno o más campos de codificación de diagnóstico, como ICD (Internacional Classification of diseases), listas de codificación de cardiopatías y procedimientos (AEPC:EPCC y de la SYS/EACTS o definidos por el usuario. Valora utilización SNOMED CT.
- Generación de listados Listados de trabajo de cada una de las actividades del departamento.
- Estadísticas: Peticiones, servicios solicitantes, tipos de examen, equipos de imagen, materiales utilizados.

MÉTODO

Se ha iniciado ya la primera parte del proyecto gracias al soporte de informática. El soporte de red local utiliza los elementos centrales del PACS (Almacenamiento, ordenadores, estaciones de diagnóstico), ya se ha indicado su configuración y extensión, así como la arquitectura de conexión a la red general del HUMS que se propone. El acceso a las imágenes se realizará desde cualquier estación. El sistema PACS debe también admitir las estaciones. Ya se han realizado los requisitos necesarios de instalación de las salas donde se ubiquen los procesadores centrales y archivos localizados en la sección de Ecocardiografía localizado en la planta baja del edificio Multifuncional del HUMS. Ya se ha organizado con el servicio de Informática el funcionamiento del sistema de almacenamiento de imágenes y procedimientos de copia de seguridad y recuperación del sistema después de incidencias.

INDICADORES

Con la digitalización podremos estar conectados con los servicios de Cardiología, hemodinámica y cirugía cardíaca. Monitorizaremos la inclusión de las distintas salas y ecógrafos incorporados a la red. Se monitorizará la inclusión de informes en la Historia clínica electrónica del SALUD

DURACIÓN

Se ha iniciado ya la incorporación de nuevas redes de internet en las distintas salas de la sección para iniciar el proceso de digitalización

Se irán programando los distintos ecógrafos para que integren en las Work list desde el HIS/RIS de HUMS y se iniciarán pruebas de envío de estudios al PACS

En enero se iniciará las pruebas para incorporar los informe en Historia clínica electrónica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0492

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UN HOLTER INSERTABLE

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE VICTORIA PEDRERA ROMAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAZ OLIVAN ALEXANDRA
MELCHOR PEREZ PATRICIA
LAPLANA MIGUEL OLGA
RODRIGUEZ AYLAGAS MANUEL
CALONGE ROY LORENA
GRACIA GIMENO CAROLINA
PALACIN LARROY AINHOA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de un protocolo para el paciente al que se le va a implantar un holter insertable, en el que aparece la definición de la técnica, cuidados pre/post implante y educación sanitaria posterior.

2. Elaboración de un soporte visual/póster, situado en la entrada del servicio de cardiología, que sirve de guía rápida y visual a cerca de los cuidados pre/post implante y educación sanitaria posterior. Útil tanto para el personal sanitario como para pacientes y familiares.

Para la elaboración tanto del protocolo como del póster realizamos:

- Búsqueda bibliográfica actualizada.
- Recogida de datos previa a la elaboración del póster mediante revisión de documentación clínica.
- Consulta con el equipo de Electrofisiología encargado de la implantación del dispositivo.

3. Curso de formación impartido por personal del servicio "Cuidados de Enfermería tras los procedimientos de electrofisiología S2-0380/2017" con fecha 14/06/2017.

Con todo lo anterior, conseguimos la formación del personal de nueva incorporación, así como del ya experimentado perteneciente a la plantilla del servicio de cardiología, respecto a los cuidados pre y post colocación de un holter insertable.

4. Información personalizada según el protocolo, al paciente ingresado y a los familiares o personas que conviven con él, tanto de los cuidados pre/post procedimiento, como la educación sanitaria a cerca del manejo del dispositivo una vez dado de alta.

Para completar la información facilitada, es de gran utilidad el soporte visual/ póster presente en la unidad, ya que explica de forma detallada tanto el procedimiento, como los cuidados posteriores y manejo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 11 pacientes atendidos según protocolo/ 11 pacientes ingresados durante el año para colocación holter x 100 = 100%
- 11 pacientes portadores de holter formados / 11 pacientes ingresados durante el año para colocación de holter x 100 = 100%
- Curso de formación: 25 asistentes (personal de Enfermería + TCAEs, de planta y contratos de verano no formado) / 26 total personal sanitario (Enfermería + TCAEs, de planta y contratos de verano) no formado x 100 = 96,1%
- Adquisición de conocimientos respecto a la técnica y cuidados necesarios, así como disminución de la variabilidad de los cuidados proporcionados por el personal del servicio, tanto de plantilla como personal de nueva incorporación.
- Aumento de la satisfacción del paciente y disminución de su ansiedad por falta de conocimientos acerca del procedimiento durante la hospitalización y cuidados/manejo en el momento del alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El protocolo está pendiente de aprobar por la Comisión de Calidad.
- La muestra de pacientes atendidos a los que se les ha aplicado el protocolo es pequeña, debido a la disminución de ingresos para colocación de holter insertable a lo largo del año 2017, realizándose dicha técnica cada vez con más frecuencia de forma ambulatoria.
- Con la elaboración del protocolo y el póster, además del curso de formación, hemos conseguido unificar criterios con el fin de estandarizar los cuidados enfermeros y prestar una asistencia de calidad, incrementando así el grado de satisfacción, seguridad y confianza del paciente portador de un holter insertable.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0492

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UN HOLTER INSERTABLE

*** ===== Resumen del proyecto 2016/492 ===== ***

Nº de registro: 0492

Título
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UN HOLTER INSERTABLE

Autores:
PEDRERA ROMAN VICTORIA, SAZ OLIVAN ALEXANDRA, MELCHOR PEREZ PATRICIA, LAPLANA MIGUEL OLGA, RODRIGUEZ AYLAGAS MANUEL, CALONGE ROY LORENA, GRACIA GIMENO CAROLINA, PALACIN LARROY AINHOA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante la falta de un instrumento para la unificación de criterios con respecto al manejo del dispositivo, surge la necesidad de la elaboración de un protocolo que facilite una asistencia de calidad en los procedimientos de enfermería, mejore su efectividad e incremente el grado de satisfacción del usuario.
Es importante que haya unas pautas de actuación del personal de enfermería para que sirva de referencia en la formación del personal que se inicie en este área y de actualización del ya experimentado, en busca de la excelencia asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
- Favorecer el desarrollo profesional mediante la ampliación de conocimientos.
- Unificación de cuidados enfermeros orientados a pacientes portadores de Holter insertable.
- Ofrecer unos cuidados enfermeros de calidad.
- Aumento de la seguridad y confianza del paciente.

MÉTODO
Las medidas previstas serán la elaboración de un protocolo junto con un soporte visual de consulta rápida en forma de póster. Se complementará con cursos de formación tanto a profesionales como a usuarios.
Se llevará a cabo por el personal de enfermería del servicio de cardiología con los conocimientos suficientes en la materia.

INDICADORES
Indicadores y su forma de obtención de datos:
* Nº personal sanitario formado / Nº personal sanitario total x 100 : mediante formularios de evaluación de conocimientos
* Nº pacientes que obtienen los cuidados según protocolo / Nº total de pacientes que obtienen cuidados x 100 : a través de los planes de cuidados de enfermería.
* Nº usuarios portadores de holter insertable formados / Nº usuarios total portadores de holter insertable x 100 : por medio de entrevista con el paciente acerca de sus conocimientos previa alta.

DURACIÓN
Se inició en Octubre de 2016 y la duración aproximada será de un año. Durante este período de tiempo se realizará un protocolo junto con un soporte visual de consulta rápida en forma de póster.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0546

1. TÍTULO

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLÓGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE DANIEL LOPEZ SANGÜESA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGÍA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SALO GREGORIO VANESA
ARTAJONA MATA ROSA MARIA
IBÁÑEZ PINA MAITE
MARTINEZ SIMON MARIA ESTER
MARTIN TELLO PURIFICACION
PEREZ USON MARIA MILAGROS
SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Revisión bibliográfica exhaustiva sobre la existencia de guías de actuación y/o planes de cuidados de enfermería en otras unidades de hospitalización, semejantes a la nuestra, en lo que respecta a los cuidados anteriores y posteriores, de pacientes sometidos a procedimientos de electrofisiología cardiaca. Se realizó mediante trabajo individual y posteriormente, se llevó a cabo la puesta en común con el equipo de mejora, durante los meses de Octubre-diciembre de 2016.

2. Diseño de dos tipos de entrevistas para los diferentes profesionales entrevistados. Una para el personal médico y otra diferente para el personal de enfermería. Llevándose a cabo durante los meses enero y febrero del 2017, por el equipo de mejora.

3. Realización de las diferentes entrevistas a los cardiólogos de la unidad de hospitalización y a los médicos responsables de la unidad de electrofisiología Igualmente de realizo enfermeras responsables de nuestra unidad y de electrofisiología. Llevándose a cabo durante los meses enero y febrero del 2017 por el equipo de mejora.

4. Diseño del plan de cuidados que se va a prestar a dichos pacientes. Nos hemos centrado especialmente en los cuidados anteriores y posteriores que se ejecutan en la unidad de hospitalización, ante los diferentes procedimientos de la unidad de electrofisiología. El equipo de mejora tuvo presentes los datos obtenidos de las diferentes entrevistas realizadas y de la búsqueda bibliográfica. Llevándose a cabo entre los meses de marzo-junio del 2017

5. Difusión del Plan de cuidados ya diseñado al personal de enfermería de la unidad y de nueva incorporación mediante la planificación de varios cursos de formación. Se realizaron dos cursos de formación para DUES y TCAES de la unidad de hospitalización de cardiología (formando parte de la formación del personal del sector II con el código de registro S2-0380/2017). Se realizaron durante de mes junio del 2017 y están proyectados otros dos cursos para las mismas fechas del año 2018 coincidiendo con la incorporación de nuevo personal temporal a la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha establecido una guía de actuación para la orientación del personal de enfermería (DUES y TCAES) de la unidad de hospitalización en la prestación de cuidados pre y post de dichos pacientes sometidos a los diferentes procedimientos de electrofisiología cardiaca (estudios electrofisiológicos, ablaciones por radiofrecuencia, cardioversión eléctrica y desfibrilación eléctrica), con la consiguiente unificación de criterios de dicho personal a la hora de atender a estos pacientes.

Se ha instruido al 98% del personal de la unidad y de nueva incorporación sobre la existencia del plan de cuidados específico con sus diferentes intervenciones enfermeras y la necesidad de llevarlo a cabo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusión desde y para el equipo de mejora es intentar realizar futuros planes estandarizados de cuidados enfermeros para los procedimientos más frecuentes a los que son sometidos los pacientes ingresados en nuestra unidad para la mejora clara de su atención. Con la consiguiente instrucción y formación de nuestro personal. La recomendación principal desde y para este equipo de mejora para proyectos futuros es la mejor adecuación la magnitud de los objetivos con las posibilidades y características (tiempo disponible, formación en investigación...) del equipo de mejora.

Recomendaciones para futuros proyectos: como punto débil durante el desarrollo del proyecto hemos notado una baja adhesión el calendario y de los tiempos proyectados en su diseño, con el consecuente retraso en la realización de las actividades y la no consecución de la totalidad de los objetivos proyectados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0546

1. TÍTULO

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLÓGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/546 ===== ***

Nº de registro: 0546

Título
PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLÓGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

Autores:
LOPEZ SANGÜESA DANIEL, SALO GREGORIO VANESA, ARTAJONA MATA ROSA MARIA, IBAÑEZ PINA MAITE, MARTINEZ SIMON MARIA ESTER, MARTIN TELLO PURIFICACION, PEREZ USON MARIA MILAGROS, SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alteración del ritmo cardiaco
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes que padecen trastornos del ritmo cardiaco en la actualidad van a ser sometidos a una gran variedad de procedimientos invasivos y no invasivos con fines diagnósticos y/o terapéuticos en las unidades de electrofisiología y/o arritmias, dentro de los cuales se integran los estudios electrofisiológicos, las ablaciones por radiofrecuencia, la cardioversión y desfibrilación eléctrica.
Estos pacientes antes y después de dichos procedimientos van a ser atendidos en unidades de enfermería hospitalaria donde deben recibir unos cuidados muy específicos dirigidos hacia una preparación idónea antes del desarrollo del procedimiento y hacia una prevención y/o actuación rápida ante posibles complicaciones posteriores. En estos últimos años con la creación de nuevas unidades de electrofisiología en nuestra comunidad ha aumentado el número de pacientes a los que se les desarrollan estas técnicas y el número de nuevas técnicas gracias a la "super especialización" en la electrofisiología intervencionista.
En las diversas unidades de enfermería de hospitalización cardiológicas hemos detectado dudas en la práctica diaria sobre la atención de dichos pacientes y variabilidad en los cuidados prestados por parte de enfermería, por lo que vimos una oportunidad de mejora. A las cuales sumamos la existencia de variación del personal que atiende a estos pacientes, debido a la incorporación de nuevos miembros de la unidad que necesitan ser formados y apoyados en el cuidado específico de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

OBEJTIVO GENERAL

- Unificar criterios en la actuación del personal de la propia unidad en la atención del paciente cardiaco pre-post procedimientos de electrofisiología intervencionista (estudios electrofisiológicos, las ablaciones por radiofrecuencia, la cardioversión y desfibrilación eléctrica).

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer una guía de actuación para personal de enfermería de la unidad y de nueva incorporación.
- Enumerar las diferentes intervenciones de enfermería a realizar en estos pacientes.
- Crear fichas ilustrativas del plan de atención como herramienta de apoyo al trabajo diario en la unidad.

MÉTODO

1. Información de existencia de protocolos de actuación de enfermería de otras unidades semejantes en la atención pre-post procedimientos de electrofisiología, mediante revisión bibliográfica.
2. Realización de entrevistas con médicos especialistas en cardiología y enfermeras responsables de la unidad.
3. Realización de entrevistas con cardiólogos y enfermeras especialistas en electrofisiología, responsables de la realización de dichas técnicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0546

1. TÍTULO

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLOGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

4. Realización de de un plan de cuidados de enfermería para estos pacientes con la colaboración de todo el equipo de mejora.
5. Ilustración del plan de cuidados realizado en fichas ilustrativas para facilitar así el trabajo de diario.
6. Divulgar entre los compañeros de la unidad y de nueva incorporación el plan de cuidados mediante sesiones informativas para la instrucción en el cuidado específico de dichos pacientes.

INDICADORES

- Evaluación de los cuidados prestados : mediante la valoración de los 10 ítems más representativos del cuidado prestado a dichos pacientes valorando así las historias clínicas de una muestra seleccionada.
- Evaluación de la formación: calculando el % de profesionales de la unidad y de nueva incorporación que ha sido instruido.

DURACIÓN

1. Información de existencia de protocolos de actuación de enfermería de otras unidades semejantes en la atención pre-post procedimientos intervencionistas de electrofisiología, mediante revisión bibliográfica. Octubre-Noviembre de 2016
2. Realización de entrevistas con médicos especialistas en cardiología y enfermeras responsables de la unidad de hospitalización. Diciembre - Enero de 2016/17.
3. Realización de entrevistas con cardiólogos y enfermeras especialistas en electrofisiología, responsables de la realización de dichos procedimientos de electrofisiología intervencionista. Diciembre - Enero de 2016/17.
4. Realización de de un plan de cuidados de enfermería para estos pacientes con la colaboración de todo el equipo de mejora. Febrero-Marzo 2017
5. Ilustración del plan de cuidados realizado en fichas ilustrativas. Abril- Mayo 2017
6. Divulgar entre los compañeros de la unidad y de nueva incorporación el plan de cuidados mediante sesiones informativas para la instrucción en el cuidado específico de dichos pacientes. Junio de 2017.
7. Evaluación de la formación. Septiembre - Octubre de 2017
8. Evaluación de los cuidados prestados: Septiembre - Octubre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0566

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DEDESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ESTER MARTINEZ SIMON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA
PEREZ USON MARIA MILAGROS
PEDRERA ROMAN VICTORIA
SAZ OLIVAN ALEXANDRA
LAPLANA MIGUEL OLGA
MELCHOR PEREZ PATRICIA
MARTIN TELLO PURIFICACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACIÓN DE CURSOS DE FORMACIÓN IMPARTIDOS POR ENFERMERAS DE LA UNIDAD. EL CURSO HA IDO DIRIGIDOS TANTO A ENFERMERAS COMO TCAE, ADAPTANDO EL CONTENIDO DEL MISMO.. HASTA EL MOMENTO SE HAN REALIZADO UNA CONVOCATORIAS PARA CADA UNA DE LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES Y HAY UNA PROYECTADA PARA MARZO DE 2018.

SE HA REALIZADO UN CHECKLIST DE CUIDADOS PRE Y POST IMPLANTE QUE EMPEZÓ A USARSE EN DICIEMBRE DE 2017.

SE HA REVISADO EL PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA, AÑADIENDO AL MISMO EL CHECKLIST Y QUE SE VA A ENTREGAR ANTES DE FIN DE FEBRERO DE 2018.

SE HA ELABORADO EL PÓSTER "CUIDADOS DE ENFERMERÍA.IMPLANTE DE DAI", QUE YA APARECE EXPUESTO..

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HASTA EL MOMENTO SE HAN LLEVADO A CABO TODAS LAS ACTIVIDADES QUE SE HABÍAN PROPUESTO:
SE HAN FORMADO 25 ENFERMERAS Y TCAE,DE 26 QUE TODAVIA NO SE HABÍAN FORMADO. EN ESTA CONVOCATORIA SE INCLUYERON LAS PERSONAS DEL SERVICIO Y AQUELLAS QUE IBAN A EMPEZAR SUS CONTRATOS EN LOS SIGUIENTES DÍAS (CELEBRADO EL 14 DE JUNIO DE 2017. S2-0380/2017)

EL USO DEL CHECKLIST DE PERMITE CONOCER, ADMINISTRAR Y REGISTRAR DE FORMA SENCILLA Y CONCRETA LOS CUIDADOS PRE Y POST IMPLANTE DEL DAI. DURANTE EL MES DE ENERO SE COMPLETARON 22 CHECKLIST Y EN EL MES DE ENERO 15. QUEDANDO SÓLO UN PACIENTE POR MES SIN HABERSE INCLUIDO EN SU HISTORIA EL REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ESTA MANERA.
EL PÓSTER VA DIRIGIDO AL PERSONAL DE LA UNIDAD, PERO AL ESTAR EXPUESTO EN UNA ZONA DE TRÁNSITO DE LOS PACIENTES, LES SIRVE PARA INFORMARSE Y SABER QUE PUEDEN RESOLVER DUDAS A TRAVÉS DE ENFERMERÍA..

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE AL QUE SE LE IMPLANTA UN DESFIBRILADOR O UN MCP TRICAMERAL SE VIENEN REALIZANDO DE FORMA PROTOCOLIZADA, LO QUE PERMITE QUE LA CALIDAD DE LOS MISMOS SEA CADA VEZ MAYOR. LA AUTOFORMACIÓN ES UNA MANERA DE ESTIMULAR AL PERSONAL, TANTO AL DOCENTE COMO AL QUE ES FORMADO.
DEBEMOS CONTINUAR CON EL REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA HASTA ALCANZAR EL 100%.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/566 ===== ***

Nº de registro: 0566

Título
PROTOCOLIZACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DE DESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS

Autores:
MARTINEZ SIMON MARIA ESTER, SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA, PEREZ USON MARIA MILAGROS, PEDRERA ROMAN VICTORIA, SAZ OLIVAN ALEXANDRA, LAPLANA MIGUEL OLGA, MELCHOR PEREZ PATRICIA, MARTIN TELLO PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0566

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DEDESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con trastornos del ritmo y/o de la contractibilidad cardiaca.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Optimizar y estandarizar los cuidados del paciente al que se le implanta un desfibrilador o un marcapasos .Mejorar la comunicación entre los distintos profesionales involucrados en la atención a estos pacientes.

PROBLEMA
DEFICIENCIAS EN EL CONOCIMIENTO SOBRE LAS NUEVAS TÉCNICAS DE IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS (D.A.I./D.A.I.SUBCUTÁNEOS Y MCP TRICAMERALES), LLEVADAS A CABO EN EL SERVICIO DE ELECTROFISIOLOGÍA, Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE REQUIEREN ESTOS PACIENTES.

AUMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO DE LA DIVERSIDAD DE DISPOSITIVOS Y EL NÚMERO DE IMPLANTES QUE SE REALIZAN EN DICHO SERVICIO.

RESULTADOS ESPERADOS
AUMENTAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES A LOS QUE SE LES IMPLANTA UN D.A.I/M.C.P. TRICAMERAL

AUMENTAR LA CALIDAD DE DICHS CUIDADOS TANTO ANTES COMO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, ASÍ COMO REALIZAR UN REGISTRO DE LOS MISMOS.

MÉTODO
REALIZACIÓN DE CURSOS DE FORMACIÓN IMPARTIDOS POR ENFERMERAS DE LA UNIDAD. AUTOFORMACIÓN.

ELABORACION DE PROTOCOLOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

ELABORACIÓN DE UN LISTA DE CONTROL (CHECKLIST) DE CUIDADOS PRE Y POST IMPLANTE.

REALIZACIÓN DE PÓSTERS Y SU EXPOSICIÓN EN LA UNIDAD.

INDICADORES
Nºde profesionales de enfermería formados

Nº de profesionales de enfermería de la unidad

*RESULTADO ESPERADO DEL 100%

Nª DE "CHECKLIST" COMPLETADOS

Nª DE IMPLANTES REALIZADOS

*RESULTADO ESPERADO DEL 100%

DURACIÓN
INICIO: OCUBRE 2016 : ACREDITACIÓN DE CURSO DE FORMACIÓN DE IMPLANTES DE ELECTROFISIOLOGÍA.
CONTINUADO: REGISTRO DE CUIDADOS A PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE DESFIBRILADOR/MARCAPASOS.
NOVIEMBRE 2016: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS REALIZADOS POR ENFERMERÍA Y PRESENTADOS EN LAS "II JORNADAS ARAGONESAS DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA" (MAYO 2016).
REVISIÓN DE PROTOCOLOS PARA SU ACTUALIZACIÓN.
REALIZACIÓN DE UN LISTADO DE CUIDADOS PRE/POST IMPLANTE PARA REGISTRO DE LOS MISMOS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0566

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DEDESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LAUNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0668

1. TÍTULO

INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE JAVIER SALAZAR GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS
LASALA ALASTUEY MARIA
ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL
CORDON RUIZ RUBEN
MARCEN MIRAVETE ANA
CALVO CEBOLLERO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

-OCTUBRE-DICIEMBRE 2016:

- SE ANALIZARON ASPECTOS MEJORABLES DEL PROGRAMA PCVIA PARA PERSONALIZAR LA INFORMACION AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO

-SE RECABO INFORMACION ENTRE LOS MEDICOS CARDIOLOGOS QUE UTILIZAN EL PROGRAMA: SE RECOGIERON ASPECTOS MEJORABLES O INFORMACION QUE FALTABA Y QUE ERA IMPORTANTE QUE CONSTARA

ENERO-MARZO 2017:

-SE CONSENSUARON LOS CAMBIOS A REALIZAR EN LOS DISTINTOS TEXTOS CON REPRESENTANTES DE TODOS LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGIA DE ZARAGOZA. SE VALORARON LAS DISTINTAS MEJORAS SUGERIDAS POR LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGIA. REUNIONES DEL GRUPO DE NUESTRO HOSPITAL Y DEL GRUPO REPRESENTANTE DE LOS DISTINTOS HOSPITALES Y SE TOMARON DECISIONES RESPECTO A LOS CAMBIOS Y MEJORAS A IMPLEMENTAR Y SE REALIZARON DICHS CAMBIOS.

ABRIL-AGOSTO 2017:

-SE DIFUNDIERON LOS CAMBIOS REALIZADOS EN EL PROGRAMA A LOS MEDICOS CARDIOLOGOS QUE LO UTILIZAN

SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2017:

-SE ANALIZÓ LA SATISFACCION CON EL PROGRAMA TANTO DE MEDICOS CARDIOLOGOS QUE UTILIZAN EL PROGRAMA COMO DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN LA INFORMACION

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-SE HA MEJORADO EL PROGRAMA, ACTUALIZANDO LOS TEXTOS TRAS LOS PRIMEROS MESES DE USO, CONSIGUIENDO UN PROGRAMA MAS PRACTICO Y CON UNA MEJOR INFORMACION INDIVIDUALIZADA PARA EL PACIENTE CORONARIO EN EL MOMENTO DEL ALTA

-SE HA INTRODUCIDO UN APARTADO DE MEDICACIÓN, QUE AYUDA A PAUTAR LA MEDICACION AL ALTA

-SE HA LOGRADO UNA BUENA DIFUSION DEL PROGRAMA ENTRE LOS MEDICOS QUE DAN ALTAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

-EN ENCUESTA REALIZADA SE HA LOGRADO UN ALTO GRADO DE SATISFACCION DE MEDICOS CARDIOLOGOS QUE UTILIZAN EL PROGRAMA
-EN ENCUESTA REALIZADA EL GRADO DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN LA INFORMACION HA SIDO ALTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA ACTIVIDAD REALIZADA HA SIDO DE GRAN UTILIDAD, Y EN ESTA SEGUNDA PARTE, DE OPTIMIZACIÓN DEL PROYECTO INICIAL, SE DEMUESTRA QUE CON LA PRACTICA SE CONSIGUEN IDENTIFICAR ASPECTOS MEJORABLES Y SE HAN PODIDO IMPLEMENTAR. EL PROYECTO SIGUE EN MARCHA EN CONJUNTO CON VARIOS HOSPITALES DE ZARAGOZA, Y SE SIGUE TRABAJANDO EN INTENTAR MEJORAR EL MISMO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/668 ===== ***

Nº de registro: 0668

Título

INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0668

1. TÍTULO

INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL

Autores:
SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, LASALA ALASTUEY MARIA, ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL, CORDON RUIZ RUBEN, MARCEN MIRAVETE ANA, CALVO CEBOLLERO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Código Infarto
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La información al alta del paciente coronario respecto a género de vida, conducción, alimentación, control de factores riesgo, revisiones posteriores,.. era generalmente verbal o bien escrita pero no individualizada a las características de cada paciente. Consideramos de gran importancia el mejorar esta información y poder darla por escrito individualizada para implicar más al paciente en el cuidado de su salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir dar al alta del paciente coronario una información respecto a género de vida, conducción, alimentación, control de factores riesgo, revisiones posteriores,.. escrita individualizada a las características de cada paciente.

MÉTODO

En el año 2015-2016 se creó un grupo representativo de las unidades de Hospitalización de los Servicios de Cardiología de Zaragoza. Se consensuaron en este grupo los textos para cada aspecto de la información al alta del paciente coronario. Se consensuaron los textos durante el año 2015-2016 y se diseñó un programa informático llamado PCVIA que proporciona un texto general común a todos los pacientes: recomendaciones generales sobre dieta, controles analíticos y revisiones médicas recomendadas. Seguidamente se pueden introducir textos de acuerdo a las características individuales del paciente respecto a conducción, tabaco, dieta, pérdida de peso, actividad física, control TA y control Dm. Finalmente se obtiene un texto que es individualizado para cada paciente. Tras diseñar el programa se instaló en las unidades de hospitalización de Cardiología y se comenzó su utilización, logrando un alto nivel de satisfacción entre los cardiólogos que lo utilizan y los pacientes que reciben la información.

El objetivo actual es continuar la mejora de este proyecto:

- 1.- Recabar de cardiólogos que han utilizado el programa y de los pacientes que han recibido la información sugerencias, aspectos mejorables del mismo. Responsables: Luis Miguel Alvarez de la Fuente y María Lasala Alastuey
- 2.- Realizar reuniones del grupo interhospitalario para consensuar los cambios/mejoras en el programa. Responsable: José Javier Salazar González
- 3.- Implementar los cambios en el programa informático PCVIA. Responsable: José Javier Salazar González
- 4.- Valorar las mejoras realizadas y valorar el grado de satisfacción de los médicos cardiólogos que lo utilizan y de los pacientes que reciben la información. Responsable: Juan Carlos Porres Azpiroz

INDICADORES

- Grado de utilización del programa en el paciente al alta de un síndrome coronario: Porcentaje de pacientes en los que se utiliza el programa para dar la información de una muestra de pacientes dados de alta.
- Grado de satisfacción de los médicos cardiólogos que lo utilizan: A través de una encuesta se valorará el grado de satisfacción en: muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto.
- Grado de satisfacción de los pacientes que reciben la información: A través de una encuesta se valorará el grado de satisfacción en: muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto.

DURACIÓN

Inicio proyecto: 15/10/2016 a 15/10/2017

Calendario: Cronograma

Octubre-Diciembre 2016: Analizar posibles mejoras o nuevos aspectos a incluir en el programa informático PCVIA

Enero-Marzo 2017: Consensuar los cambios a realizar o los nuevos textos a incluir con todos los servicios de Cardiología de Zaragoza. Realizar las modificaciones en el programa informático.

Abril-agosto 2017: Difusión de los cambios realizados a la totalidad de cardiólogos de las unidades de hospitalización. Comenzar la utilización del programa con las modificaciones realizadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0668

1. TÍTULO

INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL

Septiembre-Octubre 2017: Analizar la satisfacción de los médicos cardiólogos que utilizan el programa y de los pacientes que reciben la información.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0940

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS

Fecha de entrada: 28/03/2018

2. RESPONSABLE NATALIA DE CASAS HERRANDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MACIAS MARIN LAURA
FURRIEL ARANDA BEGOÑA
CALVO GALIANO NAIARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza el registro de actividades en una hoja específicamente diseñada durante los meses enero-febrero-marzo del año 2018 y sigue en proceso. En ella, se ha constatado el tipo de acceso (venoso o arterial) y localización, la retirada o no del dispositivo introductor, el cierre del acceso mediante sutura o compresión manual; del mismo modo, se indica tiempo de espera necesario para la retirada de los apósitos e inicio de la movilización de las extremidades afectas. Y también se incluye en la hoja un registro de la medicación utilizada durante el procedimiento y las constantes vitales del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 95% de los registros han sido debidamente cumplimentados alcanzando nuestro objetivo y consiguiendo una buena comunicación entre los diferentes servicios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de haber obtenido un buen nivel de registros, esperamos llegar a alcanzar su totalidad, observando que su efectividad ayuda en la mejora y calidad de nuestro trabajo realizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/940 ===== ***

Nº de registro: 0940

Título
CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS

Autores:
DE CASAS HERRANDO NATALIA, MACIAS MARIN LAURA, FURRIEL ARANDA BEGOÑA, CALVO GALIANO NAIARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cardiologia, alteraciones de la conduccion
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con el crecimiento de la unidad de Electrofisiología cardiaca y la implantación de un mayor y diverso tipo de procedimientos, vemos oportuno mejorar la comunicación con el personal de enfermería responsable de nuestros pacientes en la planta. Dada la variabilidad de accesos utilizados durante las intervenciones en la sala, es preciso plasmar los utilizados en cada procedimiento en algún registro que permita un seguimiento individualizado de cada paciente. Evaluando los registros utilizados hasta el momento en la unidad se observó la necesidad de ampliar los datos que en ella se recogían puesto que a la llegada del paciente a planta podían surgir dudas que repercutían directamente en los cuidados recibidos por el paciente: tipo de acceso (arterial

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0940

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS

o venoso), tiempo necesario de reposo, reinicio de la anticoagulación, presencia o no todavía de introductores... Así pues, se planteó la realización de un nuevo registro de enfermería ampliado para la mejora de la comunicación entre servicios.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera con esta propuesta una mejor comunicación entre los servicios de hospitalización y el servicio de electrofisiología cardiaca tratando de mejorar con ello la atención del paciente, su más pronta rehabilitación y acortar la estancia y gasto hospitalario.

MÉTODO

Se plantea el diseño de una hoja de registro único para las actividades intervencionistas mediante catéter llevadas a cabo en la unidad. En ella, se constatará el tipo de acceso (venoso o arterial) y localización, la retirada o no del dispositivo introductor, el cierre del acceso mediante sutura o compresión manual; del mismo modo, se indicará tiempo de espera necesario para la retirada de los apósitos e inicio de la movilización de las extremidades afectas. Estas opciones vendrán ya presentadas en la hoja de registro, de forma que el profesional encargado de rellenar la misma solo tenga que marcar los ítems necesarios, facilitando así el registro y la rápida visualización de los mismos por parte del personal que la reciba en planta. Además, en la hoja se incluirá un registro de la medicación utilizada durante el procedimiento, el reinicio de la anticoagulación oral en caso necesario y las constantes vitales del paciente a su salida de la unidad.

INDICADORES

El cuerpo de la hoja de registro se rellenará mediante la selección de ítems, se dará por satisfactorio un registro mínimo del 75% de los mismos, la evaluación del sistema se realizara al menos cada 6 meses, pudiendo al mismo tiempo replantearse nuevas opciones o indicadores a tener en cuenta para la mejora tanto del registro como de la forma de realizarse.

Al mismo tiempo, aproximadamente cada 6 meses se procederá a pasar una encuesta entre los profesionales de los servicios de hospitalización con los que se relaciona la unidad, de forma anónima, para valorar desde su perspectiva la utilidad de los registros y las posibilidades de mejora.

DURACIÓN

Se trata de un proyecto a largo plazo con el que se pretende unificar lenguajes y criterios que mejoren la relación entre unidades y una mejor y mayor continuidad de los cuidados de enfermería buscando como objetivo final una mejor calidad de estos.

En diciembre de 2016 se realizaran charlas informativas en la unidad y en los servicios relacionados para presentar la hoja y la forma de complementarla, abriendo a su vez un periodo de sugerencias para posibles modificaciones.

Desde enero de 2017 se procederá a la implantación definitiva de la hoja de registro.

En junio de 2017 se procederá a la primera ronda de evaluación, revisando las historias de los pacientes intervenidos en el primer semestre del año, contabilizando los ítems que se rellenaron en cada intervención, y haciendo llegar a las plantas de hospitalización relacionadas las encuestas de evaluación para conocer el nivel de satisfacción de los compañeros.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0945

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CHECKLIST PREQUIRURGICO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA MACIAS MARIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE CASAS HERRANDO NATALIA
FURRIEL ARANDA BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se desarrolló una hoja preformada en la que además de la identificación del paciente se encontraban 17 ítems (si/no/no procede) que comprobar previos al desarrollo de la actividad de la sala, asegurando así un mejor desarrollo y control de la misma. Se realizó una reunión con el equipo de enfermería de la unidad en la cual se expuso la existencia de la misma y su finalidad, estando el 100% de la plantilla conforme se dio lugar al inicio de la actividad. El único material necesario para llevar a cabo el proyecto fue la elaboración de la ya comentada hoja de registro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para evaluar el alcance e impacto del proyecto se llevó a cabo una revisión de historias de los pacientes intervenidos en la unidad en un mes seleccionado al azar (noviembre); en dicha revisión se evalúa la cumplimentación o no de la hoja y el nivel de cumplimentación de la misma. Se comprobó la presencia de la hoja en el 85% de las historias con el 100% de los ítems identificados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Reunido el equipo se valora positivamente la actividad considerándose una mejora en la calidad de los cuidados y un mejor sistema de control. Vista la viabilidad del proyecto, fácil desarrollo y buena aceptación por parte de la unidad consideramos continuar con el mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/945 ===== ***

Nº de registro: 0945

Título
IMPLANTACION DE CHECKLIST PREQUIRURGICO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

Autores:
MACIAS MARIN LAURA, DE CASAS HERRANDO NATALIA, FURRIEL ARANDA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cardiologia. arritmias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: seguridad clinica

PROBLEMA

Dado el crecimiento que experimenta la unidad, así como el aumento de personal y demanda asistencial, y la aparición de nuevas técnicas hacen que se llegue a plantear la necesidad de una reorganización y distribución del trabajo. Por ello, se plantea la necesidad de instaurar una secuencia de pasos a seguir desde el momento de la llegada del paciente a la unidad hasta el inicio mismo de la intervención, quedando registrado además por escrito cada uno de estos pasos.

Se pretende con este proyecto asegurar la seguridad del paciente en cada momento, así como evitar duplicar el trabajo y sobrecargar al personal de la unidad quedando constancia de que los pasos han sido llevados a cabo. Además, con esto, quedaría reflejado el papel del equipo de enfermería en la unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0945

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CHECKLIST PREQUIRURGICO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

queremos, de este modo contribuir al cumplimiento de uno de los objetivos prioritarios de los sistemas sanitarios, que es la prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria ya que existen evidencias científicas que certifican que la implantación de listas de verificación de este tipo disminuyen los efectos adversos en el entorno quirúrgico.

En este proceso se ven implicados todos los miembros del equipo asistencial de la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos poder realizar un cuidado coordinado y ordenado al paciente a su llegada a la unidad de electrofisiología cardiaca, estableciendo así un protocolo de actuación previo a la intervención. Con esto y la distribución ordenada de tareas en la sala por parte de los profesionales, se pretende una mejora de la calidad asistencial al paciente y un considerable ahorro de tiempo al evitar duplicar tanto información como trabajo, asegurándonos al mismo tiempo de que todas los preparativos han sido correctamente realizados no quedando tampoco ningún dato sin contrastar, favoreciendo la organización del trabajo en la unidad sin sobrecargarla al llevar asociado una sistematización de los procedimientos.

MÉTODO

Se pretende el diseño de una hoja preformada con una serie de ítems a valorar referentes tanto a la preparación de la sala de intervención como a la preparación del paciente y sus diferencias personales. En ella, se registran 19 ítems que abarcan desde la llegada del paciente a la unidad (correcta identificación, registro, comprobación de alergias...) a la preparación de la sala y material necesarios para la intervención.

INDICADORES

La evaluación de la correcta implantación de la lista de verificación se llevara a cabo mediante el conteo de los ítems contestados o no en cada procedimiento. Se pretende que estén contestados al menos el 75% de los ítems, se realizara una evaluación periódica cada 6 meses del número de ítems recogidos en cada formulario, con ello, valoramos la implicación del personal en el proceso y la validez del mismo; cada vez que se proceda a esta evaluación se abrirá también un periodo de reflexión de una semana en el que se podrán aportar nuevos ítems que se consideren relevantes o modificar aquellos que carezcan de validez.

DURACIÓN

Se pretende que sea un proyecto a largo plazo puesto que se considera relevante para el funcionamiento de la unidad. La fecha de implantación de la lista de verificación se prevee para principios del año 2017, dejando el mes de diciembre para la resolución de dudas y posibles modificaciones antes de la puesta en marcha definitiva.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1042

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE ENRIQUE CASTILLO LUEÑA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO ESTEBAN EVA
LOPEZ PERALES CARLOS
LOPEZ SAMITIER ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisar los protocolos de realización de dichas pruebas diagnósticas aconsejados por las diferentes sociedades científicas

Establecer un sistema de checklist que permita una adecuada identificación de los pacientes aptos para realizar estas pruebas, asegurando que han sido previamente informados y que cumplen todos los criterios para la realización de éstas.

Utilización y valoración del sistema checklist

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Implantación de un sistema de checklist en la realización de ecocardiograma de estrés farmacológico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sistema sencillo para aumentar la seguridad clínica y evitar errores, aunque alarga ligeramente la duración de las pruebas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1042 ===== ***

Nº de registro: 1042

Título
IMPLEMENTACION DE CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO

Autores:
CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE, MORENO ESTEBAN EVA MARIA, LOPEZ PERALES CARLOS, LOPEZ SAMITIER ELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Miguel Servet realiza actualmente un número muy elevado de pruebas de detección de isquemia mediante ecocardiografía de estrés farmacológico.

La utilización de los diferentes fármacos para la realización de las pruebas de detección de isquemia pueden producir efectos adversos en el paciente en el que se realizan dichas pruebas, existiendo indicaciones y contraindicaciones claras para el empleo de éstos.

Creemos que estableciendo un checklist previo a la realización de la prueba hará más difícil el incluir pacientes en los que la prueba no este indicada o incluso que pudiera estar contraindicada, mejorando así la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1042

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO

seguridad clínica en la utilización de estos recursos diagnósticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la seguridad clínica en la utilización de las pruebas diagnósticas de detección de isquemia cardiaca.

MÉTODO

Revisar los protocolos de realización de dichas pruebas diagnósticas aconsejados por las diferentes sociedades científicas (española, europea y americana), y basándonos en ellos, establecer un sistema de checklist que permita una adecuada identificación de los pacientes aptos para realizar estas pruebas, asegurando que han sido previamente informados y que cumplen todos los criterios para la realización de éstas.

INDICADORES

1. Consentimiento informado: el 100% de las pruebas realizadas deberán tenerlo.

2. Checklist: el 100% de las pruebas no deberán tener contraindicaciones absolutas.

3. Checklist: se deberá anotar las pruebas en las que haya contraindicaciones relativas y el motivo por el que se ha realizado finalmente la prueba en estos casos.

DURACIÓN

Inicio: Diciembre 2016-Enero 2017

Fin: Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO ORTAS NADAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERGUA MARTINEZ CLARA
LAPERAL MUR JOSE RAMON
FUERTES FERRE GEORGINA
LASALA ALASTRUEY MARIA
MARCEN MIRAVETE ANA
OLORIZ SANJUAN TERESA
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Durante el año 2019 se han llevado a cabo 10 reuniones del GRUPO MULTIDISCIPLINAR (25/01, 28/02, 28/03, 2/05, 05/06, 24/07, 19/09, 24/10, 21/11 y 18/12), integrado por las diferentes Subdirecciones Médicas y de Enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada del hospital Miguel Servet (HUMS), así como profesionales médicos y de enfermería de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada cardiológica (AE cardiológica), del ámbito hospitalario y ambulatorio. Sumadas a las 10 reuniones realizadas durante el año 2018, son 20 las reuniones realizadas por el grupo desde su creación el 16 de abril de 2018.

De todas las reuniones se ha levantado un acta donde se recogen todos los aspectos/consensos tratados/acordados por el grupo que, posteriormente, se ha enviado a todos los integrantes y firmada en la siguiente reunión.

A parte de los integrantes del grupo, diferentes profesionales sanitarios han sido invitados a participar en las sesiones con el objeto de mejorar la toma de decisiones:

- Dr. José María Turon (Coordinador de calidad del Sector Alcañiz), quien nos presentó el proceso que ha elaborado de Insuficiencia cardiaca en Atención Primaria, pendiente de ser aprobado por el SALUD (11ª reunión - 25/01/2019)
- Dras María Lasala y Ana Marcen, cardiólogas del HUMS, como responsables de la consulta de diagnóstico rápido y del proyecto de mejora de la U. de insuficiencia cardiaca en el HUMS (12ª, 13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª y 20ª).
- Dra. Marisa Sanz y Dña Pilar Gil (enfermera adscrita a la Unidad de IC) como responsables de la Unidad de IC del HUMS (13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª y 20ª).
- Dra Pilar Figueras (Jefe de Servicio de Medicina Interna del HUMS) y Dr. Alfonso García (Responsable de la U. de crónico complejo del HUMS)- (15ª, 16ª, 17ª, 18ª y 20ª).
- Dra. Beatriz Ordoñez (Presidenta de la Sociedad Aragonesa de Cardiología) - (15ª reunión).

2. Durante el año 2019 se han realizado 84 sesiones clínicas presenciales en los 18 centros de salud (CS) del sector sanitario Zaragoza II (3 de los cuales en el área rural) a cargo del cardiólogo responsable:

1. CS ALMOZARA - Dra Ortas - 7 sesiones presenciales (13/02, 13/03, 10/04, 08/05, 12/06, 18/09, 27/11)
2. CS CAMPO DE BELCHITE - Dr. Laperal - 1 sesión presencial (10/12/18) y 1 conexión virtual mediante videoconferencia (Spontania) (22/01)
3. CS FERNANDO EL CATÓLICO - Dra. Bergua - 5 sesiones presenciales (19/03, 30/04, 13/06, 15/10, 19/11)
4. CS FUENTES DE EBRO - Dr. Brun - - 1 sesión presencial (07/5) y 1 conexión virtual mediante videoconferencia (Spontania) 11/06
5. CS- FUENTES NORTE - Dr. Cordón y actualmente Dr. Brun - 7 sesiones presenciales (27/03, abril, 29/05, 2/07, 18/09, 23/10, 18/12)
6. CS PARQUE ROMA - Dr. San Pedro - Interrumpidas por problemas internos del centro. En marcha su reanudación.
7. CS PUERTA DEL CARMEN - Dr. San Pedro - 4 sesiones presenciales (19/09, 23/10, 21/11, 18/12)
8. CS REBOLERÍA - Dra. Bergua - 6 sesiones presenciales (16/01, 20/02, 23/05, 12/06, 06/11, 12/12,)
9. CS SAN PABLO - Dr. Chopo - 6 sesiones presenciales (7/02, 28/03, 02/05,04/07, 07/11, 19/12)
10. CS. SÁSTAGO - Dr. Laperal - 1 sesión presencial (18/03) y 1 conexión virtual mediante videoconferencia (Spontania) 24/06
11. CS. TORRERRAMONA - Dr. Díaz y actualmente Dr. Brun - 1 sesión el 21/01/20
12. CS. TORRERO-LA PAZ - Dra Aured y actualmente Dra. Lasala -4 sesiones presenciales (17/01, 23/05, 19/06, 18/12)
13. CS. MIRAFLORES - Dr. Brun: 1 sesión presencial (13/05)
14. CS. RUISEÑORES - Dr. Chopo - 5 sesiones presenciales (13/05, 04/06, 11/07, 26/09, 28/11)
15. CS SAN JOSÉ CENTRO - Dr. Laperal - 8 sesiones presenciales (24/01, 21/02, 25/04, 23/05, 27/06, 12/09, 24/10, 5/12)
16. CS. SAN JOSÉ NORTE - Dr. Laperal - 8 sesiones presenciales (24/01, 21/02, 25/04, 23/05, 27/06, 12/09, 24/10, 5/12)
17. CS SAN JOSE SUR- Dr. Castillo y actualmente Dr. Chopo - 7 sesiones presenciales (19/02/30/04/13/05, 04/06, 11/07, 26/09, 28/11)
18. CS VENEZIA - Dra. Bergua - 9 sesiones presenciales (17/01, 12/02, 26/03, 30/04, 21/05, 18/06, 22/10, 27/11, 17/12)

Estas sesiones clínicas tienen como objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

1. Visita de inicio por parte de la responsable del Servicio para informar sobre el proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico como forma de trabajo habitual.
2. Resolución de casos complejos in situ.
3. Facilitar la propagación de los diferentes protocolos aprobados por el Grupo Multidisciplinar a todos los médicos de AP.
4. Formación en patología cardiovascular.
5. Mejora en la comunicación y entendimiento entre los dos niveles asistenciales.

Actualmente, nos encontramos en vías de programación de sesiones clínicas virtuales con los centros de salud rurales mediante el uso del programa de SKYPE, ya que el programa de Spontania dificulta la comunicación en estos centros fuera del área urbana.

3. A través de la interconsulta virtual se ha iniciado la solicitud de una determinada prueba (holter de 24 horas) en pacientes muy seleccionados, sin necesidad de una consulta presencial y con tiempos de respuesta más cortos. Este nuevo formato se ha puesto en marcha en el CS de Almozara, con bastante buena acogida por parte de los médicos de AP. En las próximas semanas se decidirá su extensión a otros CS.

4. El día 21 de noviembre tuvo lugar la 1ª reunión intrasectorial AP-AE cardiológica del sector sanitario Zaragoza II, en salón de actos del H. Infantil del HUMS. Sesión acreditada por la Formación continuada de las profesiones sanitarias de Aragón, a la que acudieron más de 100 profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales y diferentes estamentos: enfermería, médicos, fisioterapeutas, etc.. con un programa dividido en dos mesas de debate: Rehabilitación cardiaca y Cardio-Oncología, cada una de las cuales contó con la presencia de un paciente experto.

5. Se han formado tres grupos de trabajo en la U. de Hemodinámica para protocolizar diferentes procesos asistenciales:

1. Informe de continuidad de cuidados asistenciales tras un procedimiento en la Unidad de hemodinámica. Coordinadora: Supervisora Dña Paula Alba
2. Protocolización del tto anticoagulante pre y post procedimiento intervencionista cardiaco. Coordinadora: Dra. Georgina Fuertes
3. Protocolización de los procesos pre y post intervencionismo en cardiopatía estructural. Coordinadora: Dra. Cruz Ferrer

6. Se han formado tres grupos de trabajo en la U. de Arritmias y Electrofisiología para protocolizar diferentes procesos asistenciales:

1. Proyecto de mejora de la consulta de seguimiento de marcapasos. Coordinador: Dra. Rodrigo Gallardo
2. Protocolización del proceso de cardioversión eléctrica. Coordinadora: Dra. Naiara Calvo.
3. Protocolización del proceso de consulta externa en arritmias. Coordinadora: Dra. Teresa Oloriz.

7. A lo largo de este año se han llevado a cabo en el servicio se han llevado varios proyectos asistenciales, recogidos en el ACUERDO DE GESTIÓN del servicio, algunos de los cuales relacionados con este proyecto:

1. Proyecto de CHECK-LIST en el que en su 2º año, se han revisado la presencia de buzones y citaciones pendientes de consulta en los centros médicos de especialidades, en el 100% de todos los ingresos. Se han anulado todos aquellos que se consideraban innecesarios o redundantes. El paciente ha sido informado mediante el envío de una carta personalizada por parte de la jefatura del servicio explicando los motivos de su anulación.

2. Proyecto de DERIVACIÓN AP-AE cardiológica donde se ha protocolizado la actuación conjunta en determinados procesos asistenciales:

- Protocolización del proceso asistencial compartido de insuficiencia cardiaca
- Protocolización del proceso asistencial compartido de fibrilación auricular
- Protocolización del proceso asistencial compartido de arritmias
- Protocolización del proceso asistencial compartido de valvulopatías
- Protocolización del proceso asistencial compartido de hipercolesterolemia

3. Proyecto de DIGITALIZACIÓN DEL ECG en la HCE en toda el área cardiológica. Este año con el foco puesto en la digitalización del área cardiológica intrahospitalaria y hospital de día.

8. Dentro del grupo de AP-AE cardiológica se ha creado un grupo de trabajo de enfermería, con participación de personal hospitalario, ambulatorio y de atención primaria. Actualmente se está trabajando en la creación de un informe de continuidad de cuidados de enfermería tras una hospitalización de un paciente en la planta de cardiología, que estará integrado en la HCE de cada paciente junto al informe médico. Junto a ello, se está estudiando la forma de mejorar la comunicación de la enfermería entre los dos niveles asistenciales que permita la continuidad de los cuidados de estos pacientes, antes incluso de que ellos mismos la soliciten.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1.- Mantenimiento reuniones mensuales del grupo multidisciplinar AP-AEc. Reuniones mensuales
 - 10 reuniones mensuales del grupo multidisciplinar AP-AE cardiológico durante el año 2019. 20 en total desde su inicio en abril de 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

- 2.- Realización de una sesión formativa sectorial multidisciplinar acreditada
- Realizada el 21 de noviembre de 2019. Acreditada por la Formación continuada de profesiones sanitarias de Aragón. Duración 5 horas.
- 3.- Porcentaje de interconsultas contestadas a través de la plataforma virtual en un plazo =96 horas (estándar = 50%)
- De todas las interconsultas virtuales solicitadas desde AP de lunes a viernes, el 80.4 % se contestaron en un tiempo menor o igual a 96 horas (U. de gestión del HUMS)
- 4.- Porcentaje de interconsultas resueltas de forma no presencial (Estándar = 22%)
- El 33.5% de las interconsultas de AP fueron resueltas de forma no presencial (U. de gestión del HUMS)
- 5.- Porcentaje de consultas externas presenciales con implantación de HCE y evolución clínica en la plataforma de HCE (Estándar = 60%)
- El 95% de las consultas externas del servicio de cardiología tienen implantado el uso de la HCE como herramienta habitual. El servicio de cardiología es uno de los servicios médicos con más entradas en HCE en general (Dirección Médica HUMS)
- 6.- Revisión y elaboración de protocolo de derivación a consultas monográficas intraservicio (Insuficiencia cardiaca y Congénitas del adulto) - (control intraservicio y ACUERDO DE GESTIÓN)
- Se ha elaborado un protocolo de derivación intraservicio a la Unidad de Insuficiencia cardiaca. Actualmente en vías de su extensión mediante la creación de circuitos bidireccionales con el S. de Medicina interna y la U. de crónico complejo.
 - Está pendiente la elaboración de un protocolo para la derivación intraservicio a la U. de congénitas del adulto.
- 7.- Protocolización de criterios de indicación/adecuación estudios electrofisiológicos (control intraservicio y ACUERDO DE GESTIÓN)
- Se han protocolizado los siguientes procesos en de la U. de arritmias, electrofisiología y electroestimulación
 - Proyecto de mejora de la consulta de seguimiento de marcapasos.
 - Protocolización del proceso de cardioversión eléctrica.
 - Protocolización del proceso de consulta externa en arritmias.
- 8.- Protocolización de criterios de indicación/adecuación cateterismos cardiacos (control intraservicio y ACUERDO DE GESTIÓN)
- Se han protocolizado los siguientes procesos en de la U. de hemodinámica y cardiología intervencionista
 - Informe de continuidad de cuidados asistenciales tras un procedimiento en la Unidad de hemodinámica.
 - Protocolización del tto anticoagulante pre y post procedimiento intervencionista cardiaco.
 - Protocolización de los procesos pre y post intervencionismo en cardiopatía estructural.
- 9.- Definición de un modelo de consulta de enfermería en los CS para el seguimiento de pacientes con enfermedad cardiovascular (Grupo multidisciplinar AP-AE cardiológica con participación de las Subdirecciones Médicas médica y enfermería)
- Se ha creado un grupo de trabajo de enfermería, con participación de personal hospitalario, ambulatorio y de atención primaria, dentro del grupo de AP-AE cardiológica, con al menos tres reuniones durante este año. Se está analizando la forma de mejorar la comunicación de la enfermería entre los dos niveles asistenciales.
- 10.- Porcentaje de ecocardiograma transtorácicos ambulatorio realizado en <30 días desde su petición (Estándar = 32%) (U. de gestión del HUMS)
- El 80.4% (504 ecocardiogramas) de todos los ecocardiogramas solicitados y realizados en la U. de pruebas funcionales se han hecho en un tiempo menor o igual a 30 días
- 11.- Porcentaje de consultas 1er día PREFERENTES presenciales derivadas desde AP por patología cardiaca y resueltas en =30 días (Estándar = 60%) (U. de gestión del HUMS)
- El 77% (396 consultas) de las consultas de 1er día solicitadas con carácter preferente solicitadas al CME S. José fueron resueltas en un tiempo igual o inferior a 30 días
 - Esta evaluación no se puede realizar en el CME de Ramón y Cajal puesto que no se recoge de forma habitual, según información de la Dirección de Gestión del HUMS.
- 12.- Porcentaje de consultas presenciales de primer día derivadas desde ICV a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en =15 días (Estándar = 80%) (U. de gestión del HUMS)
- El 86.8% (383 consultas) de las consultas presenciales derivadas desde la ICV a la Unidad de Diagnóstico rápido de cardiología fueron resueltas en un tiempo igual o inferior a 15 días.
- 13.- Número de pacientes con implante actual de marcapasos al que se le entrega home-monitoring en la consulta de MCP. Control sin cita (Estándar = 30%) - (control interaservicio y proyecto incluido en el acuerdo de gestión)
- El proyecto de mejora de la consulta de seguimiento de marcapasos y su duplicidad, con la creación de una consulta propia a cargo exclusivamente del personal de enfermería (paralela a la consulta médica por parte de un electrofisiólogo) ha supuesto mucho tiempo y esfuerzo, así como formación de dicho personal que no ha permitido otro tipo de formación simultánea ni la estandarización del proceso del home monitoring en nuestro medio. Motivo por el que no se alcanzado este objetivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

- Actualmente está en marcha la creación de una agenda no presencial en el HIS para poner en marcha esta actividad, así como la formación específica del personal de enfermería (incluso con estancias fuera del hospital). Todo ello necesario para la puesta en marcha de la monitorización remota de calidad.

- Por otra parte, se está diseñando un modelo de monitorización remota que podría implantarse en la consulta de enfermería de cada uno de los 18 centros de salud y permitiría la incorporación de pacientes portadores de marcapasos que actualmente no disponen de este dispositivo en su domicilio, al control telemático.

14.- Porcentaje de altas en el S. de Cirugía Cardíaca del HUMS, tras cirugía cardíaca mayor, con cita en consulta de cardiología en la toda la comunidad aragonesa (Estándar = 60%) (Control intraservicio)

- El 100% de todos los informes de alta dados de pacientes provenientes del servicio de cirugía cardíaca tras una cirugía cardíaca mayor durante el año 2019 que, por diversas circunstancias, no han entrado en el programa de Rehabilitación Cardíaca del HUMS, se han enviado a sus respectivos servicios de cardiología en su área sanitaria por medio del servicio de cardiología del HUMS, que ha hecho de intermediario.

- En la evaluación posterior, más del 80% tenían una cita en HCE o habían sido vistos a los 60 días y el resto se encontraba en buzón pendiente de citación.

15. Porcentaje de revisión de citas/buzones pendientes al alta hospitalaria (Estandar = 80%) (Control intraservicio e incluido en el Acuerdo de Gestión)

- Se ha revisado el 100% de la HCE de los pacientes dados de alta en el servicio durante el año 2019, con el propósito de detectar citas y buzones pendientes en consultas externas de cardiología, redundantes y susceptibles de ser anulados. Los resultados son:

- o 396 citas detectadas, de las cuales se han anulado 48 (12%)
- o 311 buzones pendientes de citación, de los cuales se han anulado 231 (74%)
- o 279 (citas y/o buzones) anulados por ser considerados redundantes e innecesarios.

Como resumen, los resultados expuestos representan un alcance en general optimista del de los objetivos planteados en el proyecto, aunque no sea de forma completa. La previsión es su consecución durante el primer trimestre del año. Resultados que, por otra parte, nos han permitido conseguir la acreditación SEC-EXCELENTE en ATENCIÓN PRIMARIA según el programa de calidad de la Sociedad Española de Cardiología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Grupo AP-AE cardiológico multidisciplinar sigue siendo un foro muy importante para la creación de protocolos locales de aquellos procesos asistenciales prevalentes y decisivos en la patología cardiovascular de nuestro sector.

Las sesiones clínicas presenciales a los diferentes CS por parte del cardiólogo responsable, siguen permitiendo mejorar claramente la relación entre los profesionales de los dos niveles asistenciales, aunque su frecuentación es algo dispar por lo que habrá que evaluar la situación centro por centro. La mejoría en la resolución de la interconsulta virtual es también uno de sus beneficios. Hemos tenido problemas en la comunicación con los centros de salud del área rural que esperamos resolver con la introducción de otro sistema de comunicación diferente. Problemas de índole organizativa también han dificultado las sesiones en algún otro centro de salud, en vías de resolución.

La colaboración activa de todos los miembros implicados en el Grupo AP-AE cardiológico y de Staff del propio Servicio de cardiología, ha sido clave para la consecución de buena parte de los objetivos planteados.

Existen procesos asistenciales diagnóstico/terapéuticos intraservicio pendientes de ser abordados para su protocolización en los próximos meses. El propósito de todos ellos es dar una papel relevante y necesario al personal de enfermería, en muchas ocasiones de forma autónoma lo cual requiere formación de calidad y tiempo, que en ocasiones se infraestima.

Todas estas actividades realizadas y objetivos conseguidos siguen proporcionando una mejoría constante de la mayoría de los indicadores de gestión del servicio que en definitiva, persiguen la mejor atención posible a nuestros pacientes, sustentada en una excelente relación entre los profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales.

7. OBSERVACIONES.

La información y el conocimiento sobre el Proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico a la población general/pacientes del sector II ha mejorado durante este año y sigue considerándose clave para su seguimiento. Es importante seguir en este camino para que la población general entienda el papel preponderante que el médico de AP tiene en la gestión de la enfermedad cardiovascular, siempre respaldado por el médico de AE cardiológica, mediante una respuesta rápida y, en muchas ocasiones resolutoria, a través de la interconsulta virtual y con las sesiones conjuntas presenciales en cada uno de los 18 CS de nuestro sector

*** ===== Resumen del proyecto 2018/135 ===== ***

Nº de registro: 0135

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

Título
RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO

Autores:
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, CARMEN GARCES MARIA ESTHER, LANZUELA VALERO MANUELA, LAHUERTA LORENTE MARIA LOURDES, GARCIA RUIZ MARIA TERESA, ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO, ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA, NOYA CASTRO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan un elevado número de personas en nuestro medio y son la principal causa de mortalidad y discapacidad. Es frecuente que la respuesta de las unidades de atención especializada (AE) a los pacientes se retrase más tiempo del que se considera óptimo, y se debe, en gran medida, a la sobrecarga asistencial sobre todo por el volumen de revisiones rutinarias en las que el especialista aporta muy poco o nada de valor añadido respecto a la proporcionada por el médico de Atención Primaria (AP). La propuesta esencial es trabajar en equipo con protocolos coordinados para liberar las consultas especializadas de visitas sucesivas de escaso valor, y aumentar la disponibilidad para las visitas más importantes, pacientes nuevos o desestabilizaciones.

El proyecto se plantea a 3 años: 1º: Diagnóstico del paciente 2º: Diagnóstico y tratamiento de paciente, electrofisiología, hemodinámica y trazabilidad. 3º: Cirugía cardiaca, idoneidad del paciente derivado a cirugía, UCI, RHB.

Se debe contar desde el principio con la implicación y colaboración de los profesionales que participan en la asistencia al paciente cardiológico. Son ellos los que deben estar motivados para participar en el rediseño y creación de los circuitos necesarios para mejorar entre todos la asistencia a nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Fundamental:
Mejorar la atención que se presta a los pacientes cardiológicos, mediante la redefinición de las tareas que los profesionales de AP y AE deben asumir de manera coordinada en la atención a pacientes con sospecha o ECV ya conocida.

- Específicos:
- Reducir la demora para primeras visitas en las consultas de Cardiología de los centros médicos de especialidades (CME) de nuestro sector.
 - Mejorar la relación AP-AE para la derivación de pacientes con sospecha de enfermedad cardiológica.
 - Depurar posibles problemas médicos y administrativos en el curso de las interconsultas virtuales y presenciales.
 - Mejorar las indicaciones de pruebas diagnósticas cardiológicas.
 - Reducir la demora para la realización de pruebas diagnósticas cardiológicas.
 - Revisar los buzones de consultas y pruebas complementarias cardiológicas para depurar redundancias.
 - Favorecer el seguimiento del paciente y la continuidad de cuidados por parte de la enfermera.

MÉTODO

Creación de un grupo multidisciplinar integrado por profesionales de AP y AE que trabajara sobre criterios de derivación de pacientes desde AP a la consulta de Cardiología en distintas situaciones clínicas.
Creación de un grupo de trabajo integrado por cardiólogos especializados en Cardiopatías Congénitas y pediatras de AP para protocolizar los criterios de derivación a estas consultas.

Valoración de la posibilidad de realizar peticiones de determinadas pruebas diagnósticas desde AP para agilizar el proceso diagnóstico.

Designación de médico de AP referente y cardiólogo consultor para cada centro de AP.

Realización de sesiones clínicas equipo AP-cardiólogo consultor sobre casos clínicos.

Organización de dos jornadas anuales sectoriales AP-Cardiología, acreditadas para la asistencia y la docencia.

Revisión y unificación de criterios de derivación a consultas específicas y pruebas diagnósticas y terapéuticas en el servicio de Cardiología.

Depurar repeticiones de citas cardiológicas pendientes en pacientes hospitalizados en Cardiología.

Definición de modelo de consulta de enfermería.

INDICADORES

Interconsultas contestadas a través de la plataforma virtual en un plazo =7 días =95%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO II

Interconsultas resueltas de forma no presencial	=20%		
Consultas presenciales desde AP y resueltas en el CME en = 30días		=60%	
Consultas presenciales en CME y alta a AP con informe de alta en HP-Doctor			=60%
Primeras consultas desde AP a Cardiopatías Congénitas con tiempo de espera =50 días		=80%	
Primeras consultas desde AP a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en =15 días			=80%
Ecocardiograma transtorácico realizado en <30días desde su petición			
=30%			
Altas hospitalarias en Cardiología y Cirugía Cardiaca con citación en consulta programada			=50%
Aplicación de Checklist de revisión de citas cardiológicas pendientes en pacientes al alta			=60%

DURACIÓN

Primer semestre:

Constitución del grupo multidisciplinar: marzo-18.

Designación de referentes en Atención Primaria y cardiólogo consultor.

Sesiones conjuntas equipo AP-cardiólogo consultor.

Definición de criterios de derivación de AP-AE y AE-AP.

Revisión del buzón y criterios de indicaciones de pruebas diagnósticas y terapéuticas.

Elaboración de Checklist.

Informatizar lista de espera HD y EFL.

Segundo semestre:

Sesiones clínicas sectoriales AP-AE.

Aplicación de Checklist.

Definición consulta Enfermería.

Difusión a profesionales de AP-AE.

Implantación de los protocolos realizados.

Evaluación continua.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0151

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ANA MARCEN MIRAVETE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 se ha intentado poner en marcha la Unidad de Insuficiencia cardíaca en el Hospital Ernest Luch, como no ha sido posible, se ha estado realizando educación a los pacientes con insuficiencia cardíaca desde las consultas generales de Cardiología y se han comenzado a distribuir dípticos informativos/educativos a los pacientes y familiares. Se está poniendo en marcha, la creación de un proceso asistencial de IC con Atención Primaria y el objetivo es dispensar estos folletos educativos desde la misma consulta de Atención Primaria, las consultas de Cardiología, Medicina Interna y Hospitalización del Hospital Ernest Lluçh. Acabo de cambiar mi interinidad al Hospital Universitario Miguel Servet, por lo que todo lo indicado sigue en marcha pero yo no podré concluirlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Inicio de educación de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca desde consultas de Cardiología General y distribución de folletos educativos a Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente la puesta en marcha de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca en el Hospital, pero antes de ello puede seguir educando a los pacientes con Insuficiencia Cardíaca y sus cuidadores con el objetivo de disminuir ingresos, mejorar su autocuidado y calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/151 ===== ***

Nº de registro: 0151

Título
MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

Autores:
MARCEN MIRAVETE ANA, ALAMEDA SERRANO JAVIER, HUICI POLO PATXI, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, LAMBAN IBOR ELENA, PALACIN LARROY MARTA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es un problema de salud pública de primer orden y en crecimiento; se trata de una enfermedad con una alta prevalencia, incidencia y mortalidad, genera numerosas hospitalizaciones y una pobre calidad de vida y ocasiona un alto coste socio-sanitario.

Hasta 1 de cada 4 pacientes mayores de 65 años con IC requerirán una rehospitalización a los 30 días del alta y hasta el 44% serán rehospitalizados al menos una vez en el primer año tras el alta. Una causa importante de estas rehospitalizaciones (15-64%) es la falta de continuidad en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, es decir, a una falta de conocimiento de la enfermedad, de la importancia del tratamiento farmacológico y de las medidas higiénico-dietéticas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0151

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

Debido a la falta de tiempo de los profesionales, en muchas ocasiones, no se invierten el necesario en la explicación de la importancia de estas medidas higiénico-dietéticas en la IC, ocasionando el mal conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes y la falta de cumplimiento de estas medidas tan importantes para mantener la enfermedad lo más estable posible.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es la creación de un folleto informativo de la IC para los pacientes y sus familiares y así prevenir las descompensaciones/reingresos ocasionadas por el desconocimiento de la enfermedad y de sus medidas higiénico-dietéticas.
En él, explicaremos qué es la IC, cuáles son los síntomas de descompensación, qué puede descompensarles, qué deben hacer para evitar las descompensaciones y en el caso de inicio de una descompensación.
Población diana: todos los pacientes con IC hospitalizados o atendidos en consultas externas.

MÉTODO

Elaboración de un folleto informativo que se entregará a todos los pacientes valorados por IC tanto durante una hospitalización como en las consultas externas del HELL.
Realizar sesiones informativas al servicio de Medicina Interna y a enfermería sobre la educación en IC y presentación de folletos informativos.

INDICADORES

Se valorará tanto la entrega de los folletos creados como la tasa de reingresos tras la distribución de los mismos.
-Pacientes con entrega de folleto informativo/pacientes valorados por ICC en consulta de MI o Cardiología u hospitalizado por ICC en HELL
-Pacientes con reingreso a 30 días por falta de cumplimiento terapéutico/pacientes con entrega de folleto informativo

DURACIÓN

Creación de folleto informativo: abril-mayo de 2018,
Realización de sesiones informativas sobre educación en IC: mayo-junio de 2018
Inicio de entrega de folletos de educación en IC: desde abril-mayo de 2018 en adelante.
Evaluación de indicadores: enero y febrero de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0780

1. TÍTULO

FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Fecha de entrada: 20/01/2019

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS PORRES AZPIROZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FAÑANAS MASTRAL JAVIER
GARCIA MANGAS PILAR
SANCHO VAL ISABEL
GIL PEREZ DESIRE
VILLUENDAS USON MARIA CRUZ
PALACIAN RUIZ MARIA PILAR
GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha constituido el grupo de trabajo multidisciplinar con miembros de varios servicios. Se han desarrollado reuniones de los integrantes en tres fases:
En una primera fase, se ha solicitado la opinión de todos los integrantes sobre el funcionamiento del grupo, medios humanos y materiales con los que se pueden reunir, proceso de toma de decisiones dentro del grupo, así como resolución de discrepancias.
En una segunda fase se han realizado tres reuniones con el Dr. Gabriel Tirado que se ha ofrecido a confeccionar una base de datos para registro de casos. En esas reuniones, los diferentes miembros han propuesto la inclusión de los datos necesarios desde el punto de vista de su especialidad para ser incluidos en dicho registro. Finalmente se ha presentado la base de datos, realizando los miembros consideraciones y propuestas de cambios sobre el diseño inicial.
En una última fase, se ha decidido iniciar el registro de casos, proponiendo su inicio en Noviembre de 2018. Tras un retraso por problemas informáticos, en la última reunión del 5 de Diciembre, se decide su inicio con el año natural.
Queda pendiente la revisión del funcionamiento del registro, que se realizará tras tres meses de funcionamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la fecha de esta memoria, disponemos de una base de datos funcional, de la que podemos fácilmente extraer estadísticas básicas en tiempo real, y posteriormente puede explotarse los datos que interesen a los diferentes servicios. Con el inicio del año 2019, se iniciará el funcionamiento del registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo de trabajo ha tenido grandes dificultades para la realización de las reuniones, dada la presión asistencial, imposibilidad material de reunir a todos los integrantes en todas las reuniones por las diferentes agendas y actividades que realizan en el día a día. Se ha constituido un grupo de mensajería para comunicación interna y se dispone de una lista de correo y una unidad en la nube para uso del grupo, como medios de comunicación más ágiles.
La diferencia en intereses dentro de los múltiples aspectos de tratamiento y cuidado de los pacientes con endocarditis obligan a un registro de gran cantidad de información y, por tanto, incrementan el trabajo de recolección de información (más, si se tiene en cuenta, en ineficiente sistema de historia electrónica del que se dispone en la actualidad).

7. OBSERVACIONES.
Con el tiempo, sería muy útil contar con la colaboración de personal administrativo o becarios para recolección de datos. Aspiramos, en un futuro, a extender este registro a otros centros de la Comunidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/780 ===== ***

Nº de registro: 0780

Título
FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.
PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Autores:
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, FAÑANAS MASTRAL JAVIER, GARCIA MANGAS PILAR, SANCHO VAL ISABEL, GIL PEREZ DESIRE,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0780

1. TÍTULO

FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, PALACIAN RUIZ MARIA PILAR, GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades Infecciosas
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: CALIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La endocarditis infecciosa constituye una patología grave, que requiere para su tratamiento y diagnóstico, de la colaboración de profesionales de varias especialidades. Actualmente, en nuestro centro no se dispone de información sobre incidencia, tipos, microorganismos implicados y evolución clínica o quirúrgica de los casos. Tampoco existe un registro de los casos diagnosticados ni de su evolución. Es necesario profundizar en el conocimiento de esta enfermedad en nuestro medio, y concretamente en nuestro centro, dado que es referencia de toda la comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto tiene como objetivo constituir un grupo de trabajo sobre Endocarditis Infecciosa (EI). Dicho grupo tendrá como fin, en una primera fase, la confección de una base de datos sobre casos de Endocarditis en nuestro centro. En un futuro, en el grupo se diseñarán procedimientos, protocolos diagnósticos y terapéuticos sobre esta patología para su difusión a los diferentes servicios implicados en el cuidado de estos pacientes. En una tercera fase, se difundirá el grupo incluyendo profesionales de toda la comunidad.

MÉTODO

En un primer momento se diseñará una base de datos funcional para el registro de los aspectos fundamentales de los casos diagnosticados en el centro. Una vez diseñada dicha base de datos, con el acuerdo de los diferentes participantes y servicios, se iniciará una fase de registro de los casos. Tras unos meses de registro de casos, se acordarán tras una revisión de los campos, las variaciones que en ellos que se estimen oportunos por los integrantes del grupo.

INDICADORES

Memoria anual con número de casos registrados, prevalencia de cada germen, mortalidad, estancia media, recomendaciones en cuanto a la terapia antibiótica empírica. Difusión de resultados en cada servicio mediante una sesión clínica. Indicadores anuales:
-Registro de Casos completados/Ingresos con diagnóstico de -Endocarditis de cada unidad.
-Mortalidad/Ingresos con EI
-Terapia antibiótica según guías/ingresos EI.
-Complicaciones embólicas/Ingresos EI.
-Cirugía Cardíaca/Ingresos por EI
-EI protésica precoz/Nº Implantes protésicos anuales.
-EI en dispositivos (MP o DAI)/Nº Implantes anuales

DURACIÓN

El grupo nace con vocación de duración indefinida, constituyéndose dentro de los grupos de trabajo o comisiones formados dentro del centro sobre diferentes patologías. Inicialmente se confeccionará la base de datos con los campos que se acuerden por el grupo. Durante esta fase, se efectuará un programa piloto de registro de pacientes ficticios con el fin de optimizar el correcto funcionamiento del registro. Desde el mes de Septiembre de 2018 se iniciará el registro por cada servicio de los aspectos que les competan. En Diciembre de 2018 se efectuará una revisión de los registros e indicadores proponiendo mejoras en los mismos o el la forma de funcionamiento del registro. Desde Enero del 2019 se iniciará el registro definitivo que podrá modificarse a la vista de los resultados de cada año. En fases posteriores se iniciará la confección de protocolos o procedimientos de diagnóstico, tratamiento o seguimiento de pacientes con Endocarditis.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0780

1. TÍTULO

FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

OBSERVACIONES

Este proyecto queda incluido en el Acuerdo de gestión Clínica del S. de Cardiología y C. Cardiovascular.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA LASALA ALASTUEY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAMBO RUBERTE ELENA PATRICIA
JIMENO SANCHEZ JAVIER
MARCEN MIRAVETE ANA
LAPUENTE GONZALEZ PILAR
LAO ROMERA JUAN
MORENO ESTEBAN EVA
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha realizado un "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", pendiente todavía de consenso. En él se han unificado todos los objetivos de nuestro proyecto de mejora de calidad en un solo documento, siendo aplicable no solo a las paciente con cáncer de mama si no a todos los pacientes de nuestro sector tratados con quimioterapia o radioterapia. Se ha incidido en la necesidad de realizar prevención de cardiotoxicidad a nivel de Atención Primaria con control estricto de los factores de riesgo cardiovascular. Se ha realizado un protocolo por el cual se realizará ecocardiograma basal a todos los pacientes pretratamiento antitumoral y si es posible a los pacientes con más alto riesgo de cardiotoxicidad (especialmente las pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclina y/o trastuzumab) se les realizará cálculo de strain miocárdico para detección precoz de cardiotoxicidad. Se ha protocolizado la realización de biomarcadores (troponina y proBNP) antes de cada ciclo de quimioterapia. Se han establecido los criterios de derivación a la consulta de Cardio-Oncología tanto antes del tratamiento antitumoral como durante el tratamiento. Se ha establecido el protocolo de seguimiento a largos supervivientes al cáncer, con importante colaboración por parte de Atención Primaria. Se han establecido los circuitos de derivación a la consulta de Cardio-oncología.
-Para facilitar la difusión de toda la información del protocolo se han realizado 2 trípticos: Uno de prevención de cardiotoxicidad desde Atención primaria, y otro con los criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología.
-Una vez consensuado el protocolo entre los servicios de Cardiología-Oncología Médica- Oncología Radioterápica-Hematología y Atención Primaria está previsto darle difusión en los centros de salud de nuestro sector y en los diversos servicios implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Realización de "Protocolo de prevención de cardiotoxicidad y criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología", que era uno de los indicadores a evaluar de nuestro proyecto de mejora de calidad. Pendiente de iniciar su aplicación tras consenso entre servicios.
-Realizados trípticos para favorecer la difusión del protocolo en Atención Primaria y en los servicios implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Nos consideramos satisfechos con la realización de un documento que es el "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", que afectará tanto a las mujeres con cáncer de mama y alto riesgo de cardiotoxicidad como a todos los pacientes en tratamiento antitumoral, pero queda pendiente su aprobación tras consensuarlo con Atención Primaria, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Hematología.
- Tras su aprobación se realizará un esfuerzo importante en la difusión del protocolo con el que esperamos conseguir una importantísima mejoría en la prevención de la cardiotoxicidad en nuestro sector que en algunos casos continúa siendo deficitaria, lo cual aumenta la mortalidad cardiovascular en supervivientes a largo plazo y también limita en otros casos el tratamiento antitumoral aumentando la mortalidad oncológica.

- LECCIONES APRENDIDAS: Debemos mejorar los indicadores que planteábamos en el proyecto de mejora inicial, considerando que los siguientes indicadores serían más fiables a la hora de medir nuestra actividad:
-Pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclina y/o trastuzumab con determinación de troponina I us y proBNP antes de cada ciclo de quimioterapia en 1 mes / pacientes con ca de mama tratadas con antraciclina y/o trastuzumab en 1 mes >70%
-Pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclina y/o trastuzumab que acuden a la consulta de Cardio-oncología en 1 mes con control óptimo de LDL/pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclina y/o trastuzumab que acuden a la consulta de Cardio-Oncología en 1 mes > 50%
-Aprobación de Protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-oncología.

7. OBSERVACIONES.

Querría saber si es posible la modificación de los indicadores como indico en las LECCIONES APRENDIDAS del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

apartado previo. Si es posible en la memoria de finalización del proyecto prevista para septiembre-octubre de 2019 consideramos más correcto el uso de estos indicadores, puesto que los previos son confusos y erróneos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/885 ===== ***

Nº de registro: 0885

Título
INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Autores:
LASALA ALASTUEY MARIA, GAMBO RUBERTE ELENA, JIMENO SANCHEZ JAVIER, MARCEN MIRAVETE ANA, LAPUENTE GONZALEZ PILAR, LAO ROMERA JUAN, MORENO ESTEBAN EVA, ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En pacientes con cáncer de mama, en numerosas ocasiones tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, hay una elevada tasa de probabilidad de desarrollo de cardiotoxicidad y por tanto mucho que hacer en cuanto a la prevención del desarrollo de esta.

Creemos que se está realizando de forma deficitaria la prevención primaria de la cardiotoxicidad en nuestro medio mediante el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular de forma intensiva en pacientes en estadio A de insuficiencia cardiaca de la AHA (asintomáticos sin cardiopatía), siendo esto más preocupante en una población muy prevalente con alto riesgo de cardiotoxicidad como son estas pacientes, motivo por el cual creemos que es necesario enfatizar estas medidas como proyecto de mejora de nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- OBJETIVO PRINCIPAL:
o Mejorar la atención que se ofrece a las pacientes sometidas a tratamiento quimioterápico específico con antraciclinas y/o trastuzumab por neoplasia de mama en nuestro sector, mediante la redefinición de protocolos asistenciales en los que intervienen tanto los profesionales de cardiología como de oncología y atención primaria, de forma coordinada, en la atención de pacientes con alto riesgo de cardiotoxicidad.

MÉTODO
1. Realizar un protocolo de manejo de los factores de riesgo cardiovascular, insistiendo en la necesidad de considerar a estas pacientes en tratamiento con quimioterapia como mínimo de alto riesgo cardiovascular según la tabla de riesgo SCORE.
o Realizaremos un protocolo en el que insistiremos en la necesidad de realizar un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular unas recomendaciones de tratamiento con las diversas posibilidades de ajuste de dosis de fármacos en el caso en que sea necesario, para conseguir los objetivos descritos para atención primaria y Oncología.
2. Protocolizar en consenso con la Unidad de Ecocardiografía del Servicio de Cardiología del HUMS la realización de la medida de la función ventricular izquierda mediante la técnica de Speckle-tracking en las pacientes con cáncer de mama tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, además de la valoración completa ecocardiográfica habitual.
o Será necesario para poder realizarlo la adaptación del software adecuado para poder hacer Speckle-tracking en nuestros aparatos de ecocardiografía.
o La periodicidad de estas pruebas es según los documentos de consenso(1): Ecocardiograma basal y al final del tratamiento cuando están en tratamiento con antraciclinas, y de forma basal, trimestral y al final del tratamiento en pacientes tratadas con trastuzumab.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

3. Protocolizar con el Servicio de Oncología Médica la determinación de troponina I y proBNP de forma basal y antes de cada ciclo de quimioterapia con antraciclinas y/o trastuzumab, para derivar a Cardio-Oncología en caso de elevación de biomarcadores cardiacos.
4. Protocolizar nuestra guía de derivación a la consulta de Cardio-Oncología .

INDICADORES

Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que son valoradas en consultas de atención primaria como pacientes de alto riesgo de cardiotoxicidad (=90%).
Realización de protocolo consensuado AP-ONCO-CARDIO para el control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con FEVI 2D pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=95%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con strain mediante técnica de speckle-tracking pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital a los que se les determina biomarcadores (troponina I y proBNP) pre y postratamiento (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que alcanzan valor objetivo de LDL (< 70 mg/dl en riesgo muy alto o < 100 mg/dl en caso de riesgo alto según SCORE de riesgo) (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que consiguen control óptimo de tensión arterial (TA < 140/90 mmHg. En diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica con ClCr < 60 ml/min se recomienda TA < 140/85 mmHg) (=75%).
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital con Hb glicosilada < 7% (en mayores de 75 años < 7,5-8%) (=75%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que abandonan el hábito tabáquico (=50%)

DURACIÓN

Fecha de inicio desde el 1 de Septiembre de 2018 hasta el 31 de octubre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA LASALA ALASTUEY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAMBO RUBERTE ELENA PATRICIA
JIMENO SANCHEZ JAVIER
MARCEN MIRAVETE ANA
LAPUENTE GONZALEZ PILAR
LAO ROMERA JUAN
MORENO ESTEBAN EVA
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", pendiente todavía de consenso. En él se han unificado todos los objetivos de nuestro proyecto de mejora de calidad en un solo documento, siendo aplicable no solo a las paciente con cáncer de mama si no a todos los pacientes de nuestro sector tratados con quimioterapia o radioterapia. Se ha incidido en la necesidad de realizar prevención de cardiotoxicidad a nivel de Atención Primaria con control estricto de los factores de riesgo cardiovascular. Se ha realizado un protocolo por el cual se realizará ecocardiograma basal a todos los pacientes pretratamiento antitumoral y si es posible a los pacientes con más alto riesgo de cardiotoxicidad (especialmente las pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab) se les realizará cálculo de strain miocárdico para detección precoz de cardiotoxicidad. Se ha protocolizado la realización de biomarcadores (troponina y proBNP) antes de cada ciclo de quimioterapia. Se han establecido los criterios de derivación a la consulta de Cardio-Oncología tanto antes del tratamiento antitumoral como durante el tratamiento. Se ha establecido el protocolo de seguimiento a largos supervivientes al cáncer, con importante colaboración por parte de Atención Primaria. Se han establecido los circuitos de derivación a la consulta de Cardio-oncología.

Para facilitar la difusión de toda la información del protocolo se han realizado 2 trípticos: Uno de prevención de cardiotoxicidad desde Atención primaria, y otro con los criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología.

Está pendiente de consenso entre los servicios de Cardiología-Oncología Médica- Oncología Radioterápica-Hematología.

Ha sido presentado en el grupo multidisciplinar que el servicio de Cardiología comparte con médicos y enfermeras de AP del Sector Zaragoza II.

Está previsto darle difusión en los centros de salud de nuestro sector y en los diversos servicios implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de "Protocolo de prevención de cardiotoxicidad y criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología", que era uno de los indicadores a evaluar de nuestro proyecto de mejora de calidad. Pendiente de iniciar su aplicación tras consenso entre servicios.

Realizados trípticos para favorecer la difusión del protocolo en Atención Primaria y en los servicios implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Nos consideramos satisfechos con la realización de un documento que es el "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", que afectará tanto a las mujeres con cáncer de mama y alto riesgo de cardiotoxicidad como a todos los pacientes en tratamiento antitumoral, pero queda pendiente su aprobación tras consensuarlo con Atención Primaria, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Hematología.

- Tras su aprobación se realizará un esfuerzo importante en la difusión del protocolo con el que esperamos conseguir una importantísima mejoría en la prevención de la cardiotoxicidad en nuestro sector que en algunos casos continúa siendo deficitaria, lo cual aumenta la mortalidad cardiovascular en supervivientes a largo plazo y también limita en otros casos el tratamiento antitumoral aumentando la mortalidad oncológica.

- Pendiente de análisis de indicadores establecidos tras aprobar el protocolo. Se intentará analizar la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

información a través de historia clínica electrónica.

- Como lecciones aprendidas con este proyecto, consideramos necesario plantear unos indicadores que se puedan medir de forma sencilla para poder evaluar el impacto del proyecto en la población elegida.

7. OBSERVACIONES.

El control de los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de la cardiotoxicidad en pacientes con neoplasias malignas tratadas con tratamiento quimioterápico es esencial. La puesta en marcha de un protocolo consensuado entre servicios puede tener una implicación muy positiva en la calidad y esperanza de vida de estos pacientes.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/885 ===== ***

Nº de registro: 0885

Título
INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Autores:
LASALA ALASTUEY MARIA, GAMBO RUBERTE ELENA, JIMENO SANCHEZ JAVIER, MARCEN MIRAVETE ANA, LAPUENTE GONZALEZ PILAR, LAO ROMERA JUAN, MORENO ESTEBAN EVA, ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En pacientes con cáncer de mama, en numerosas ocasiones tratadas con antraciclina ± trastuzumab, hay una elevada tasa de probabilidad de desarrollo de cardiotoxicidad y por tanto mucho que hacer en cuanto a la prevención del desarrollo de esta.

Creemos que se está realizando de forma deficitaria la prevención primaria de la cardiotoxicidad en nuestro medio mediante el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular de forma intensiva en pacientes en estadio A de insuficiencia cardiaca de la AHA (asintomáticos sin cardiopatía), siendo esto más preocupante en una población muy prevalente con alto riesgo de cardiotoxicidad como son estas pacientes, motivo por el cual creemos que es necesario enfatizar estas medidas como proyecto de mejora de nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- OBJETIVO PRINCIPAL:
o Mejorar la atención que se ofrece a las pacientes sometidas a tratamiento quimioterápico específico con antraciclina y/o trastuzumab por neoplasia de mama en nuestro sector, mediante la redefinición de protocolos asistenciales en los que intervienen tanto los profesionales de cardiología como de oncología y atención primaria, de forma coordinada, en la atención de pacientes con alto riesgo de cardiotoxicidad.

MÉTODO

1. Realizar un protocolo de manejo de los factores de riesgo cardiovascular, insistiendo en la necesidad de considerar a estas pacientes en tratamiento con quimioterapia como mínimo de alto riesgo cardiovascular según la tabla de riesgo SCORE.
o Realizaremos un protocolo en el que insistiremos en la necesidad de realizar un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular unas recomendaciones de tratamiento con las diversas posibilidades de ajuste de dosis de fármacos en el caso en que sea necesario, para conseguir los objetivos descritos para atención primaria y Oncología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

2. Protocolizar en consenso con la Unidad de Ecocardiografía del Servicio de Cardiología del HUMS la realización de la medida de la función ventricular izquierda mediante la técnica de Speckle-tracking en las pacientes con cáncer de mama tratadas con antraciclina ± trastuzumab, además de la valoración completa ecocardiográfica habitual.
 - o Será necesario para poder realizarlo la adaptación del software adecuado para poder hacer Speckle-tracking en nuestros aparatos de ecocardiografía.
 - o La periodicidad de estas pruebas es según los documentos de consenso(1): Ecocardiograma basal y al final del tratamiento cuando están en tratamiento con antraciclina, y de forma basal, trimestral y al final del tratamiento en pacientes tratadas con trastuzumab.
3. Protocolizar con el Servicio de Oncología Médica la determinación de troponina I y proBNP de forma basal y antes de cada ciclo de quimioterapia con antraciclina y/o trastuzumab, para derivar a Cardio-Oncología en caso de elevación de biomarcadores cardíacos.
4. Protocolizar nuestra guía de derivación a la consulta de Cardio-Oncología .

INDICADORES

Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclina y/o trastuzumab en el hospital que son valoradas en consultas de atención primaria como pacientes de alto riesgo de cardiotoxicidad (=90%).
Realización de protocolo consensuado AP-ONCO-CARDIO para el control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes tratadas con antraciclina y/o trastuzumab en el hospital
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclina y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con FEVI 2D pre y post-tratamiento con antraciclina y/o trastuzumab (=95%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclina y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con strain mediante técnica de speckle-tracking pre y post-tratamiento con antraciclina y/o trastuzumab (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclina y/o trastuzumab en el hospital a los que se les determina biomarcadores (troponina I y proBNP) pre y postratamiento (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclina y/o trastuzumab en el hospital que alcanzan valor objetivo de LDL (< 70 mg/dl en riesgo muy alto o < 100 mg/dl en caso de riesgo alto según SCORE de riesgo) (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclina y/o trastuzumab en el hospital que consiguen control óptimo de tensión arterial (TA < 140/90 mmHg. En diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica con ClCr < 60 ml/min se recomienda TA < 140/85 mmHg) (=75%).
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclina y/o trastuzumab en el hospital con Hb glicosilada < 7% (en mayores de 75 años < 7,5-8%) (=75%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclina y/o trastuzumab en el hospital que abandonan el hábito tabáquico (=50%)

DURACIÓN

Fecha de inicio desde el 1 de Septiembre de 2018 hasta el 31 de octubre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA LASALA ALASTUEY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAMBO RUBERTE ELENA PATRICIA
JIMENO SANCHEZ JAVIER
MARCEN MIRAVETE ANA
LAPUENTE GONZALEZ PILAR
LAO ROMERA JUAN
MORENO ESTEBAN EVA
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología". En él se han unificado todos los objetivos de nuestro proyecto de mejora de calidad en un solo documento, siendo aplicable no solo a las paciente con cáncer de mama si no a todos los pacientes de nuestro sector tratados con quimioterapia o radioterapia. Se ha incidido en la necesidad de realizar prevención de cardiotoxicidad a nivel de Atención Primaria con control estricto de los factores de riesgo cardiovascular. Se ha realizado un protocolo por el cual se realizará ecocardiograma basal a todos los pacientes pretratamiento antitumoral y si es posible a los pacientes con más alto riesgo de cardiotoxicidad (especialmente las pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab) se les realizará cálculo de strain miocárdico para detección precoz de cardiotoxicidad. Se ha protocolizado la realización de biomarcadores (troponina y proBNP) antes de cada ciclo de quimioterapia. Se han establecido los criterios de derivación a la consulta de Cardio-Oncología tanto antes del tratamiento antitumoral como durante el tratamiento.

Se ha establecido el protocolo de seguimiento a largos supervivientes al cáncer, con importante colaboración por parte de Atención Primaria. Se han establecido los circuitos de derivación a la consulta de Cardio-oncología.

Para facilitar la difusión de toda la información del protocolo se han realizado 2 trípticos: Uno de prevención de cardiotoxicidad desde Atención primaria, y otro con los criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología. Está pendiente de consenso entre los servicios implicados para poder formalizar su publicación.

Ha sido presentado en el grupo multidisciplinar que el servicio de Cardiología comparte con médicos y enfermeras de AP del Sector Zaragoza II.

Está previsto darle difusión en los centros de salud de nuestro sector y en los diversos servicios implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de "Protocolo de prevención de cardiotoxicidad y criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología", que era uno de los indicadores a evaluar de nuestro proyecto de mejora de calidad. Pendiente de iniciar su aplicación tras consenso entre servicios.

Realizados trípticos para favorecer la difusión del protocolo en Atención Primaria y en los servicios implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Nos consideramos satisfechos con la realización de un documento que es el "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", que afectará tanto a las mujeres con cáncer de mama y alto riesgo de cardiotoxicidad como a todos los pacientes en tratamiento antitumoral, pero queda pendiente su aprobación tras consensuarlo con los diversos servicios implicados para después poder formalizar su publicación.

- Tras su aprobación se realizará un esfuerzo importante en la difusión del protocolo con el que esperamos conseguir una importantísima mejoría en la prevención de la cardiotoxicidad en nuestro sector que en algunos casos continúa siendo deficitaria, lo cual aumenta la mortalidad cardiovascular en supervivientes a lantando la mortalidad oncológica.

- La información de los indicadores inicialmente propuestos no se ha analizado porque actualmente no está en la HCE para su análisis y, por lo tanto, ha sido imposible obtenerla.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

- Como lecciones aprendidas con este proyecto, consideramos necesario plantear unos indicadores que se puedan medir de forma sencilla para poder evaluar el impacto del proyecto en la población elegida.

7. OBSERVACIONES.

El control de los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de la cardiotoxicidad en pacientes con neoplasias malignas tratadas con tratamiento quimioterápico es esencial. La puesta en marcha de un protocolo consensuado entre servicios puede tener una implicación muy positiva en la calidad y esperanza de vida de estos pacientes.

Este proyecto pasa a ser un objetivo del acuerdo de gestión del Servicio de Cardiología del Hospital Miguel Servet.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/885 ===== ***

Nº de registro: 0885

Título
INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Autores:
LASALA ALASTUEY MARIA, GAMBO RUBERTE ELENA, JIMENO SANCHEZ JAVIER, MARCEN MIRAVETE ANA, LAPUENTE GONZALEZ PILAR, LAO ROMERA JUAN, MORENO ESTEBAN EVA, ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En pacientes con cáncer de mama, en numerosas ocasiones tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, hay una elevada tasa de probabilidad de desarrollo de cardiotoxicidad y por tanto mucho que hacer en cuanto a la prevención del desarrollo de esta.

Creemos que se está realizando de forma deficitaria la prevención primaria de la cardiotoxicidad en nuestro medio mediante el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular de forma intensiva en pacientes en estadio A de insuficiencia cardiaca de la AHA (asintomáticos sin cardiopatía), siendo esto más preocupante en una población muy prevalente con alto riesgo de cardiotoxicidad como son estas pacientes, motivo por el cual creemos que es necesario enfatizar estas medidas como proyecto de mejora de nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- OBJETIVO PRINCIPAL:
o Mejorar la atención que se ofrece a las pacientes sometidas a tratamiento quimioterápico específico con antraciclinas y/o trastuzumab por neoplasia de mama en nuestro sector, mediante la redefinición de protocolos asistenciales en los que intervienen tanto los profesionales de cardiología como de oncología y atención primaria, de forma coordinada, en la atención de pacientes con alto riesgo de cardiotoxicidad.

MÉTODO
1. Realizar un protocolo de manejo de los factores de riesgo cardiovascular, insistiendo en la necesidad de considerar a estas pacientes en tratamiento con quimioterapia como mínimo de alto riesgo cardiovascular según la tabla de riesgo SCORE.
o Realizaremos un protocolo en el que insistiremos en la necesidad de realizar un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular unas recomendaciones de tratamiento con las diversas posibilidades de ajuste de dosis de fármacos en el caso en que sea necesario, para conseguir los objetivos descritos para atención primaria y Oncología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

2. Protocolizar en consenso con la Unidad de Ecocardiografía del Servicio de Cardiología del HUMS la realización de la medida de la función ventricular izquierda mediante la técnica de Speckle-tracking en las pacientes con cáncer de mama tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, además de la valoración completa ecocardiográfica habitual.
 - o Será necesario para poder realizarlo la adaptación del software adecuado para poder hacer Speckle-tracking en nuestros aparatos de ecocardiografía.
 - o La periodicidad de estas pruebas es según los documentos de consenso(1): Ecocardiograma basal y al final del tratamiento cuando están en tratamiento con antraciclinas, y de forma basal, trimestral y al final del tratamiento en pacientes tratadas con trastuzumab.
3. Protocolizar con el Servicio de Oncología Médica la determinación de troponina I y proBNP de forma basal y antes de cada ciclo de quimioterapia con antraciclinas y/o trastuzumab, para derivar a Cardio-Oncología en caso de elevación de biomarcadores cardiacos.
4. Protocolizar nuestra guía de derivación a la consulta de Cardio-Oncología .

INDICADORES

Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que son valoradas en consultas de atención primaria como pacientes de alto riesgo de cardiotoxicidad (=90%).
Realización de protocolo consensuado AP-ONCO-CARDIO para el control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con FEVI 2D pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=95%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con strain mediante técnica de speckle-tracking pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital a los que se les determina biomarcadores (troponina I y proBNP) pre y postratamiento (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que alcanzan valor objetivo de LDL (< 70 mg/dl en riesgo muy alto o < 100 mg/dl en caso de riesgo alto según SCORE de riesgo) (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que consiguen control óptimo de tensión arterial (TA < 140/90 mmHg. En diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica con ClCr < 60 ml/min se recomienda TA < 140/85 mmHg) (=75%).
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital con Hb glicosilada < 7% (en mayores de 75 años < 7,5-8%) (=75%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que abandonan el hábito tabáquico (=50%)

DURACIÓN

Fecha de inicio desde el 1 de Septiembre de 2018 hasta el 31 de octubre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1141

1. TÍTULO

PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE AINHOA PEREZ GUERRERO
· Profesión MIR
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ PERALES CARLOS
BLASCO PEIRO TERESA
PORTOLES OCAMPO ANA
GAMBO GRASA PAULA
GIMENO LOZANO JUAN JOSE
LASALA ALASTUEY MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nuestro objetivo principal es la elaboración e implantación de un protocolo de despistaje de rechazo humoral en los pacientes sometidos a trasplante cardiaco en Aragón mediante la protocolización de biopsia cardiaca con reactivos de inmunohistoquímica e inmunofluorescencia para el tratamiento precoz del rechazo humoral. La primera actividad realizada ha sido una exhaustiva búsqueda bibliográfica revisión bibliográfica del tema, pertinencia y adecuación a los últimos consensos internacionales.

Con todo ello, hemos realizado el "protocolo de despistaje de rechazo humoral en el trasplante cardiaco" que se encuentra en vías de consenso entre todos los servicios implicados. En él hemos unificado todos los objetivos de nuestro proyecto de mejora de calidad en un solo documento aplicable a todos los pacientes sometidos a trasplante cardiaco en nuestra comunidad. En nuestro hospital, se realiza despistaje de rechazo celular, sin embargo, el rechazo humoral, siendo una causa importante de fallo del injerto, puede quedar infradiagnosticado. Existe cada vez más consenso en las últimas guías de práctica clínica en protocolizar el despistaje y el tratamiento de esta entidad.

También se ha elaborado un documento de protocolización del tratamiento de pacientes con criterios positivos para rechazo humoral, desde estadios subclínicos, según un algoritmo de tratamiento establecido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de "Protocolo de despistaje de rechazo humoral en trasplante cardiaco" así como el documento de protocolización del tratamiento en pacientes que cumplen criterios de rechazo humoral estableciendo un algoritmo de tratamiento. Pendiente de consenso con los servicios de Hematología y Anatomía patológica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Nos consideramos satisfechos con la realización de un documento que es el "protocolo de despistaje de rechazo humoral en el trasplante cardiaco" así como el algoritmo de tratamiento de los pacientes que cumplan criterios de rechazo humoral, pero queda pendiente su aprobación tras consensuarlo con los servicios de Hematología y Anatomía patológica.

- Tras su aprobación se realizará un esfuerzo importante para la adecuación de reactivos para la valoración histológica y de anticuerpos.

Es necesario mejorar la relación interservicio cardiología-anatomía patológica-hematología para el diagnóstico conjunto (clínico-patológico-inmunológico) del rechazo humoral y así establecer los criterios consensuados de diagnóstico de rechazo humoral según un algoritmo de diagnóstico establecido.

El rechazo mediado por anticuerpos podría estar infradiagnosticado debido a una falta de programas rutinarios de screening, suponiendo una causa importante de disfunción del injerto. También es importante señalar que el número de pacientes sometidos a trasplante cardiaco en Aragón no es elevado (7 pacientes en último año), por lo que la aplicación de este protocolo requiere de un periodo de evaluación mucho más larga, que se iniciará en breve, tras la aprobación final del protocolo. y que la aplicación de este protocolo supone un aumento del número de biopsias y de la cuantificación de anticuerpos específicos contra el donante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1141 ===== ***

Nº de registro: 1141

Título
PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL

Autores:
PEREZ GUERRERO AINHOA, LOPEZ PERALES CARLOS RUBEN, BLASCO PEIRO TERESA, PORTOLES OCAMPO ANA, GAMBO GRASA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1141

1. TÍTULO

PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL

PAULA, GIMENO LOZANO JUAN JOSE, LASALA ALASTUEY MARIA, ORTAL NADAL MARIA DEL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El trasplante cardiaco es el tratamiento de referencia para pacientes seleccionados con insuficiencia cardiaca avanzada. A pesar de ello, el rechazo sigue siendo una causa importante de morbimortalidad, especialmente en receptores de alto riesgo y en la fase aguda del implante. De los dos tipos de rechazo cardiaco, el rechazo mediado por anticuerpos (también llamado humoral o vascular) ha sido clásicamente una entidad mal definida y poco estudiada en las últimas tres décadas, en comparación con el rechazo celular. En los últimos años ha existido un interés renovado para unificar criterios en el diagnóstico y el tratamiento de esta entidad. La verdadera incidencia del rechazo mediado por anticuerpos se desconoce debido a los cambios históricos de los criterios diagnósticos y a la falta de programas rutinarios de screening, variando de un 3 a un 85% en función de los criterios diagnósticos empleados. Cuando se emplean los criterios de 2006 de la ISHLT, la incidencia es del 5%. En nuestro hospital, se realiza despistaje de rechazo celular, sin embargo, el rechazo humoral, siendo una causa importante de fallo del injerto, puede quedar infradiagnosticado. Existe cada vez más consenso en las últimas guías de práctica clínica en protocolizar el despistaje y el tratamiento de esta entidad. En nuestro centro se han demostrado, al menos, dos casos diagnosticados en los últimos cinco años.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la atención prestada a los pacientes sometidos a trasplante cardiaco en nuestra comunidad mediante la protocolización de biopsia cardiaca con reactivos de inmunohistoquímica e inmunofluorescencia para el tratamiento precoz del rechazo humoral.
- Mejorar la relación cardiología-anatomía patológica-hematología para el diagnóstico conjunto (clínico-patológico-inmunológico) del rechazo humoral.
- Establecer un cribado universal de rechazo humoral en el 100% de nuestros pacientes trasplantados de corazón.
- Realizar un diagnóstico precoz de rechazo humoral.
- Protocolizar el tratamiento de los pacientes con un diagnóstico positivo de rechazo humoral.
- Disminuir la mortalidad y morbilidad asociada al rechazo humoral (reingresos por insuficiencia cardiaca) mediante tratamiento precoz de éste.

MÉTODO

En primer lugar, se realizará la revisión bibliográfica del tema, pertinencia y adecuación a los últimos consensos internacionales. Se realizará una reunión interdisciplinar de los servicios de cardiología, hematología y anatomía patológica para plantear los recursos y las necesidades. Será necesario aumentar la periodicidad del número de biopsias, precisando de técnicas de inmunofluorescencia e inmunohistoquímica de forma sistemática (no sólo ante la sospecha). Además, se precisará de técnicas de cuantificación de anticuerpos. Una vez consensuados y establecidos los recursos, se realizará una nueva reunión de cara a la presentación del protocolo y a su puesta en marcha.

INDICADORES

Número de biopsias endomiocárdicas con valoración de rechazo humoral por paciente al año/biopsias totales realizadas.
Estándar: 80%.

Número de pacientes que tienen en el primer año determinación de anticuerpos/número total de pacientes trasplantados. Estándar: 90%

Número de determinaciones de anticuerpos por paciente en el primer año del trasplante. Estándar: 5

DURACIÓN

Fecha de inicio: 1 de septiembre de 2018. Prevista su finalización: marzo de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1141

1. TÍTULO

PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL

- Documentación y planificación: Ainhoa Pérez Guerrero, Carlos Rubén López Perales. Septiembre 2018.
- Reunión de servicios: Responsable de unidad de insuficiencia cardiaca, responsable de unidad de biopsias cardiacas de anatomía patológica y responsable de inmunohematología. Octubre 2018 y Enero 2019.
- Adecuación de reactivos: responsable de unidad de biopsias cardiacas de anatomía patológica y responsable de área de inmunohematología. Noviembre y Diciembre 2018.
- Presentación: Ainhoa Pérez Guerrero, Carlos Rubén López Perales. Febrero 2019.
- Puesta en marcha: Responsable de unidad de insuficiencia cardiaca. Marzo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1208

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ROSARIO ORTAS NADAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERGUA MARTINEZ CLARA
CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL
LAPERAL MUR JOSE RAMON
CORDON RUIZ RUBEN
CASTILLO LUENA JOSE ENRIQUE
AURED GUALLAR CARMEN
DIAZ CORGEGANA FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. El día 16 de abril del 2018 se constituyó el GRUPO MULTIDISCIPLINAR, integrado por las diferentes Subdirecciones Médicas y de Enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada del hospital Miguel Servet, así como profesionales médicos y de enfermería de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada cardiológica (AE cardiológica), del ámbito hospitalario y ambulatorio.

Desde la primera reunión se han realizado 10 reuniones del grupo, con una periodicidad aproximada mensual (16/04, 27/04, 17/05, 25/05, 15/06, 22/06, 07/09, 18/10, 23/11 y 19/12). Se ha levantado acta de todos los puntos tratados/acordados por el grupo en cada una de las reuniones que, posteriormente, fue enviada a todos los integrantes y firmada en la siguiente reunión.

A partir de la 4ª reunión, el Grupo Multidisciplinar contó con dos integrantes más: Médico de Atención Primaria del CS de Fernando el Católico y enfermera del Centro de Salud de San Pablo.

Por otra parte, dado que la labor de consenso del grupo lo requería, se invitó a asistir a profesionales del Servicio de Rehabilitación cardiaca del HUMS y del Servicio de Rehabilitación Cardiaca multihospitalario del HNSG. La última reunión del Grupo Multidisciplinar se llevó a cabo en el Centro de Salud de Torrerramona, donde se mostró al grupo el programa Omi para su conocimiento.

2. Designación de un CARDIÓLOGO REFERENTE de los 18 centros de salud (CS), quien se encarga de responder las solicitudes de consulta a través de la interconsulta virtual.

3. Inicio de SESIONES CLÍNICAS PRESENCIALES en los diferentes CS, con presencia del cardiólogo referente, en el horario habitual de las sesiones docentes del centro. Periodicidad aproximadamente mensual. Realizada o programada en 12 de los 18 CS referentes (3 de ellas en el área rural), con un total de 29 sesiones en los últimos 8 meses.

Estas sesiones clínicas tienen como objetivos:

1. Visita de inicio por parte de la responsable del Servicio para informar sobre el proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico como forma de trabajo habitual.

2. Resolución de casos complejos in situ.

3. Facilitar la propagación de los diferentes protocolos aprobados por el Grupo Multidisciplinar a todos los médicos de AP.

4. Formación en patología cardiovascular.

5. Mejora en la comunicación y entendimiento entre los dos niveles asistenciales.

Actualmente, nos encontramos en vías de programación de sesiones clínicas virtuales con los centros de salud rurales mediante el uso del programa de videoconferencia del Salud Spontania, con la colaboración del Servicio de Informática del HUMS.

4. Se ha realizado la protocolización consensuada de dos procesos asistenciales cardiológicos (Cardiopatía isquémica estable y Síndrome coronario agudo) en el seno del grupo multidisciplinar. Se ha invitado a participar a profesionales de rehabilitación cardiaca del hospital y de la Unidad multidisciplinar del H. Nuestra Sra de Gracia. Este protocolo va a ser presentado en sesión clínica del Servicio y vehiculado en cada CS, a través del cardiólogo referente. Pendiente de protocolización del resto de procesos asistenciales.

5. La interconsulta virtual ha sido un medio eficaz de comunicación entre los dos niveles asistenciales en la mayor parte de los pacientes con ECV derivados, con un porcentaje de resolución no presencial muy elevado.

6. Creación de ALGORITMOS DE RESPUESTA A LA INTERCONSULTA VIRTUAL, con criterios consensuados por todo el Servicio de Cardiología (en sesión clínica del Servicio) para la adecuación de la derivación a consultas presenciales (generales y específicas) de pacientes consultados a través de la interconsulta virtual. Algoritmos que se han dado a conocer en todos los CS visitados.

7. Se ha programado para el mes de noviembre de 2019 la primera reunión intersectorial AP-AE acreditada para docentes y discentes, dentro del programa docente del HUMS.

8. Desde la Unidad de Rehabilitación cardiaca del HUMS y la Unidad multihospitalaria del HNG se ha puesto en marcha el INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA, con el propósito de mantener la continuidad asistencial entre los dos niveles asistenciales. En situación de proceso a nivel de enfermería de hospitalización. Dentro del Grupo AP-AE cardiológica se encuentra en estudio la creación de "consulta de enfermería cardiológica" con el uso del programa OMI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Creación del grupo multidisciplinar - SI

2. Realización de una reunión mensual del grupo multidisciplinar y levantar acta escrita - PROGRAMADA para el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1208

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE

21/11/2019

3. Realizar visitas al CS por parte del cardiólogo referente de forma mensual - SI
4. Realizar la protocolización consensuada dentro del grupo de cada uno de los procesos asistenciales descritos - SI
5. Disminuir la lista de espera de primeras visitas en los CEM <50 días (estándar: 50%)
Se ha conseguido el objetivo planteado de reducir la demora en las consultas cardiológicas presenciales en los CME, derivadas desde AP con carácter preferente, cuya demora media en diciembre-2018 oscila entre 14 y 51 días.
6. Disminuir la lista de espera para ecocardiograma < 30 días (estándar: 30%)
El porcentaje de ecocardiogramas transtorácicos, asociados o no a una prueba de esfuerzo en pacientes no ingresados en hospitalización, y llevados a cabo en menos de 30 días desde su solicitud, ha superado el 36% y, por lo tanto, el objetivo planteado.
Si consideramos también los pacientes ingresados el resultado alcanza el 80%.
7. Protocolización de la respuesta a la IV intraservicio - SI
El número de interconsultas virtuales aumentó de forma muy importante durante los primeros meses tras la implantación de la interconsulta virtual para, posteriormente, ir estabilizándose.
El porcentaje medio de resolución del mes de noviembre de 2017 fue del 18%, alcanzando el 25% de media desde el inicio y siendo del 27% de media durante en el último año 2018 (de enero a diciembre). Lo que representa un aumento del 50% en la resolución virtual durante éste, su primer año

Las medidas operativas adoptadas han permitido obtener un importante descenso en los indicadores de gestión de la consulta externa del Servicio de Cardiología durante este último año, como son:

- Un descenso medio del 80,88% en los buzones de Primeras
- Un descenso medio del 14,12% en la demora >60 días en Primeras
- Un descenso medio del 54,57% en el total de consultas pendientes (buzón y citas)
- Una disminución media de la demora prospectiva en consultas del 37,93% (siendo superior al 100% en algún CME).
- Si comparamos 2017 con 2018:
? Buzón de Primeras ha pasado de 1345 a 257.
? Demora <60 días ha pasado de 170 a 146
? Consultas pendientes (buzón+citas) ha pasado de 2558 a 1162
? Demora prospectiva de consultas ha pasado de 112 a 51,84 días

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Grupo AP-AE cardiológico ha tenido éxito inicial en su creación y en la definición de procesos asistenciales consensuados muy prevalentes (cardiopatía isquémica estable y síndrome coronario agudo) y decisivos en la patología cardiovascular. Estos procesos, por otra parte, han supuesto un tiempo excesivo al Grupo, como consecuencia de la importante dificultad que ha requerido reunir mensualmente a sus miembros, pese a planificar cada sesión durante la celebración de la reunión previa. La asistencia en algunos casos específicos se considera insuficiente.

Las sesiones clínicas presenciales a los diferentes CS han permitido mejorar claramente la relación entre los profesionales y la percepción subjetiva por ambas partes, así como el aumento progresivo desde sus inicios en la resolución de la interconsulta virtual, disminuyendo la necesidad de vistas presenciales en los CMEs. No obstante, en dos CS, ha sido necesario reiniciar las sesiones después de un periodo de vacío en la comunicación como consecuencia de una falta de planificación. Es fundamental concienciar a todos los participantes en este proyecto (AP y AE cardiológica) que el contenido del mismo supone una nueva forma de trabajo que debiera aceptarse e integrarse en la práctica habitual.

La elaboración de los algoritmos de respuesta a la interconsulta virtual garantizó un marco de apoyo y consulta a los cardiólogos referentes de los CS en cuanto a la derivación o no a consulta presencial, así como el tipo de consulta cardiológica, general o especializada de destino. Por otra parte, ha sido decisiva la disminución de la variabilidad de respuesta entre los cardiólogos referentes de los CS. La reciente y difícil protocolización de la consulta de diagnóstico rápido del HUMS (realizada de forma consensuada en el Servicio de cardiología) mejorará la atención de los pacientes con patología potencialmente grave, mediante un diagnóstico y tratamiento preferente, disminuyendo las necesidades de ingreso hospitalario.

La colaboración activa de todos los miembros implicados en el Grupo AP-AE cardiológico y de Staff del propio Servicio, ha sido clave para la consecución de buena parte de los objetivos planteados. Todas estas actividades realizadas se plasman en una mejora de los indicadores de gestión, que traducen una mejor atención a nuestros pacientes y que se sustentan en una mejor relación y entendimiento entre los profesionales de ambos niveles asistenciales, que tiene repercusión en la atención a tiempo de los pacientes con ECV.

La continuidad de este proyecto asistencial tiene su base en la protocolización de los diferentes procesos asistenciales compartidos pendientes y en el mantenimiento de la coordinación entre profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales.

Los procesos asistenciales consensuados muy prevalentes (cardiopatía isquémica estable y síndrome coronario agudo) y decisivos en la patología cardiovascular. Estos procesos, por otra parte, han supuesto un tiempo excesivo al Grupo, como consecuencia de la importante dificultad que ha requerido reunir mensualmente a sus miembros, pese a planificar cada sesión durante la celebración de la reunión previa. La asistencia en algunos casos específicos se considera insuficiente.

Las sesiones clínicas presenciales a los diferentes CS han permitido mejorar claramente la relación entre los profesionales y la percepción subjetiva por ambas partes, así como el aumento progresivo desde sus inicios en la resolución de la interconsulta virtual, disminuyendo la necesidad de vistas presenciales en los CMEs. No obstante, en dos CS, ha sido necesario reiniciar las sesiones después de un periodo de vacío en la comunicación como consecuencia de una falta de planificación. Es fundamental concienciar a todos los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1208

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE

participantes en este proyecto (AP y AE cardiológica) que el contenido del mismo supone una nueva forma de trabajo que debiera aceptarse e integrar en la práctica habitual.

La elaboración de los algoritmos de respuesta a la interconsulta virtual garantizó un marco de apoyo y consulta a los cardiólogos referentes de los CS en cuanto a la derivación o no a consulta presencial, así como el tipo de consulta cardiológica, general o especializada de destino. Por otra parte, ha sido decisiva la disminución de la variabilidad de respuesta entre los cardiólogos referentes de los CS. La reciente y difícil protocolización de la consulta de diagnóstico rápido del HUMS (realizada de forma consensuada en el Servicio de cardiología) mejorará la atención de los pacientes con patología potencialmente grave, mediante una diagnóstico y tratamiento preferente, disminuyendo las necesidades de ingreso hospitalario.

La colaboración activa de todos los miembros implicados en el Grupo AP-AE cardiológico y de Staff del propio Servicio, ha sido clave para la consecución de buena parte de los objetivos planteados.

Todas estas actividades realizadas se plasman en una mejora de los indicadores de gestión, que traducen una mejor atención a nuestros pacientes y que se sustentan en una mejor relación y entendimiento entre los profesionales de ambos niveles asistenciales, que tiene repercusión en la atención a tiempo de los pacientes con ECV.

7. OBSERVACIONES.

La continuidad de este proyecto asistencial tiene su base en la protocolización de los diferentes procesos asistenciales compartidos pendientes y en el mantenimiento de la coordinación entre profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1208 ===== ***

Nº de registro: 1208

Título
PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE

Autores:
ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO, BERGUA MARTINEZ CLARA, CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL, LAPERAL MUR JOSE RAMON, CORDON RUIZ RUBEN, CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE, AURED GUALLAR CARMEN, SAMPEDRO FELIU ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan a millones de personas y son la principal causa de mortalidad y discapacidad en los países desarrollados. Aunque disponemos de grandes avances en la prevención y el tratamiento, el envejecimiento de la población, la epidemia de obesidad y de diabetes, la mayor supervivencia tras la fase aguda de la enfermedad, entre otras causas, están incrementando la prevalencia de las ECV crónicas y su presencia en nuestras consultas y hospitales.

Los pacientes con ECV son atendidos por un elevado número de profesionales en organizaciones y servicios diferentes. La fragmentación en la atención de los pacientes por una misma enfermedad dificulta que una actuación diagnóstica o terapéutica sea diseñada con visión a largo plazo, teniendo consecuencias en el pronóstico y la calidad de vida. Son componentes de la coordinación asistencial la transferencia de información y la coordinación en el seguimiento. La coordinación de los servicios sanitarios es una prioridad para responder al reto que supone mejorar nuestra eficiencia en un contexto de incremento de las necesidades asistenciales.

La falta de coordinación se ha asociado con:

- Duplicación de pruebas, remisiones y derivaciones innecesarias y un uso inadecuado de los servicios de urgencias.
- Errores médicos en la prescripción de medicamentos con interacciones o duplicidades.
- Contradicciones en los planes de atención y en los diagnósticos.
- Percepción de falta de comunicación entre profesionales por el paciente con posterior desconfianza y menor adherencia a las indicaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1208

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE

Estos aspectos los hemos visto reflejados no pocas veces durante la asistencia a nuestros pacientes con enfermedad cardiovascular. Creemos que la protocolización consensuada entre dos niveles asistenciales (Asistencia Primaria (AP) y Especializada (AE) cardiológica) de aquellos procesos asistenciales cardiovasculares compartidos más frecuentes (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatías)) redundará en una mejora clara de la calidad asistencial que reciben nuestros pacientes junto a una mejora en la propia actividad asistencial que desde la atención especializada cardiológica proporcionamos.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va a mejorar la calidad asistencial de toda la población de nuestro sector con enfermedad cardiovascular dirigido. Y los objetivos que queremos alcanzar son:

- Mejorar la calidad asistencial del paciente cardiológico ambulatorio
- Mejorar la relación ente Asistencia Primaria (AP) y especializada (AE) cardiológica
- Disminuir la lista de espera de primeras visitas, derivadas desde la interconsulta virtual (IC) en los centros de especialidades médicas (CEM) de nuestro sector
- Disminuir la lista de espera de las pruebas diagnóstico/terapéuticas cardiológicas de nuestro sector
- Crear una consulta de enfermería "cardiológica" en Atención primaria

MÉTODO

1. Creación de un grupo multidisciplinar AP-AE cardiológico, que incorpore médicos de AP y cardiólogos tanto del ámbito hospitalario como ambulatorio, junto a enfermería de AP y de AE, tanto del ámbito hospitalario como ambulatorio
2. Realizar la protocolización de los procesos compartidos más frecuentes: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatías, dentro del grupo multidisciplinar
3. Presentar los protocolos compartidos en cada CS de nuestro sector
4. Realizar al menos una reunión mensual del grupo multidisciplinar y levantar acta de cada una de ellas
5. Realizar al menos una reunión interterritorial AP-AE en el H. Miguel Servet acreditada para los asistentes y los ponentes
6. Designar cardiológicos referentes para cada CS del sector sanitario
7. Realizar reuniones en cada CS de forma mensual con el cardiólogo referente para resolver casos clínicos, presentar protocolos, etc..
8. Utilizar la interconsulta virtual (IV) como único medio de comunicación AP-AE
9. Protocolizar la respuesta a la IV intraservicio de cardiología para evitar variabilidad

INDICADORES

- Creación del grupo multidisciplinar - (si/no)
- Realización de una reunión mensual del grupo multidisciplinar y levantar acta escrita -(si/no)
- Realizar visitas al CS por parte del cardiólogo referente de forma mensual -(si/no)
- Realizar la protocolización consensuada dentro del grupo de cada uno de los procesos asistenciales descritos - (si/no)
- Disminuir la lista de espera de primeras visitas en los CEM <50 días (estándar: 50%)
- Disminuir la lista de espera para ecocardiograma < 30 días (estándar: 30%)
- Protocolización de la respuesta a la IV intraservicio- (si/no)

DURACIÓN

Fecha de inicio: 1 de abril de 2018. Prevista su finalización: marzo de 2019

- Documentación y planificación: Cada uno de los integrantes es cardiólogo referente de un CS. Todos realizarán la misma actividad de forma periódica
- Reunión de servicios: M^a del Rosario Ortas Nadal
- Presentación: M^a del Rosario Ortas Nadal
- Puesta en marcha: M^a del Rosario Ortas Nadal. Abril 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1274

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN CARDIOLOGIA: HOMOGENEIZANDO LA RESPUESTA A ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE CLARA BERGUA MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAN PEDRO FELIU ANTONIO
CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL
CORDON RUIZ RUBEN
LAPERAL MUR JOSE RAMON
CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
AURED GUALLAR CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de los algoritmos de respuesta de cardiología ante síntomas/patología frecuente (Marzo 2018)
2. Discusión y aprobación de los mismos por el conjunto del servicio de Cardiología, en sesión médica conjunta (Abril 2018)
3. Difusión de los algoritmos en el grupo interdisciplinar Atención Primaria- Atención Especializada Cardiología (27 abril 2018)
3. Difusión en cada uno de los algoritmos en los centros de atención primaria del sector mediante sesiones mensuales (Mayo 2018- Enero 2019)
4. Encuesta de satisfacción a atención primaria y atención especializada (Febrero 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se evalúan los resultados del proyecto de mejora a fecha de 31 de Enero de 2019.
Durante el periodo Enero 2018-Enero 2019 se ha consolidado progresivamente la utilidad de la interconsulta electrónica en la resolución de las consultas de cardiología, permitiendo resolver sin visita presencial una media del 26% de las consultas planteadas desde atención primaria (datos de Enero a Octubre 2018)
Esta eficacia ha sido posible gracias a muchos factores entre los cuales destacamos la creación y difusión de algoritmos comunes de respuesta en Cardiología que evaluamos a continuación.

Indicadores:

1. Confección de los algoritmos: Si (100% consecución)
2. Realización de la sesión clínica en el Servicio de cardiología de presentación crítica de los algoritmos. Modificación de los algoritmos en base a las correcciones sugeridas. Aprobación y elaboración de los algoritmos definitivos. Si (100% consecución)
3. Difusión de los algoritmos definitivos en sesiones en atención primaria por los cardiólogos referentes de cada centro. Se han iniciado sesiones mensuales en los Centros de Salud del Área II. Por problemas de organización ajenos a nuestra voluntad, se han efectuado sesiones en el 65% de los Centros de Salud (11 de 17), continuándose las mismas a lo largo del año 2018 en el 90% de los centros en los que se había iniciado (10/11). A final de Enero 2018, en aquellos centros en los que se han iniciado las sesiones, se ha difundido el 80% de los algoritmos (algo menos del objetivo inicial de 90% debido al retraso de inicio de las sesiones en algunos centros)
4. Encuesta de satisfacción entre profesionales de atención primaria. Si (100% consecución)
Se obtuvieron datos de 23 profesionales pertenecientes a 3 Centros de Salud.
Se trata de profesionales con una media de 23.5 años, mediana de 25.5 años ejerciendo la especialidad (entre 4-32 años)
La utilidad de la interconsulta electrónica en Cardiología en la gestión de los pacientes ha sido valorada con una media 4.3/5 puntos.
Los algoritmos de respuesta en Cardiología han sido valorados con una puntuación media de 4.4/5.
El 100% de los profesionales consultados habían consultado los algoritmos al menos 1 vez en los últimos 6 meses.
Las sesiones mensuales Cardiología-Primaria han sido valoradas con una puntuación media de 4.9/5.
Por tanto se trata de una valoración muy positiva de la utilidad de la interconsulta para gestionar pacientes en Cardiología, así como de la herramienta concreta de los algoritmos y sobre todo de las sesiones mensuales iniciadas entre atención primaria y Cardiología.
Entre los comentarios realizados destacan la valoración positiva de los consejos recibidos via interconsulta así como de la posibilidad de contactar con cardiología en el paciente muy preferente. Entre las sugerencias realizadas, destacan la posibilidad de realizar respuesta a las interconsultas en forma de "conversación" sobre el motivo de consulta, sin necesidad de realizar nueva consulta.
5. Encuesta de satisfacción entre los cardiólogos de referencia. Si (100% consecución)
Se obtuvieron datos de 6 cardiólogos.
La utilidad de la interconsulta electrónica en Cardiología en la gestión de los pacientes ha sido valorada con una media de 4.3/5 puntos.
La difusión de algoritmos en atención primaria ha sido valorados con una puntuación media de 3.1/5 y la difusión entre profesionales de atención especializada ha sido valorada con una puntuación media de 3.3/5.
A la utilidad de dichos algoritmos se le ha asignado una puntuación promediada de 3.3/5.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1274

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN CARDIOLOGIA: HOMOGENEIZANDO LA RESPUESTA A ATENCION PRIMARIA

El 100% de los cardiólogos habían consultado los algoritmos al menos 1 vez en los últimos 6 meses. La utilidad de las sesiones de conjuntas se valora con una puntuación de 4.1/5. De estos datos se deduce una opinión muy positiva tanto de la utilidad de la interconsulta electrónica para gestionar pacientes en cardiología, como de la realización de sesiones conjunta primaria- cardiología. La utilidad de los algoritmos así como su difusión en primaria/especializada obtienen una valoración positiva, aunque algo menos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La interconsulta electrónica en la gestión de consulta de cardiología es una herramienta eficaz para evitar visitas presenciales sin valor añadido (hasta un 26% de las consultas totales de atención primaria). Tanto los profesionales de atención primaria como los cardiólogos expresan una valoración positiva de su utilidad. La elaboración de algoritmos de respuesta en cardiología supone un esfuerzo hacia la homogeneización de la respuesta a la interconsulta y por tanto de la praxis habitual que ha sido valorado de forma positiva especialmente por los profesionales de atención primaria. Su difusión aunque mejorable, ha sido valorada de forma positiva por los cardiólogos. Todos los profesionales consultados a los 2 niveles asistenciales han hecho uso de los mismos en los últimos 6 meses, confirmando su necesidad. El inicio de las sesiones mensuales conjuntas cardiología-atención primaria recibe una valoración muy positiva, especialmente en el caso de atención primaria y supone un avance importante en la relación entre profesionales en pro de la continuidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1274 ===== ***

Nº de registro: 1274

Título
PLAN DE MEJORA DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN CARDIOLOGIA: HOMOGENEIZANDO LA RESPUESTA A ATENCION PRIMARIA

Autores:
BERGUA MARTINEZ CLARA, SAN PEDRO FELIU ANTONIO, CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL, CORDON RUIZ RUBEN, LAPERAL MUR JOSE RAMON, CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, AURED GUALLAR CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CME RAMON Y CAJAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto de la interconsulta virtual iniciado en Noviembre 2017 supone un gran avance en la relación entre la Atención especializada cardiológica y la Atención Primaria. Gracias a este tipo de comunicación telemática, la gestión de las consultas se agiliza, discriminando aquellas consultas que pueden solucionarse sin visitas presenciales, mejorando los criterios de prioridad de las consultas y posibilitando tanto la derivación directa a consultas superespecializadas en caso necesario, como la solicitud de diferentes pruebas con anterioridad. Y todo ello con el objetivo prioritario de mejorar la atención que se presta a los pacientes con enfermedad cardiovascular en nuestro Sector. Con la puesta en marcha del proyecto se puso de manifiesto la necesidad de establecer unas pautas de actuación consensuadas ante los motivos de consulta más frecuentes. Estas pautas de actuación se plasmarían en algoritmos que constituirían el marco de nuestra práctica habitual en la consulta telemática, contribuyendo a homogeneizar y a disminuir la variabilidad de respuesta entre los cardiólogos referentes de diferentes centros de atención primaria. Se trata pues de esquemas de fácil interpretación con un fin eminentemente práctico y no tanto de exhaustivos protocolos, con el fin de servir de guía de consulta rápida en caso necesidad, que además, deben ser conocidos por los médicos de Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1274

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN CARDIOLOGIA: HOMOGENEIZANDO LA RESPUESTA A ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS

1. Protocolizar la respuesta a las consultas cardiológicas frecuentes en atención primaria en forma de 5 algoritmos sindrómicos y uno relacionado con una patología muy frecuente y que son: alteraciones en ECG, disnea, dolor torácico, síncope, palpitaciones y fibrilación auricular.
2. Difundir en atención primaria dichos algoritmos de decisión, de forma presencial en cada centro de salud

MÉTODO

1. Elaboración de los algoritmos por parte del servicio de Cardiología, a cargo de los cardiólogos relacionados con la Cardiología Ambulatoria
2. Discusión y aprobación de los mismos por el conjunto del servicio de Cardiología, en sesión médica conjunta
3. Difusión en cada uno de los algoritmos en los centros de atención primaria del sector, mediante sesión clínica conjunta multidisciplinar (incluyendo enfermería)

INDICADORES

1. Confección de los algoritmos: Si/No
2. Realización de una sesión clínica en el Servicio de cardiología de presentación crítica de los algoritmos . Modificación de los algoritmos en base a las correcciones sugeridas. Aprobación y elaboración de los algoritmos definitivos. Si/No
3. Difusión de los algoritmos definitivos en sesiones en atención primaria por los cardiólogos referentes de cada centro. Al menos 6 sesiones (una por protocolo). Objetivo 90% de sesiones de difusión del protocolo realizadas entre Junio 2018-Enero 2019
4. Encuesta de satisfacción entre profesionales de atención primaria.
5. Encuesta de satisfacción entre los cardiólogos de referencia.

DURACIÓN

Febrero-Marzo 2018: Confección de los algoritmos
Abril 2018: Presentación crítica y elaboración de los algoritmos definitivos.
Mayo- Enero 2019: Difusión de los algoritmos definitivos entre atención primaria
Febrero 2019: Encuesta de satisfacción en atención primaria y cardiología

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO MIÑANO OYARZABAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS
ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL
SALAZAR GONZALEZ JOSE
PORTOLES OCAMPO ANA
LASALA ALASTUEY MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1) Por parte de Secretaría de Cardiología y consultando con los cardiólogos responsables se han revisado todas las citas y buzones pendientes de los pacientes que ingresaban en Cardiología. En el intervalo de Julio a Diciembre de 2018 han sido 1335 pacientes. Aquellas citas o buzones pendientes que se consideraban inadecuadas eran borradas o modificadas.

2) Se informó a todos los cardiólogos del Servicio del proyecto en una sesión del Servicio de Cardiología. Se ha procurado incluir recomendaciones específicas en el informe de alta y evitar remitir directamente a Cardiología de área. Como muestra para valorar si se está cumpliendo con el proyecto se han revisado las 100 primeras altas de Cardiología del mes de Octubre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Respecto a la revisión de buzones y citas. Se ha revisado el 100% de los 1335 pacientes ingresados en los meses de Julio-Diciembre de 2018.

- Citas detectadas: 280 (20.9% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían una cita de consulta pendiente en CEXT de cardiología)

- Buzones detectados: 140 (10.4% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían un buzón de cita pendiente en CEXT de cardiología)

- Anulados: 99 buzones y/o citas

- Se ha eliminado el buzón y/o cita pendiente en CEXT de cardiología, en el 7.4% de los pacientes ingresados en hospitalización de cardiología, por considerarse redundantes e innecesarios.

- De todos los buzones y citas detectados en los pacientes ingresados, se ha borrado el 23.5% por considerarse redundantes e innecesarios.

2. En la muestra revisada (100 primeras altas del mes de Octubre) el cumplimiento de las indicaciones ha sido el siguiente:

- Distribución altas: 68% Planta 5ºB, 17% Planta 5º A; 11% Arritmias; 3% Hemodinámica

- Nº altas sin incluir "revisión por su cardiólogo habitual/ de área": 89%.

- Nº altas con recomendaciones de cuidados post-hospitalización personalizados: 84%. Si consideramos únicamente aquellos pacientes ingresados y dependientes de planta 5º A y 5º B el porcentaje es del 94,2%. Recomendaciones personalizadas realizadas con programa PCVIA 15%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado del proyecto se considera muy favorable.

Por un lado, una revisión sistematizada de los buzones y citas de los pacientes ingresados permite eliminar un número de visitas duplicadas o innecesarias muy importante.

Así mismo, vemos que una gran mayoría de los pacientes ingresados (84%) tienen recomendaciones específicas en el informe de alta pero el uso del programa PCVIA todavía es escaso. El número de pacientes remitidos directamente a cardiología de área es bajo también (11%).

Está previsto continuar igual con el proyecto dado el buen resultado obtenido (prevista finalización Marzo 2019).

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1313 ===== ***

Nº de registro: 1313

Título
PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Autores:
MIÑANO OYARZABAL ANTONIO, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL, SALAZAR GONZALEZ JOSE, PORTOLES OCAMPO ANA, LASALA ALASTUEY MARIA, TEJIDO SIGÜENZA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Optimización uso recursos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Alta Hospitalaria es un proceso común en la actividad asistencial de la mayor parte de los sistemas sanitarios del mundo. El proceso culmina cuando "un paciente que, estando previamente ingresado (es decir, que al menos ha producido una estancia), deja libre la cama que tenía asignada en el centro".
El informe clínico de alta (IA) es el documento emitido por el médico responsable de un paciente al finalizar su proceso asistencial en un centro hospitalario. El IA es básicamente una herramienta de comunicación. Como en cualquier proceso de comunicación existe un emisor, el clínico que lo redacta, y uno o varios receptores. En realidad, el IA tiene múltiples usuarios: el paciente, sus familiares, el médico de Atención Primaria, el mismo médico que lo ha redactado u otros del mismo servicio, otros especialistas, los médicos de urgencias y los codificadores clínicos.
Las recomendaciones al paciente (RP) son una de las partes fundamentales del informe de alta hospitalaria. En ellas se basarán los cuidados pos-hospitalización tanto para el paciente como para el médico de Atención Primaria que lo reciba.
Proponemos mejorar las RP en los informes de alta de los pacientes ingresados de manera no programada. Para ello, se establecerán una serie de recomendaciones generales para las distintas patologías y en el caso de pacientes con síndromes coronarios agudos se dispondrá del programa informático PCVIA. El programa PCVIA ha sido diseñado por un grupo interhospitalario de cardiólogos junto con médicos de Atención Primaria y facilita la personalización de las RP en este contexto.
En el informe del alta se establecen así mismo las indicaciones de cara al seguimiento ambulatorio de los pacientes, tanto por parte de Atención Primaria como de Atención Especializada. En muchas ocasiones utilizando una terminología muy general: "seguimiento por su especialista de área", que no aporta la información necesaria que el médico de Atención Primaria necesita y, sin embargo crea unas expectativas en el paciente que, al no ser cumplidas, condicionan su insatisfacción y preocupación. Este hecho, además, es el origen de no pocas duplicidades en las citaciones de los pacientes, y junto a ello, de la repetición de estudios o visitas médicas innecesarias.
Las interconsultas Virtuales solicitadas desde Atención primaria son una herramienta útil que permite la comunicación ágil y rápida entre los especialistas y los médicos de Atención Primaria que permite la valoración conjunta de los pacientes y la resolución de muchas de ellas de forma no presencial. Una adecuada gestión de las mismas permite priorizar aquellas visitas más preferentes, optimizar las consultas monográficas, solicitar pruebas previas y en definitiva, realizar un seguimiento más adecuado y a tiempo de los pacientes, sin crear falsas expectativas.
Por ello, proponemos revisar, en todos los pacientes ingresados en planta de hospitalización de cardiología de manera no programada, los buzones pendientes de citación en sus centros de especialidades médicas, anulando todas aquellas visitas que se consideren innecesarias (porque no aporten ningún valor al paciente) o estén duplicadas.
Por otra parte, se evitará remitir de manera directa e impersonal a seguimiento ambulatorio especializado en todos los IA de pacientes hospitalizados, realizando las recomendaciones que requiera cada paciente y priorizando la vía de las interconsulta virtual, como única vía de acceso a la consulta en Atención especializada.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la calidad de los informes de alta hospitalarias por medio de una serie de recomendaciones personalizadas.
- Reducir consultas y pruebas de control en atención especializada post-hospitalización no necesarias
- Establecer como modo habitual de citación en atención especializada la vía de las interconsulta virtual desde Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

- Mejorar las expectativas del paciente

MÉTODO

- Añadir consejos de salud en todas las altas de forma personalizada.
- Difundir y promover el uso del programa PCVIA
- Retirar la frase "control por su cardiólogo habitual/de área" de los informes de altas hospitalaria.
- En caso de necesidad de revisión en cardiología ambulatoria, se añadirá la frase "citación a cardiología a través de la interconsulta virtual" con el tiempo que se considere necesario
- Revisión y anulación de citas pendientes o duplicadas por parte del personal administrativo de acuerdo con Cardiología.

INDICADORES

- Número de altas sin incluir la frase "revisión por su cardiólogo habitual/de área": >80%
- Número de altas con revisión de buzón de consultas externas en cardiología:> 70%
- Número de altas con recomendaciones de cuidados post-hospitalización personalizadas >80%

DURACIÓN

Fecha de inicio: 1 de julio de 2018. Prevista su finalización: 30 marzo de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO MIÑANO OYARZABAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS
ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL
SALAZAR GONZALEZ JOSE
PORTOLES OCAMPO ANA
LASALA ALASTUEY MARIA
TEJIDO SIGÜENZA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1) Por parte de Secretaría de Cardiología y consultando con los cardiólogos responsables se han revisado todas las citas y buzones pendientes de los pacientes que ingresaban en Cardiología. En el intervalo de Julio a Diciembre de 2018 han sido 1335 pacientes. Aquellas citas o buzones pendientes que se consideraban inadecuadas eran borradas o modificadas.
2) Se informó a todos los cardiólogos del Servicio del proyecto en una sesión del Servicio de Cardiología. Se ha procurado incluir recomendaciones específicas en el informe de alta y evitar remitir directamente a Cardiología de área.
Como muestra para valorar si se está cumpliendo con el proyecto se han revisado las 100 primeras altas de Cardiología del mes de Octubre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Respecto a la revisión de buzones y citas. Se ha revisado el 100% de los 1335 pacientes ingresados en los meses de Julio-Diciembre de 2018.
- Citas detectadas: 280 (20.9% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían una cita de consulta pendiente en CEXT de cardiología)
- Buzones detectados: 140 (10.4% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían un buzón de cita pendiente en CEXT de cardiología)
- Anulados: 99 buzones y/o citas
- Se ha eliminado el buzón y/o cita pendiente en CEXT de cardiología, en el 7.4% de los pacientes ingresados en hospitalización de cardiología, por considerarse redundantes e innecesarios.
- De todos los buzones y citas detectados en los pacientes ingresados, se ha borrado el 23.5% por considerarse redundantes e innecesarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado del proyecto se considera muy favorable.

Por un lado, una revisión sistematizada de los buzones y citas de los pacientes ingresados permite eliminar un número de visitas duplicadas o innecesarias muy importante.
Así mismo, vemos que una gran mayoría de los pacientes ingresados (84%) tienen recomendaciones específicas en el informe de alta pero el uso del programa PCVIA todavía es escaso. El número de pacientes remitidos directamente a cardiología de área es bajo también (11%).
Se han cumplido los objetivos en todos los indicadores previstos:
1) Número de altas sin incluir la frase "revisión por su cardiólogo habitual/de área": >80%. Resultado 89%
2) Número de altas con revisión de buzón de consultas externas en cardiología > 70%. Resultado 100%
3) Número de altas con recomendaciones de cuidados post-hospitalización personalizadas > 80%. Resultado 84%
Está previsto continuar con el proyecto dado el buen resultado obtenido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1313 ===== ***

Nº de registro: 1313

Título
PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Autores:
MIÑANO OYARZABAL ANTONIO, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL, SALAZAR GONZALEZ JOSE, PORTOLES OCAMPO ANA, LASALA ALASTUEY MARIA, TEJIDO SIGÜENZA MARTA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Optimización uso recursos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Alta Hospitalaria es un proceso común en la actividad asistencial de la mayor parte de los sistemas sanitarios del mundo. El proceso culmina cuando "un paciente que, estando previamente ingresado (es decir, que al menos ha producido una estancia), deja libre la cama que tenía asignada en el centro".

El informe clínico de alta (IA) es el documento emitido por el médico responsable de un paciente al finalizar su proceso asistencial en un centro hospitalario. El IA es básicamente una herramienta de comunicación. Como en cualquier proceso de comunicación existe un emisor, el clínico que lo redacta, y uno o varios receptores. En realidad, el IA tiene múltiples usuarios: el paciente, sus familiares, el médico de Atención Primaria, el mismo médico que lo ha redactado u otros del mismo servicio, otros especialistas, los médicos de urgencias y los codificadores clínicos.

Las recomendaciones al paciente (RP) son una de las partes fundamentales del informe de alta hospitalaria. En ellas se basarán los cuidados pos-hospitalización tanto para el paciente como para el médico de Atención Primaria que lo reciba.

Proponemos mejorar las RP en los informes de alta de los pacientes ingresados de manera no programada. Para ello, se establecerán una serie de recomendaciones generales para las distintas patologías y en el caso de pacientes con síndromes coronarios agudos se dispondrá del programa informático PCVIA. El programa PCVIA ha sido diseñado por un grupo interhospitalario de cardiólogos junto con médicos de Atención Primaria y facilita la personalización de las RP en este contexto.

En el informe del alta se establecen así mismo las indicaciones de cara al seguimiento ambulatorio de los pacientes, tanto por parte de Atención Primaria como de Atención Especializada. En muchas ocasiones utilizando una terminología muy general: "seguimiento por su especialista de área", que no aporta la información necesaria que el médico de Atención Primaria necesita y, sin embargo crea unas expectativas en el paciente que, al no ser cumplidas, condicionan su insatisfacción y preocupación. Este hecho, además, es el origen de no pocas duplicidades en las citaciones de los pacientes, y junto a ello, de la repetición de estudios o visitas médicas innecesarias.

Las interconsultas Virtuales solicitadas desde Atención primaria son una herramienta útil que permite la comunicación ágil y rápida entre los especialistas y los médicos de Atención Primaria que permite la valoración conjunta de los pacientes y la resolución de muchas de ellas de forma no presencial. Una adecuada gestión de las mismas permite priorizar aquellas visitas más preferentes, optimizar las consultas monográficas, solicitar pruebas previas y en definitiva, realizar un seguimiento más adecuado y a tiempo de los pacientes, sin crear falsas expectativas.

Por ello, proponemos revisar, en todos los pacientes ingresados en planta de hospitalización de cardiología de manera no programada, los buzones pendientes de citación en sus centros de especialidades médicas, anulando todas aquellas visitas que se consideren innecesarias (porque no aporten ningún valor al paciente) o estén duplicadas. Por otra parte, se evitará remitir de manera directa e impersonal a seguimiento ambulatorio especializado en todos los IA de pacientes hospitalizados, realizando las recomendaciones que requiera cada paciente y priorizando la vía de las interconsulta virtual, como única vía de acceso a la consulta en Atención especializada.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la calidad de los informes de alta hospitalarias por medio de una serie de recomendaciones personalizadas.
- Reducir consultas y pruebas de control en atención especializada post-hospitalización no necesarias
- Establecer como modo habitual de citación en atención especializada la vía de las interconsulta virtual desde Atención Primaria.
- Mejorar las expectativas del paciente

MÉTODO

- Añadir consejos de salud en todas las altas de forma personalizada.
- Difundir y promover el uso del programa PCVIA
- Retirar la frase "control por su cardiólogo habitual/de área" de los informes de altas hospitalaria.
- En caso de necesidad de revisión en cardiología ambulatoria, se añadirá la frase "citación a cardiología a través de la interconsulta virtual" con el tiempo que se considere necesario
- Revisión y anulación de citaciones pendientes o duplicadas por parte del personal administrativo de acuerdo con Cardiología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

INDICADORES

- Número de altas sin incluir la frase "revisión por su cardiólogo habitual/de área": >80%
- Número de altas con revisión de buzón de consultas externas en cardiología:> 70%
- Número de altas con recomendaciones de cuidados post-hospitalización personalizadas >80%

DURACIÓN

Fecha de inicio: 1 de julio de 2018. Prevista su finalización: 30 marzo de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE TERESA OLORIZ SANJUAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO GALIANO NAIARA
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
SANTAMARIA LUNA EVA
ASSO ABADIA ANTONIO
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS) presta asistencia especializada directa a la población del Sector Sanitario Zaragoza II, constituido por unos 370.000 habitantes. Asimismo atiende en muchos procesos no sólo a los habitantes de su zona de salud, sino de todo Aragón e incluso de La Rioja y Soria.

El Sector Sanitario Zaragoza II incluye los centros de atención sanitaria que a continuación se detallan:

- Atención Primaria (Centros de Salud): Campo de Belchite, Canal Imperial-San José Sur, Canal Imperial-Venecia, Casablanca, Fernando el Católico, Fuentes de Ebro, Independencia-Puerta del Carmen, La Almozara, Las Fuentes Norte, Parque Roma, Rebojería, Sagasta-Miraflores, Sagasta-Ruiseñores, San José Centro, San José Norte, San Pablo, Sástago, Seminario, Torre Ramona y Torrero-La Paz.
- Atención Especializada (Centros Médicos de Especialidades): C.M.E. San José y C.M.E. Ramón y Cajal.
- Atención Especializada (Hospital): Hospital Universitario Miguel Servet.

A continuación, se describen las actividades desarrolladas en cada una de las áreas en las que se ha implantado la digitalización del ECG.

URGENCIAS HUMS

El proyecto de digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS comenzó con la decisión del grupo de trabajo de utilizar la pulsera identificativa del paciente y su posterior escaneo como la mejor forma de trabajo, debido a que es una manera más ágil y segura de identificar al paciente que introduciendo el número de la tarjeta de identificación sanitaria (AR) de forma manual.

Al implementar la digitalización del ECG surgió una dificultad en la lectura del código de barras de la pulsera identificativa del paciente. Se procedió a un cambio de formato de la pulsera por parte del Servicio de Informática del hospital. Para poder desarrollar el trabajo se solicitó la mejora de la cobertura WIFI del Servicio de Urgencias para poder comenzar a transmitir los ECG a la Historia Clínica Electrónica (HCE). Se realizó una hoja de instrucciones de funcionamiento del aparato ECG y se estableció un cronograma de la formación del personal de urgencias. Se decidió que era mejor preparar un grupo de expertos y que fuera posteriormente el personal formado de la propia unidad el que se encargara de la misma, para lo cual se planificó una formación de formadores.

En el análisis inicial de los primeros pasos del proyecto se detectó que había ECGs que se transmitían de manera incorrecta a la HCE, ya que dicha transmisión se realizaba de manera automática, por lo que se paralizó la actividad y se reunió el equipo de trabajo para estudiar la situación y proceder a la corrección de los fallos.

En la reunión celebrada del 6 marzo de 2018, con acuerdo de todas las partes interesadas (Servicio de Urgencias, Servicio de Cardiología, Servicio de Informática y proveedor del sistema MUSE), se acepta que la transmisión del ECG a la HCE no fuera un paso automático tras la impresión del ECG, sino que se hiciera de forma voluntaria. Una vez que el ECG se haya impreso y el personal de enfermería haya comprobado su correcta identificación, se tomará la decisión de transmitirlo a la HCE pulsando la tecla Transmitir.

Se propone un nuevo algoritmo de uso del aparato de ECG más sencillo, práctico y visible. En su implementación se toma la decisión de realizar una nueva formación a todo el personal implicado dividiendo la unidad en áreas. Se comenzó con la formación para la realización de ECGs en la Zona de Vitales del Área de Urgencias (segmento por donde se reiniciará el proyecto de implantación). La formación, se llevó a cabo en los turnos de enfermería de mañana y tarde. Tras el nuevo periodo de formación, se puso en marcha de nuevo el proyecto, utilizando los aparatos según el flujo previamente descrito. Se cambia la configuración de todos los ECGs distribuidos por el Servicio de Urgencias para evitar la transmisión involuntaria a HCE.

Los resultados se evaluaron al mes siguiente con el objeto de detectar fallos en la seguridad y determinar el porcentaje de ECGs transmitidos a HCE. Se aceptó que algunos ECGs no fueran transmitidos en favor de aumentar la seguridad de la transmisión.

En abril de 2018 se lanza una campaña de publicidad en el Servicio de Urgencias (a través de su boletín informativo) para la difusión de la necesidad de Digitalizar el ECG y la importancia de que se realice una correcta identificación del paciente. La parte médica y de enfermería del Servicio de Urgencias, insiste de manera reiterada en la importancia de priorizar la seguridad del paciente frente al porcentaje de electrogramas transmitidos del total de los realizados. Por parte del Servicio de Cardiología se insiste que un ECG incorrectamente transmitido puede tener consecuencias muy graves a corto, medio y largo plazo.

En junio se comienzan a recoger datos de la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias y se observa que del total de ECGs realizados se transmiten correctamente alrededor del 50% (análisis preliminar junio y julio 2018).

En revisión realizada en el último trimestre del proyecto se observa que el porcentaje de electrocardiogramas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

transmitidos ha aumentado de manera considerable, un 22% (primer trimestre un total de 7425 ECGs transmitidos frente a 9469 ECGs transmitidos en el último trimestre del proyecto).

CENTROS MEDICOS DE ESPECIALIDADES

La integración del ECG en la HCE en los Centros Médicos de Especialidades comenzó más tarde, en junio de 2018, con la necesidad del cableado informático del Centro Médico de Especialidades para poder iniciar esta actividad. Se confirma la solicitud por parte del Servicio de Eelectromedicina de las rosetas y cableado estructurado necesario en cada consulta médica. Todo el proyecto de integración supone un trabajo adicional para acondicionar las consultas y poder iniciar el trabajo. También se confirma por parte del Servicio de Informática el número de IP necesarias y el cableado para el comienzo de la actividad.

Se realizó una actualización de las agendas que se van a utilizar en los Centros Médicos de Especialidades (ya que la actividad a partir de ahora se debe realizar a través de lista de trabajo): los pacientes serán citados a través del Servicio de Citaciones, y los datos se volcarán al aparato de electros de forma automática, lo que supone que los profesionales no introduzcan el AR de forma manual y así reducir el número de errores en consulta (esta es una forma de trabajo diferente a la de Urgencias puesto que la actividad aquí es programada).

Se informa a la Subdirección de Enfermería de la situación y se solicitan los datos de los profesionales de enfermería que precisan formación en los Centros Médicos para el inicio de la actividad. Comienza la formación de dicho personal haciendo hincapié en la importancia de la digitalización de los ECG ya que es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica. El hecho de que el ECG esté recogido en la Historia Clínica Electrónica permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas.

La inclusión en Historia Clínica Electrónica permite tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta, mejorando la calidad asistencial y la eficiencia. La interconsulta virtual es una actividad que se está iniciando de manera paralela en el Servicio de Cardiología del HUMS y que precisa del ECG digitalizado como herramienta básica.

HOSPITALIZACION EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HUMS

La dotación actual de camas del Servicio de Cardiología es de 65 camas, distribuidas de la siguiente forma: 48 camas en la planta 5ª B, y 17 camas en la planta 5ª A. Las camas de la planta 5ª A están gestionadas por la Unidad de Insuficiencia Cardíaca, que cuenta además con 5 puestos (sillones) en el Hospital de Día de Cardiología (situado en la misma planta).

Actualmente solo se dispone de 2 aparatos de ECG preparados para la digitalización en toda el área, lo que hace muy difícil el desarrollo del proyecto, ya que tampoco cuentan con red wifi, lo que dificulta que los ECG se puedan digitalizar y enviar a la HCE. La conexión actualmente se realiza a través de un cable de red situado en una sola zona de la planta de Cardiología, en el turno de noche, por donde se transmiten todos los ECG realizados durante el día (no es posible hacerlo de forma inmediata por lo que no están disponibles en la HCE hasta que se realiza esta transmisión diferida).

Debido a la actividad asistencial normal de la planta de Cardiología, se tienen que realizar muchos ECGs con aparatos analógicos, que no van a poder registrarse nunca en la HCE del paciente.

En la planta de Cardiología y en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal en el funcionamiento del aparato de ECG. La puesta en marcha ha tenido la dificultad añadida del cambio de prácticamente la totalidad de la plantilla de enfermería en el acoplamiento interno del hospital. Desde el inicio del proyecto en el mes de mayo de 2018, se están objetivando muchas debilidades que se deben subsanar con apoyo de todas las partes interesadas. Hasta un 45% del total de ECGs digitalizados no han sido identificados correctamente.

Es imposible cuantificar cuantos ECGs se realizan de forma analógica, pero con el paso del tiempo desde la implementación podremos evaluar si el número de ECGs digitalizados se va incrementando.

UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGÍA CARDÍACA Y ARRITMIAS

La forma de trabajo de la unidad es mediante pulsera identificativa en el caso de los pacientes hospitalizados, y lectura del código de barras de la tarjeta sanitaria (con lector de código de barras).

Se ha realizado la formación de personal y se ha implementado el algoritmo de trabajo.

En esta Unidad se cuenta con un número de aparatos para poder digitalizar el ECG de 3 en total, lo que permite una adecuada implementación, así como una plantilla de enfermería estable que permite que los resultados sean más favorables. El trabajo que se realiza es mucho más estandarizado y es la unidad que se encarga del proyecto de digitalización.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL

En la consulta de cardiología de Hospital Infantil se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma.

El procedimiento de trabajo es por lista de trabajo, igual que el descrito en los Centros Médicos de Especialidades. La implantación del mismo ya se ha realizado, pero se ha detectado que la transmisión de los ECGs en muchas ocasiones no se realiza con la identificación del paciente (en un 43% de los ECGs realizados), lo que impide la inclusión en la HCE.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA Y PREOPERATORIO DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

En la consulta del Servicio de Cardiología del área de pacientes externos, se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma para trabajar con lista de trabajo, ya que esta área cuenta también con la Unidad de Citaciones, a través de la cual se vuelcan los datos del paciente al aparato de ECG y posteriormente se selecciona, lo que minimiza la posibilidad de error. Durante el análisis de los datos de este proyecto de calidad se ha observado que en el mes de noviembre 2018 hubo una caída del sistema MUSE, que no se detectó inicialmente, debido a que convive el doble sistema, papel manual y digitalización. Por ello el indicador en este caso no representa la actividad real

CONSULTA DE PREOPERATORIOS DE MATERNIDAD (CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS)

La consulta de ECG preoperatorios de la maternidad es una de las últimas áreas incluidas en el proyecto. Se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma, con el método de lista de trabajo y captura automática de los datos. Durante el análisis de los datos de este proyecto de calidad hemos puesto en evidencia que los ECG no se han identificado de manera correcta, debido a que no se han actualizado las agendas por parte del Servicio de Citaciones para trabajar a través de lista de trabajo como se realiza en Consultas Externas y Centros Médicos de Especialidades, por lo que no han sido enviados a la HCE. Se ha puesto en marcha una corrección de errores para disponer de estos datos en la próxima evaluación del proyecto de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de ECG digitalizados correctamente realizados en el último trimestre del proyecto con respecto al total (50%)

ECG digitalizados identificados correctamente del total digitalizados

- Urgencias: 97%
- Unidad de arritmias: 100%
- Hospitalización 5 planta e Insuficiencia Cardiaca: 55%
- Hospital Infantil: 57%
- Consultas Externas: 100%
- Centro Medico de Especialidades Ramón y Cajal: 94%
- Centro Medico de Especialidades San José: 98%
- Consultas externas ginecología y preoperatorios maternidad: no es valorable el resultado

Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de Consultas Virtuales en Cardiología

Valorados 3 Centros de Salud del Area

- CS Almozara 59%
- CS Torre Ramona 71%
- CS Torrero La Paz 55

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La introducción de tecnología se suele considerar como un elemento transformador dentro de cualquier organización, y generalmente está asociado con una mejora directa de la eficiencia y de la productividad. Es importante tener en cuenta que el éxito no se logra por la simple sustitución de los procesos analógicos por los digitales, sino que se debe plantear el propósito de las nuevas acciones y la necesidad de aprovechar las oportunidades ofrecidas por los nuevos métodos de trabajo.

Así, se deben organizar nuevas formas de trabajo, y no sólo dedicar los recursos a la implementación de la nueva tecnología. Los nuevos procedimientos pueden resolver muchos problemas y dar soluciones a pacientes y facultativos de otras áreas que se beneficiaran de proyectos como la interconsulta virtual.

La digitalización del ECG permite también el análisis en profundidad de los datos obtenidos a través del sistema MUSE y el estudio posterior de los mismos para proyectos de investigación, establecer líneas de mejora, etc.

El desarrollo de este proyecto demuestra la gran variabilidad de formas de trabajo y de necesidades de cada una de las áreas. Se debe realizar un trabajo pormenorizado de la situación de cada área y dar solución a cada una de sus características para poder continuar con el mismo.

Hospitalización precisa de cobertura wifi para poder desarrollar el proyecto de una manera más eficaz, ya que este sistema de trabajo deja de manifiesto muchas debilidades.

El Área de Pacientes Externos (Consultas Externas) preoperatorias precisaría de anular la entrega a los pacientes del ECG impreso y que sea un sistema totalmente digitalizado.

Se considera una actividad prioritaria dar la máxima difusión y formación en la necesidad de la correcta identificación de los pacientes a través del AR.

Actualización de las agendas del Servicio de Citaciones del Hospital Materno Infantil para realizar la actividad en la consulta preoperatoria a través de lista de trabajo.

Los indicadores del proyecto dan resultados satisfactorios, pero también pone de manifiesto la necesidad de continuar con el proyecto.

Las mayores dificultades encontradas para la implantación total del programa y para su continuidad, están en la obtención de recursos: adquisición de aparatos de ECG preparados para la digitalización, redes wifi y conexiones informáticas.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1411 ===== ***

Nº de registro: 1411

Título
PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Autores:
OLORIZ SANJUAN TERESA, CALVO GALIANO NAIARA, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, SANTAMARIA LUNA EVA, ASSO BADIA ANTONIO, ORTAS NADAL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los ECG realizados en la práctica clínica diaria es muy numeroso y afecta a diferentes áreas de la atención médica tanto en atención primaria como en especializada. El ECG es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica e incluso es frecuentemente realizado en pacientes asintomáticos de forma preventiva. Constituye un requisito imprescindible en la realización de un preoperatorio así como en un examen de salud. Los registros obtenidos mediante las técnicas convencionales analógicas y su forma de transmisión errática mediante FAX o fotocopia dificultan la interpretación de ECG por su baja calidad. Por ejemplo el registro obtenido en una atención urgente para su valoración posterior de manera ambulatoria. En otros casos este registro ni siquiera está disponible.
La interpretación de los ECGs por distintos profesionales está asociada a una variabilidad y heterogeneidad en el diagnóstico que puede tener implicaciones clínicas importantes. Que el ECG este recogido en la HCE permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas. Existen una amplia variedad de situaciones en las que un ECG patológico puede condicionar un ingreso hospitalario pudiendo tratarse, en ocasiones, de una alteración crónica o ya conocida. El disponer de registros ECGs recogidos en la historia del paciente permite una mejor valoración y enfoque de la situación clínica. La duplicidad de consultas en el ámbito asistencial es una situación muy frecuente. Mediante un ECG realizado en atención primaria que este incluido en la HC se podría tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta mejorando la calidad asistencial así como la reducción de costes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos Fundamental de la digitalización del ECG en el área de atención especializada del sector II, es permitir el acceso y la difusión a una prueba tan fundamental y ampliamente utilizada como el ECG entre los distintos centros y profesionales responsables de la salud.
Objetivos Específicos Implementar la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS, Centros Médicos de especialidades del sector y el área de Hospitalización, Ayudar en la toma de decisiones en base a pruebas anteriormente realizadas y diferenciar el carácter agudo o crónico de la patología, Colaborar en la realización del preoperatorio de todos aquellos pacientes que van a ser intervenidos, Optimizar el empleo de la interconsulta virtual como gestor de consultas virtuales y presenciales, Favorecer el seguimiento del paciente y mejorar la continuidad de cuidados por parte de enfermería en unidades especializadas, como la de insuficiencia Cardíaca, arritmias y/o marcapasos dotadas en la actualidad de consulta de enfermería de seguimiento del paciente crónico, Desarrollar una atención sistemática del paciente crónico mediante los registros seriados, Potenciar la política sanitaria de la comunidad autónoma basada en la mejora de la eficiencia y avance en la modernización y la innovación, Incorporación de tecnologías que mejoren la calidad de servicios prestados. ECGs que se realicen en el servicio de urgencias del HUMS, CME (Ramón y Cajal, San José) y Plantas de HG. Población diana, cualquier paciente que requiera de la realización de un ECG en el contexto de su situación clínica.

MÉTODO
Inicialmente se realizó una experiencia piloto en la unidad de arritmias, para analizar los problemas y las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

debilidades del proyecto. Comenzamos a implementar la digitalización por áreas concretas del HUMS: unidad de arritmias, consultas externas de cardiología del hospital, área de soporte vital de urgencias, para posteriormente ir ampliando el número de servicios. La difusión se va realizar a través de sesiones clínicas de la unidad y la formación se va realizar en cada una de las áreas respondiendo a las necesidades de cada una de ellas. El siguiente Cronograma describe las áreas en las que esta implementado y el calendario de las nuevas inclusiones.

INDICADORES

INDICADORES: Porcentaje de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total.

Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en HCE.

Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de consultas virtuales en cardiología.

RESULTADOS: Porcentaje de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total: 50%

Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en HCE: 8/11 áreas

Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de consultas virtuales en cardiología: 20%

DURACIÓN

Prevista la digitalización por áreas del hospital que se incluyan en periodos de dos meses hasta su finalización.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE TERESA OLORIZ SANJUAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
CALVO GALIANO NAIARA
SANTAMARIA LUNA EVA
ASSO ABADIA ANTONIO
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS) presta asistencia especializada directa a la población del Sector Sanitario Zaragoza II, constituido por unos 370.000 habitantes. Asimismo, atiende en muchos procesos no sólo a los habitantes de su zona de salud, sino de todo Aragón e incluso de La Rioja y Soria.

El Sector Sanitario Zaragoza II incluye los centros de atención sanitaria que a continuación se detallan:

- Atención Primaria (Centros de Salud): Campo de Belchite, Canal Imperial-San José Sur, Canal Imperial-Venecia, Casablanca, Fernando el Católico, Fuentes de Ebro, Independencia-Puerta del Carmen, La Almozara, Las Fuentes Norte, Parque Roma, Rebojería, Sagasta-Miraflores, Sagasta-Ruiseñores, San José Centro, San José Norte, San Pablo, Sástago, Seminario, Torre Ramona y Torrero-La Paz.
- Atención Especializada (Centros Médicos de Especialidades): C.M.E. San José y C.M.E. Ramón y Cajal.
- Atención Especializada (Hospital): Hospital Universitario Miguel Servet.

A continuación, se describen las actividades desarrolladas en cada una de las áreas en las que se ha implantado la digitalización del ECG.

URGENCIAS HUMS

El proyecto de digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS comenzó con la decisión del grupo de trabajo de utilizar la pulsera identificativa del paciente y su posterior escaneo como la mejor forma de trabajo, debido a que es una manera más ágil y segura de identificar al paciente que introduciendo el número de la tarjeta de identificación sanitaria (AR) de forma manual.

Al implementar la digitalización del ECG surgió una dificultad en la lectura del código de barras de la pulsera identificativa del paciente. Se procedió a un cambio de formato de la pulsera por parte del Servicio de Informática del hospital. Para poder desarrollar el trabajo se solicitó la mejora de la cobertura WIFI del Servicio de Urgencias para poder comenzar a transmitir los ECG a la Historia Clínica Electrónica (HCE). Se realizó una hoja de instrucciones de funcionamiento del aparato ECG y se estableció un cronograma de la formación del personal de urgencias. Se decidió que era mejor preparar un grupo de expertos y que fuera posteriormente el personal formado de la propia unidad el que se encargara de la misma, para lo cual se planificó una formación de formadores.

En el análisis inicial de los primeros pasos del proyecto se detectó que había ECGs que se transmitían de manera incorrecta a la HCE, ya que dicha transmisión se realizaba de manera automática, por lo que se paralizó la actividad y se reunió el equipo de trabajo para estudiar la situación y proceder a la corrección de los fallos. En la reunión celebrada del 6 marzo de 2018, con acuerdo de todas las partes interesadas (Servicio de Urgencias, Servicio de Cardiología, Servicio de Informática y proveedor del sistema MUSE), se acepta que la transmisión del ECG a la HCE no fuera un paso automático tras la impresión del ECG, sino que se hiciera de forma voluntaria. Una vez que el ECG se haya impreso y el personal de enfermería haya comprobado su correcta identificación, se tomará la decisión de transmitirlo a la HCE pulsando la tecla Transmitir.

Se propone un nuevo algoritmo de uso del aparato de ECG más sencillo, práctico y visible. En su implementación se toma la decisión de realizar una nueva formación a todo el personal implicado dividiendo la unidad en áreas. Se comenzó con la formación para la realización de ECGs en la Zona de Vitales del Área de Urgencias (segmento por donde se reiniciará el proyecto de implantación). La formación, se llevó a cabo en los turnos de enfermería de mañana y tarde. Tras el nuevo periodo de formación, se puso en marcha de nuevo el proyecto, utilizando los aparatos según el flujo previamente descrito. Se cambia la configuración de todos los ECGs distribuidos por el Servicio de Urgencias para evitar la transmisión involuntaria a HCE.

Los resultados se evaluaron al mes siguiente con el objeto detectar fallos en la seguridad y determinar el porcentaje de ECGs transmitidos a HCE. Se aceptó que algunos ECGs no fueran transmitidos en favor de aumentar la seguridad de la transmisión.

En abril de 2018 se lanza una campaña de publicidad en el Servicio de Urgencias (a través de su boletín informativo) para la difusión de la necesidad de Digitalizar el ECG y la importancia de que se realice una correcta identificación del paciente. La parte médica y de enfermería del Servicio de Urgencias, insiste de manera reiterada en la importancia de priorizar la seguridad del paciente frente al porcentaje de electrocardiogramas del total de los realizados. Por parte del Servicio de Cardiología se insiste que un ECG incorrectamente transmitido puede tener consecuencias muy graves a corto, medio y largo plazo.

En junio se comienzan a recoger datos de la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias y se observa que del total de ECGs realizados se transmiten correctamente alrededor del 50% (análisis preliminar junio y julio 2018).

En revisión realizada en el último trimestre del proyecto se observa que el porcentaje de electrocardiogramas transmitidos ha aumentado de manera considerable, un 22% (primer trimestre un total de 7425 ECGs transmitidos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

frente a 9469 ECGs transmitidos en el último trimestre del proyecto).

CENTROS MEDICOS DE ESPECIALIDADES

La integración del ECG en la HCE en los Centros Médicos de Especialidades comenzó más tarde, en junio de 2018, con la necesidad del cableado informático del Centro Médico de Especialidades para poder iniciar esta actividad. Se confirma la solicitud por parte del Servicio de Eelectromedicina de las rosetas y cableado estructurado necesario en cada consulta médica. Todo el proyecto de integración supone un trabajo adicional para acondicionar las consultas y poder iniciar el trabajo. También se confirma por parte del Servicio de Informática el número de IP necesarias y el cableado para el comienzo de la actividad.

Se realizó una actualización de las agendas que se van a utilizar en los Centros Médicos de Especialidades (ya que la actividad a partir de ahora se debe realizar a través de lista de trabajo): los pacientes serán citados a través del Servicio de Citaciones, y los datos se volcarán al aparato de electros de forma automática, lo que supone que los profesionales no introduzcan el AR de forma manual y así reducir el número de errores en consulta (esta es una forma de trabajo diferente a la de Urgencias puesto que la actividad aquí es programada).

Se informa a la Subdirección de Enfermería de la situación y se solicitan los datos de los profesionales de enfermería que precisan formación en los Centros Médicos para el inicio de la actividad. Comienza la formación de dicho personal haciendo hincapié en la importancia de la digitalización de los ECG ya que es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica. El hecho de que el ECG esté recogido en la Historia Clínica Electrónica permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas.

La inclusión en Historia Clínica Electrónica permite tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta, mejorando la calidad asistencial y la eficiencia. La interconsulta virtual es una actividad que se está iniciando de manera paralela en el Servicio de Cardiología del HUMS y que precisa del ECG digitalizado como herramienta básica.

HOSPITALIZACION EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HUMS

La dotación actual de camas del Servicio de Cardiología es de 65 camas, distribuidas de la siguiente forma: 48 camas en la planta 5ª B, y 17 camas en la planta 5ª A. Las camas de la planta 5ª A están gestionadas por la Unidad de Insuficiencia Cardíaca, que cuenta además con 5 puestos (sillones) en el Hospital de Día de Cardiología (situado en la misma planta).

Actualmente solo se dispone de 2 aparatos de ECG preparados para la digitalización en toda el área, lo que hace muy difícil el desarrollo del proyecto, ya que tampoco cuentan con red wifi, lo que dificulta que los ECG se puedan digitalizar y enviar a la HCE. La conexión actualmente se realiza a través de un cable de red situado en una sola zona de la planta de Cardiología, en el turno de noche, por donde se transmiten todos los ECG realizados durante el día (no es posible hacerlo de forma inmediata por lo que no están disponibles en la HCE hasta que se realiza esta transmisión diferida).

Debido a la actividad asistencial normal de la planta de Cardiología, se tienen que realizar muchos ECGs con aparatos analógicos, que no van a poder registrarse nunca en la HCE del paciente.

En la planta de Cardiología y en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal en el funcionamiento del aparato de ECG. La puesta en marcha ha tenido la dificultad añadida del cambio de prácticamente la totalidad de la plantilla de enfermería en el acoplamiento interno del hospital. Desde el inicio del proyecto en el mes de mayo de 2018, se están objetivando muchas debilidades que se deben subsanar con apoyo de todas las partes interesadas. Hasta un 45% del total de ECGs digitalizados no han sido identificados correctamente.

Es imposible cuantificar cuantos ECGs se realizan de forma analógica, pero con el paso del tiempo desde la implementación podremos evaluar si el número de ECGs digitalizados se va incrementando.

UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGÍA CARDÍACA Y ARRITMIAS

La forma de trabajo de la unidad es mediante pulsera identificativa en el caso de los pacientes hospitalizados, y lectura del código de barras de la tarjeta sanitaria (con lector de código de barras).

Se ha realizado la formación de personal y se ha implementado el algoritmo de trabajo.

En esta Unidad se cuenta con un número de aparatos para poder digitalizar el ECG de 3 en total, lo que permite una adecuada implementación, así como una plantilla de enfermería estable que permite que los resultados sean más favorables. El trabajo que se realiza es mucho más estandarizado y es la unidad que se encarga del proyecto de digitalización.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL

En la consulta de cardiología de Hospital Infantil se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma.

El procedimiento de trabajo es por lista de trabajo, igual que el descrito en los Centros Médicos de Especialidades. La implantación del mismo ya se ha realizado, pero se ha detectado que la transmisión de los ECGs en muchas ocasiones no se realiza con la identificación del paciente (en un 43% de los ECGs realizados), lo que impide la inclusión en la HCE.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA Y PREOPERATORIO DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS

En la consulta del Servicio de Cardiología del área de pacientes externos, se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma para trabajar con lista de trabajo, ya que esta área cuenta también con la Unidad de Citaciones, a través de la cual se vuelcan los datos del paciente al aparato de ECG y posteriormente se selecciona, lo que minimiza la posibilidad de error.

Durante el análisis de los datos de este proyecto de calidad se ha observado que en el mes de noviembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

hubo una caída del sistema MUSE, que no se detectó inicialmente, debido a que convive el doble sistema, papel manual y digitalización. Por ello el indicador en este caso no representa la actividad real

CONSULTA DE PREOPERATORIOS DE MATERNIDAD (CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS)

La consulta de ECG preoperatorios de la maternidad es una de las últimas áreas incluidas en el proyecto. Se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma, con el método de lista de trabajo y captura automática de los datos. Durante el análisis de los datos de este proyecto de calidad hemos puesto en evidencia que los ECG no se han identificado de manera correcta, debido a que no se han actualizado las agendas por parte del Servicio de Citaciones para trabajar a través de lista de trabajo como se realiza en Consultas Externas y Centros Médicos de Especialidades, por lo que no han sido enviados a la HCE. Se ha puesto en marcha una corrección de errores para disponer de estos datos en la próxima evaluación del proyecto de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de ECG digitalizados correctamente realizados en el último trimestre del proyecto con respecto al total (50%)

ECG digitalizados identificados correctamente del total digitalizados

- Urgencias: 97%
- Unidad de arritmias: 100%
- Hospitalización 5 planta e Insuficiencia Cardiaca: 55%
- Hospital Infantil: 57%
- Consultas Externas: 100%
- Centro Medico de Especialidades Ramón y Cajal: 94%
- Centro Medico de Especialidades San José: 98%
- Consultas externas ginecología y preoperatorios maternidad: no es valorable el resultado.

Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en Historia Clínica Electrónica: 8/11

áreas:

Se ha implementado en 11 de 11 áreas

- Boxes del Hospital General y Traumatología
- Salas de Observación de Urgencias
- Soporte Vital de urgencias
- Centro Medico de Especialidades Ramón y Cajal
- Centro Medico de Especialidades san José
- Consulta de Preoperatorios de Maternidad
- Consultas Externas de Cardiología
- Preoperatorios hospital general y traumatología
- Unidad de Insuficiencia Cardiaca
- Unidad de Arritmias
- Hospitalización 5ª B

Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de Consultas Virtuales en Cardiología

CS Almozara 59%

CS Torre Ramona 71%

CS Torrero La Paz 55%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La introducción de tecnología se suele considerar como un elemento transformador dentro de cualquier organización, y generalmente está asociado con una mejora directa de la eficiencia y de la productividad. Es importante tener en cuenta que el éxito no se logra por la simple sustitución de los procesos analógicos por los digitales, sino que se debe plantear el propósito de las nuevas acciones y la necesidad de aprovechar las oportunidades ofrecidas por los nuevos métodos de trabajo.

Así, se deben organizar nuevas formas de trabajo, y no sólo dedicar los recursos a la implementación de la nueva tecnología. Los nuevos procedimientos pueden resolver muchos problemas y dar soluciones a pacientes y facultativos de otras áreas que se benefician de proyectos como la interconsulta virtual.

La digitalización del ECG permite también el análisis en profundidad de los datos obtenidos a través del sistema MUSE y el estudio posterior de los mismos para proyectos de investigación, establecer líneas de mejora, etc.

El desarrollo de este proyecto demuestra la gran variabilidad de formas de trabajo y de necesidades de cada una de las áreas. Se debe realizar un trabajo pormenorizado de la situación de cada área y dar solución a cada una de sus características para poder continuar con el mismo.

Hospitalización precisa de cobertura wifi para poder desarrollar el proyecto de una manera más eficaz, ya que este sistema de trabajo deja de manifiesto muchas debilidades.

El Área de Pacientes Externos (Consultas Externas) preoperatorias precisaría de anular la entrega a los pacientes del ECG impreso y que sea un sistema totalmente digitalizado.

Se considera una actividad prioritaria dar la máxima difusión y formación en la necesidad de la correcta identificación de los pacientes a través del AR.

Actualización de las agendas del Servicio de Citaciones del Hospital Materno Infantil para realizar la actividad en la consulta preoperatoria a través de lista de trabajo.

Los indicadores del proyecto dan resultados satisfactorios, pero también pone de manifiesto la necesidad de continuar con el proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Las mayores dificultades encontradas para la implantación total del programa y para su continuidad, están en la obtención de recursos: adquisición de aparatos de ECG preparados para la digitalización, redes wifi y conexiones informáticas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1411 ===== ***

Nº de registro: 1411

Título
PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Autores:
OLORIZ SANJUAN TERESA, CALVO GALIANO NAIARA, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, SANTAMARIA LUNA EVA, ASSO BADIA ANTONIO, ORTAS NADAL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los ECG realizados en la práctica clínica diaria es muy numeroso y afecta a diferentes áreas de la atención médica tanto en atención primaria como en especializada.El ECG es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica e incluso es frecuentemente realizado en pacientes asintomáticos de forma preventiva.Constituye un requisito imprescindible en la realización de un preoperatorio así como en un examen de salud.Los registros obtenidos mediante las técnicas convencionales analógicas y su forma de transmisión errática mediante FAX o fotocopia dificultan la interpretación de ECG por su baja calidad. Por ejemplo el registro obtenido en una atención urgente para su valoración posterior de manera ambulatoria. En otros casos este registro ni siquiera está disponible.
La interpretación de los ECGs por distintos profesionales está asociada a una variabilidad y heterogeneidad en el diagnóstico que puede tener implicaciones clínicas importantes.Que el ECG este recogido en la HCE permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas.Existen una amplia variedad de situaciones en las que un ECG patológico puede condicionar un ingreso hospitalario pudiendo tratarse, en ocasiones, de una alteración crónica o ya conocida.El disponer de registros ECGs recogidos en la historia del paciente permite una mejor valoración y enfoque de la situación clínica. La duplicidad de consultas en el ámbito asistencial es una situación muy frecuente. Mediante un ECG realizado en atención primaria que este incluido en la HC se podría tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta mejorando la calidad asistencial así como la reducción de costes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos Fundamental de la digitalización del ECG en el área de atención especializada del sector II, es permitir el acceso y la difusión a una prueba tan fundamental y ampliamente utilizada como el ECG entre los distintos centros y profesionales responsables de la salud.
Objetivos EspecificosImplementar la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS, Centros Médicos de especialidades del sector y el área de Hospitalización,Ayudar en la toma de decisiones en base a pruebas anteriormente realizadas y diferenciar el carácter agudo o crónico de la patología,Colaborar en la realización del preoperatorio de todos aquellos pacientes que van a ser intervenidos,Optimizar el empleo de la interconsulta virtual como gestor de consultas virtuales y presenciales,Favorecer el seguimiento del paciente y mejorar la continuidad de cuidados por parte de enfermería en unidades especializadas, como la de insuficiencia Cardiaca, arritmias y/o marcapasos dotadas en la actualidad de consulta de enfermería de seguimiento del paciente crónico,Desarrollar una atención sistemática del paciente crónico mediante los registros seriados,Potenciar la política sanitaria de la comunidad autónoma basada en la mejora de la eficiencia y avance en la modernización y la innovación,Incorporación de tecnologías que mejoren la calidad de servicios prestados.ECGs que se realicen en el servicio de urgencias del HUMS,CME(Ramón y Cajal, San José) y Plantas de HG.Población diana, cualquier paciente que requiera de la realización de un ECG en el contexto de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

su situación clínica.

MÉTODO

Inicialmente se realizó una experiencia piloto en la unidad de arritmias, para analizar los problemas y las debilidades del proyecto. Comenzamos a implementar la digitalización por áreas concretas del HUMS: unidad de arritmias, consultas externas de cardiología del hospital, área de soporte vital de urgencias, para posteriormente ir ampliando el número de servicios. La difusión se va realizar a través de sesiones clínicas de la unidad y la formación se va realizar en cada una de las áreas respondiendo a las necesidades de cada una de ellas. El siguiente Cronograma describe las áreas en las que esta implementado y el calendario de las nuevas inclusiones.

INDICADORES

INDICADORES: Porcentaje de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total.

Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en HCE.

Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de consultas virtuales en cardiología.

RESULTADOS: Porcentaje de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total: 50%

Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en HCE: 8/11 áreas

Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de consultas virtuales en cardiología: 20%

DURACIÓN

Prevista la digitalización por áreas del hospital que se incluyan en periodos de dos meses hasta su finalización.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0380

1. TÍTULO

GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS PORRES AZPIROZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FAÑANAS MASTRAL JAVIER
GARCIA MANGAS PILAR
SANCHO VAL ISABEL
GIL PEREZ DESIRE
VILLUENDAS USON MARIA CRUZ
PALACIAN RUIZ MARIA PILAR
TIRADO ANGLÉS GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el presente año se ha continuado con el registro de casos prospectivo por parte de los miembros de las diferentes unidades en sus respectivos ámbitos. Queda pendiente diseñar un sistema de control de calidad de los datos introducidos. Se ha efectuado un cuadro resumen de los casos registrados y de las variables principales sobre los mismos. Se han diseñado los tres procedimientos citados en la memoria del proyecto. Finalmente, se han realizado sesiones periódicas de los miembros del proyecto.

Se han realizado tres documentos de recomendaciones en los tres aspectos citados al inicio del desarrollo del proyecto: Sobre el procedimiento de derivación y traslado de los pacientes, sobre la recogida de muestras microbiológicas, así como en el uso de las técnicas de ecocardiograma en el con diagnóstico de endocarditis bacteriana a nuestro centro.

Se han realizado ocho reuniones durante el año donde se han discutido los diferentes aspectos del diseño de procedimientos, así como en diversos aspectos del cuidado y tratamiento de estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han documentado 32 casos. Lo que supone una incidencia de 2.43 casos por 100.000 habitantes (si tomamos como denominador la población de Aragón, dado su carácter de centro de referencia). Si tomamos como incidencia teórica la mostrada en la literatura (2.7 casos/100000 hab.) se han registrado más del 90% de los casos, más si se tiene en cuenta la existencia de casos tratados en otros centros de la comunidad.

Una mortalidad en nuestros casos del 15%. (menor del 20% tomado como indicador). Estancia media de 37.62 días. 100% de casos completados en cada unidad. La terapia antibiótica ha sido pautada según guías en un 97% de los casos. Se produjeron tres casos de EI precoz y 3 sobre dispositivos (en ambos casos, mucho menores al 5% de los implantes del indicador).

En cuanto a la etiología microbiológica, prácticamente un 50% de los casos son producidos por *Stafilococos* (*S. Aureus* 33%, *S. Epidermidis* 19%), *S. Oralis* 14%, *Enteroco Faecalis* 5%, El resto de los gérmenes se presentan en casos únicos o escaso porcentaje.

Se ha procedido a elaborar recomendaciones sobre diagnóstico microbiológico y recogida de muestras, recomendaciones sobre el uso de la ecocardiografía en el diagnóstico con endocarditis y un consenso para las actuaciones en la derivación desde otros centros de pacientes que requieran cirugía o técnicas no disponibles en otros centros en pacientes con endocarditis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestros indicadores están sobre lo referido en la literatura. A destacar, el escaso número de infecciones sobre dispositivos y E. Precoz, más si se tiene en cuenta el alto volumen de implantes en ambos casos.

Desde el punto de vista microbiológico, destacar, la gran proporción de *Stafilococcus* en los casos registrados, en probable relación con bacteriemias relacionadas con los cuidados médicos.

Con el tiempo, sería muy útil contar con la colaboración de personal administrativo o becarios para recolección de datos. Aspiramos, en un futuro, a extender este registro a otros centros de la Comunidad.

7. OBSERVACIONES.

El grupo de trabajo ha tenido grandes dificultades para la realización de las reuniones, dada la presión asistencial, imposibilidad material de reunir a todos los integrantes en todas las reuniones por las diferentes agendas y actividades que realizan en el día a día.

La diferencia en intereses dentro de los múltiples aspectos de tratamiento y cuidado de los pacientes con endocarditis obligan a un registro de gran cantidad de información, por tanto, requieren gran cantidad de trabajo de recolección de información (más, si se tiene en cuenta, en ineficiente sistema de historia electrónica del que se dispone en la actualidad).

*** ===== Resumen del proyecto 2019/380 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0380

1. TÍTULO

GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Nº de registro: 0380

Título
GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Autores:
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, FAÑANAS MASTRAL JAVIER, GARCIA MANGAS PILAR, SANCHO VAL ISABEL, GIL PEREZ DESIRE, VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, PALACIAN RUIZ MARIA PILAR, TIRADO ANGLÉS GABRIEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La endocarditis infecciosa constituye una patología grave, que requiere para su tratamiento y diagnóstico, la colaboración de profesionales de varias especialidades.

El pasado año 2018, se constituyó un grupo de trabajo para proceder al registro de los casos de endocarditis infecciosa diagnosticados en nuestro centro. Se ha iniciado el registro descrito en el proyecto (2018/0780) del pasado año.
Sin embargo, hemos detectado una enorme variabilidad en el tratamiento y medidas adoptadas en paciente con esta patología.
Es importante disminuir la variabilidad en el tratamiento, mejorar el tiempo de diagnóstico y tratar de proporcionar a los pacientes con esta patología los dispositivos asistenciales más adecuados según su complejidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminución de la variabilidad en el tratamiento y manejo de los pacientes con endocarditis infecciosa en nuestro centro. Mantener activo el registro de casos para aumentar el conocimiento de esta patología en nuestro medio.

MÉTODO
Continuación del registro de casos, ya iniciado, e introducción de ajustes en su funcionamiento y mejora durante todo el año.
Elaboración de un documento de recomendaciones sobre diagnóstico microbiológico y procedimiento de recogida y envío de muestras (hemocultivos, PCR, cultivo valvular, etc.).
Redacción de un protocolo de utilización del ecocardiograma transtorácico y transesofágico en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.
Establecimiento de un protocolo de derivación desde otros centros, de pacientes con endocarditis aguda, que requieran tratamiento quirúrgico o técnicas especiales disponibles en nuestro centro, por su condición de centro de referencia de la Comunidad.
En el mes de junio de 2019 se procederá a validar el funcionamiento del registro, introducir los cambios que se consideren oportunos y se efectuará un resumen estadístico de los casos disponibles.
Se realizará en el mes de Enero de 2020, una memoria anual que incluya las acciones emprendidas e información del registro de casos.
Establecemos un mínimo de cuatro reuniones anuales conjuntas, para consensuar protocolos diagnósticos y terapéuticos sobre esta patología. Procederemos a establecer subgrupos de trabajo en cada una de las líneas indicadas.
Se realizarán sesiones o reuniones en los diferentes servicios implicados en el cuidado de estos pacientes, para difusión y mejora de lo elaborado en este proyecto.

INDICADORES
En cuanto al registro los indicadores serán: Incidencia, Número de casos registrados (>80% de la incidencia), prevalencia de cada germen (descripción en porcentaje y sensibilidad), mortalidad (total y ajustada), estancia media, Casos completados en el registro/Ingresos de cada unidad (> 80%), Mortalidad/Ingresos con EI (< 20%), Terapia antibiótica según guías/ingresos EI (> 95%), EI protésica precoz/Nº Implantes protésicos anuales (< 5%), EI en dispositivos (MP o DAI)/Nº Implantes anuales (< 5%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0380

1. TÍTULO

GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET: PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Elaborar recomendaciones sobre diagnóstico microbiológico y recogida de muestras: Documento de Consenso y Procedimiento de envío de muestras. Protocolo sobre el uso de la ecocardiografía en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con endocarditis.
Protocolo de derivación desde otros centros de pacientes que requieran cirugía o técnicas no disponibles en otros centros en pacientes con endocarditis.

DURACIÓN

El registro de casos se mantendrá activo con comunicación a los jefes de servicio de los diferentes servicios implicados de los datos estadísticos más relevantes.
En la parte de la protocolización: Durante el presente año 2019, se iniciará la confección de las recomendaciones y protocolos antes referidos.
Desarrollo de recomendaciones sobre diagnóstico microbiológico antes del final de 2019.
Protocolo publicado antes del primer trimestre de 2020 sobre solicitud de Ecocardiograma transtorácico y transesofágico.
Protocolo publicado antes de primer trimestre de 2020 sobre derivación desde otros hospitales de pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico.

OBSERVACIONES

Este proyecto queda incluido en el Acuerdo de gestión Clínica del S. de Cardiología

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0392

1. TÍTULO

PROYECTO DE REALIZACION DEL PROTOCOLO DE HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA LASALA ALASTRUEY
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCEM MIRAVETE ANA
BLASCO PEIRO TERESA
PORTOLES OCAMPO ANA
PEREZ GUERRERO AINHOA
RUIZ ARANJUELO ALEJANDRA
GIL HERNANDEZ MARIA PILAR
GASCON LUCIENTES LORENA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo de evaluación en el que hemos estado trabajando en el proyecto se ha realizado el protocolo del hospital de día de insuficiencia cardiaca adscrito al Servicio de Cardiología, en el que se establecen los criterios de derivación a la Unidad, así como las funciones de cada una de las áreas de la Unidad de IC, diferenciando las consultas en hospital de día, las consultas de insuficiencia cardiaca en consultas externas, y el tipo de pacientes que se valora en sillones de hospital de día para tratamiento inotropo/diurético intermitente.

Por otra parte, se han protocolizado las actividades que se realizan en hospital de día:

- Manejo de las descompensaciones leves/moderadas/graves de insuficiencia cardiaca.
- Protocolización de los tratamientos con diuréticos e inotropos de forma intermitente.
- Titulación de dosis de fármacos.
- Administración de hierro intravenoso en pacientes con disfunción sistólica de grado severo.
- Educación para autocuidado de pacientes/familiares de pacientes con IC.

El protocolo de la Unidad de Insuficiencia cardiaca, acreditada como unidad avanzada por la Sociedad Española de Cardiología y adscrita al servicio de Cardiología del HUMS, se ha consensado entre todos los profesionales adscritos a la Unidad y queda pendiente su presentación formal a todo el servicio en sesión clínica. Por otra parte, se han realizado dos sesiones conjuntas con el Servicio de Medicina Interna del hospital, en el que está inmersa la Unidad de atención al paciente crónico complejo de nuestra área. Junto a ellos, se ha establecido un consenso inicial relacionado con el tipo de pacientes con insuficiencia cardiaca grave que son susceptibles de ser atendidos en la Unidad de insuficiencia cardiaca de un servicio u otro atendiendo a la presencia o no de determinada comorbilidad.

Estas reuniones se han llevado a cabo en el marco del grupo multidisciplinar administrativo del SALUD de Atención Primaria y Atención Especializada Cardiológica médico - enfermería y en el que se encuentran presentes las Subdirecciones Médicas de todos los estamentos de los dos niveles asistenciales. Grupo que tiene la capacidad de tomar decisiones vinculantes y que es el órgano de gobierno del Proyecto de la Ruta asistencial de paciente cardiológico, dentro del Contrato Programa del H. Universitario Miguel Servet con el Salud.

De la misma forma que se han detallado la tipología de los pacientes que pudieran beneficiarse de ser enviados a la Unidad de IC del servicio de cardiología, queda pendiente por parte de la enfermería de la unidad el establecimiento de un informe de continuidad de cuidados que, junto al informe médico, estén integrados en la historia clínica del paciente y permita su conocimiento a nivel de Atención Primaria, tanto a nivel médico como de enfermería. El programa Mediconet, ya de uso en otras unidades del servicio (U. de hemodinámica y Electrofisiología) permitirá esta mejora en la comunicación.

No se han empleado recursos a nivel económico. Se ha invertido el tiempo de los profesionales implicados en el proyecto para la elaboración del protocolo y el consenso de criterios de derivación.

Una vez el protocolo esté consensado por todo los profesionales implicados, será enviado a la Unidad de Calidad del H. Miguel Servet, para y se dará difusión del mismo en el hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha realizado el protocolo de hospital de día de IC y se han establecido los criterios de derivación a las consultas de IC avanzada adscrita al S. de Cardiología, además de protocolizar las actividades y el uso de diferentes fármacos en estos pacientes. Se ha presentado a los responsables del S. de Medicina Interna/Unidad de Crónico complejo y a los integrantes del grupo multidisciplinar AP-AE cardiológica del HUMS. Pendiente consenso tras la presentación en sesión clínica conjunta, de establecer vías de comunicación ágiles y seguras, así como de enviar el protocolo a la Unidad de Calidad del HUMS para su aprobación como protocolo del hospital.
-Según el protocolo propuesto, y aún a falta de su consenso general, se ha analizado la derivación adecuada de los pacientes remitidos a la Unidad de IC de cardiología durante el mes de diciembre del año 2019

- El indicador propuesto: "Número de pacientes derivados a la consulta de Hospital de Día de IC que cumplan criterios de derivación en 1 mes/ Número de pacientes derivados a la consulta de Hospital de Día de IC en 1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0392

1. TÍTULO

PROYECTO DE REALIZACION DEL PROTOCOLO DE HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

mes" (estándar >90%) se ha conseguido en el 95% de los pacientes analizados.

- Por otra parte, el otro indicador propuesto " Número de pacientes vistos en consulta de Hospital de día de IC en 1 mes a los que se les realiza educación para autocuidado de IC/ Número de pacientes vistos en consulta de Hospital de día de IC en 1 mes" (estándar >95%). Se ha realizado en el 100% de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el protocolo consensuado multidisciplinar de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca adscrita al Servicio de cardiología es clave para la atención continuada de los pacientes con insuficiencia cardiaca grave que requieren de un manejo precoz y continuado, con un intento de evitar en lo posible los ingresos repetidos. Por otra parte, la creación de vínculos y circuitos con el Servicio de Medicina Interna, así como con la Atención Primaria es clave si lo que pretendemos es realizar una continuidad de cuidados adecuada. Situación que en ocasiones es difícil dada la carga asistencial diaria y la cultura propia del hospital.

Se ha cumplido con la protocolización de derivación de pacientes a la Unidad específica, así como de las funciones y actividades de cada una de las diferentes partes de la Unidad, de tal forma que los indicadores de evaluación planteados se han conseguido. No obstante, queda trabajo por hacer en cuanto a la creación de circuitos ágiles y válidos interservicio y entre los dos niveles asistenciales, médico y enfermería, sobre los que se continuará trabajando.

Por otra parte, la protocolización del uso de fármacos en este tipo de pacientes permitirá homogeneizar la práctica clínica entre los profesionales implicados, tanto dentro del servicio de cardiología como de otros servicios, una vez que el protocolo esté aprobado por la U. de Calidad del HUMS y colgado en la intranet del hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/392 ===== ***

Nº de registro: 0392

Título
PROYECTO DE REALIZACION DEL PROTOCOLO DE HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Autores:
LASALA ALASTUEY MARIA, MARCEN MIRAVETE ANA, BLASCO PEIRO TERESA, PORTOLES OCAMPO ANA, PEREZ GUERRERO AINHOA, RUIZ ARANJUELO ALEJANDRA, GIL HERNANDEZ MARIA PILAR, GASCON LUCIENTES LORENA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada del Hospital Miguel Servet se dispone del Hospital de día de Cardiología, que es una unidad de tratamiento intravenoso en turno de mañanas para pacientes con Insuficiencia Cardiaca (IC), diferente a las camas de hospitalización convencional de la Unidad de IC y del Servicio de Cardiología.

Se detecta en nuestro servicio de Cardiología falta de unificación de criterios de derivación a las consultas de IC avanzada, lo cual puede facilitar la labor asistencial al área de Cardiología de Hospitalización y de consultas Externas de Cardiología, pues todos los pacientes derivados a las consultas de la Unidad de IC deben haber sido valorado previamente por un cardiólogo.

Además se ha detectado la necesidad de protocolizar el manejo habitual que realizamos a nuestros pacientes en Hospital de día de IC en los aspectos más habituales para alcanzar el máximo nivel en la práctica clínica: manejo de las descompensaciones leves/moderadas/graves de insuficiencia cardiaca, protocolización de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0392

1. TÍTULO

PROYECTO DE REALIZACION DEL PROTOCOLO DE HOSPITAL DE DIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE DERIVACION A LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

tratamientos con diuréticos e inotropos de forma intermitente, titulación de dosis de fármacos y protocolización de la administración de hierro intravenoso en pacientes con disfunción sistólica de grado severo. La realización de educación al paciente para el autocuidado es un elemento imprescindible en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y trasplante, labor realizada por las enfermeras expertas en IC de nuestra Unidad

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro proyecto se dirige a la población con insuficiencia cardíaca que se pueda beneficiar de un manejo en la Unidad de Insuficiencia cardíaca avanzada:

- Estandarizar los criterios de derivación a las consultas de IC avanzada, tanto a las consultas de Hospital de día de IC como a las consultas externas de insuficiencia cardíaca.
- Establecer los pacientes que se puedan beneficiar de estancia en sillones de Hospital de día de IC:
 - o CON OBJETIVO PALIATIVO: Para disminuir el número de ingresos hospitalarios convencionales por descompensaciones y procesos congestivos y así disminuir la asistencia a urgencias y las consultas con atención primaria y por ello mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
 - o CON OBJETIVO TERAPEUTICO: Para titulación y optimización de fármacos, mejorar la situación clínica y hemodinámica de pacientes que van a someterse a cirugía cardíaca y así minimizar el riesgo quirúrgico, iniciar y continuar educación sanitaria para el paciente y cuidadores. O pacientes que tras optimización de tratamiento puedan ser candidatos a otras medidas terapéuticas avanzadas (trasplante, mitraclip, resincronización, etc)
- Protocolizar las actividades que realizamos a nuestros pacientes en Hospital de día de IC en los aspectos más habituales:
 - o Manejo de las descompensaciones leves/moderadas/graves de insuficiencia cardíaca.
 - o Protocolización de los tratamientos con diuréticos e inotropos de forma intermitente.
 - o Titulación de dosis de fármacos.
 - o Administración de hierro intravenoso en pacientes con disfunción sistólica de grado severo.
 - o Educación para autocuidado de pacientes/familiares de pacientes con IC.

MÉTODO

Está previsto realizar el protocolo de Hospital de día de insuficiencia cardíaca y el establecimiento de criterios de derivación a consultas de la Unidad de IC avanzada antes de Julio 2019 por parte de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca Avanzada del Servicio de Cardiología del Hospital Miguel Servet. Posteriormente será consensuado en las reuniones de trabajo pertinentes con el Servicio de Cardiología del HUMS. Tras aprobación del servicio se prevé la difusión y publicación del protocolo para extender su aplicación.

El coste de la aplicación de este proyecto de mejora es 0 desde el punto de vista económico.

INDICADORES

- Realización del protocolo de hospital de día y establecer los criterios de derivación a consultas de IC avanzada.
- Número de pacientes derivados a la consulta de Hospital de Día de IC que cumplan criterios de derivación en 1 mes/ Número de pacientes derivados a la consulta de Hospital de Día de IC en 1 mes > 90%
- Número de pacientes vistos en consulta de Hospital de día de IC en 1 mes a los que se les realiza educación para autocuidado de IC/ Número de pacientes vistos en consulta de Hospital de día de IC en 1 mes > 95%

DURACIÓN

- Realización de protocolo de Hospital de día de IC y criterios de derivación a las consultas de IC prevista su realización por la Unidad de IC avanzada de Marzo de 2019 a Julio 2019.
- Consenso Servicio de Cardiología HUMS previsto Agosto-Septiembre 2019.
- Solicitud de aprobación como protocolo del HUMS.
- Difusión del protocolo, valoración de su aplicación durante los meses de Octubre 2019 a Febrero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0777

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE CLARA BERGUA MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL
LAPERAL MUR JOSE RAMON
BRUN GUINDA DAVID
CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE
AURED GUALLAR CARMEN
SAMPEIRO FELIU ANTONIO
ORTAS NADAL MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado la protocolización de los procesos asistenciales compartidos de arritmias, fibrilación auricular, valvulopatías e hipercolesterolemia.

Se han continuado las reuniones mensuales en los Centros de Salud para transmitir dichos protocolos realizándose 84 reuniones durante 2019. La información también se ha difundido a través de las respuestas concretas de las interconsultas realizadas desde atención primaria.

Se han elaborado nuevos algoritmos que se van distribuir en atención primaria y especializada para potenciar la difusión de los protocolos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Protocolización del proceso asistencial compartido de fibrilación auricular: Si
2. Protocolización del proceso asistencial compartido de arritmias: Si
3. Protocolización del proceso asistencial compartido de valvulopatías: Si
4. Protocolización del proceso asistencial compartido de hipercolesterolemia: Si
5. Porcentaje de consultas presenciales por patología cardiaca preferentes enviadas desde AP y resueltas en el CME en = 30días (estándar =60%): 77% (Datos exclusivamente de CME San José, no existen datos de CME Ramón y Cajal)
6. Porcentaje de ecocardiogramas transtorácicos ambulatorio realizados en <30 días desde su petición (estándar: =32%): 80,4%
7. Porcentaje de consultas presenciales de primer día derivadas desde ICV a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en 15 días (estándar 80%) 86.8%

Los datos de indicadores se han obtenido de control de gestión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La protocolización de diferentes procesos comunes entre primaria y especializada ha contribuido a homogeneizar los criterios de actuación de los cardiólogos y facilita al médico de atención primaria la resolución de situaciones comunes en la práctica clínica habitual. Poco a poco se va consolidando la continuidad asistencial, mostrando al cardiólogo y al médico de atención primaria ante el paciente como un equipo en comunicación y con unos criterios consensuados de respuesta.

Las reuniones mensuales entre primaria y cardiología han favorecido el conocimiento y la confianza mutua entre los 2 niveles asistenciales mejorando la relación entre los profesionales. Mejoran la comunicación entre dichos niveles y permiten la difusión bidireccional de información útil.

Se trata de un proceso a continuar. Somos conscientes de la variedad de situaciones clínicas que atienden nuestros compañeros de atención primaria y del elevado número de algoritmos que desde cada especialidad se les proponen.

Las reuniones mensuales y la información adjunta en las respuestas a las interconsultas virtuales permiten recordar la información más relevante. El proyecto iniciado en 2018 tiene vocación de continuidad para seguir actuando todos en la misma dirección ante el paciente con patología cardiológica.

7. OBSERVACIONES.

Se trata de una memoria de final de la parte II de un proyecto que se inició en 2018. Lo he catalogado como seguimiento ante la duda del tipo de memoria.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/777 ===== ***

Nº de registro: 0777

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0777

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II

Autores:
BERGUA MARTINEZ CLARA, CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL, LAPERAL MUR JOSE RAMON, BRUN GUINDA DAVID, AURED GUALLAR CARMEN, SAMPEDRO FELIU ANTONIO, ORTAS NADAL MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan a millones de personas y son la principal causa de mortalidad y discapacidad en los paises desarrollados. Aunque disponemos de grandes avances en la prevención y el tratamiento, su prevalencia está aumentando.

Los pacientes con ECV son atendidos por un elevado número de profesionales en organizaciones y servicios diferentes.

La fragmentación en la atención de los pacientes por una misma enfermedad dificulta que una actuación diagnóstica o terapéutica sea diseñada con visión a largo plazo, teniendo consecuencias en el pronóstico y la calidad de vida. La coordinación de los servicios sanitarios es una prioridad para responder al reto que supone mejorar nuestra eficiencia en un contexto de incremento de las necesidades asistenciales.

Creemos que la protocolización consensuada entre dos niveles asistenciales (Asistencia Primaria (AP) y Especializada (AE) cardiológica) de aquellos procesos asistenciales cardiovasculares compartidos más frecuentes (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatías)) redundará en una mejora clara de la calidad asistencial que reciben nuestros pacientes junto a una mejora en la propia actividad asistencial que desde la atención especializada cardiológica proporcionamos.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va a mejorar la calidad asistencial de toda la población con enfermedad cardiovascular de nuestro sector.

Los objetivos que queremos alcanzar son:

- Mejorar la calidad asistencial del paciente cardiológico ambulatorio, con una atención especializada a tiempo y adecuada a cada paciente
- Mejorar la relación y comunicación ente Asistencia Primaria (AP) y especializada (AE) cardiológica
- Disminuir la lista de espera de primeras visitas, derivadas desde la interconsulta virtual (IC) en los centros de especialidades médicas (CEM) de nuestro sector
- Disminuir la lista de espera de las pruebas diagnóstico/terapéuticas cardiológicas de nuestro sector
- Crear una consulta de enfermería "cardiológica" en Atención primaria

MÉTODO

1. Mantenimiento del grupo multidisciplinar AP-AE cardiológico médico y enfermería con sus reuniones periódicas mensuales, levantando actas que, posteriormente, son enviadas a todos los miembros.
2. Continuar la protocolización de los procesos compartidos más frecuentes pendientes: insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatías, dentro del grupo multidisciplinar
3. Vehicular todos los protocolos compartidos consensuados a cada CS de nuestro sector a través del cardiólogo referente
4. Realizar al menos una reunión formativa intersectorial AP-AE en el H. Miguel Servet acreditada para los asistentes y los ponentes
5. Mantener las reuniones mensuales de los cardiológicos referentes en cada uno de los 18 CS del sector sanitario Zaragoza II
6. Seguir utilizando la interconsulta virtual (IV) como el medio principal de comunicación AP-AE
7. Poner en marcha de la consulta de diagnóstico rápido en el HUMS, tras su protocolización

INDICADORES

- Protocolización del proceso asistencial compartido de insuficiencia cardiaca (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de fibrilación auricular (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de arritmias (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de valvulopatías (si/no)
- Protocolización del proceso asistencial compartido de hipercolesterolemia (si/no)
- Porcentaje de consultas presenciales por patología cardiaca preferentes enviadas desde AP y resueltas en el CME en = 30días (estándar =60%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0777

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE II

- Porcentaje de ecocardiogramas transtorácicos ambulatorio realizados en <30 días desde su petición (estándar: =32%)
- Porcentaje de consultas presenciales de primer día derivadas desde ICV a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en =15 días (estándar =80%)

DURACIÓN

Fecha de inicio: 1 de abril de 2019. Prevista su finalización: marzo de 2020

- Protocolización del proceso asistencial compartido de insuficiencia cardiaca - abril 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de fibrilación auricular - mayo 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de arritmias (si/no) - junio 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de valvulopatías (si/no) - septiembre 2019
- Protocolización del proceso asistencial compartido de hipercolesterolemia - octubre 2019

Cada uno de los integrantes es cardiólogo referente de un CS. Todos realizarán la misma actividad de forma periódica

OBSERVACIONES

El proyecto es la continuacion del proyecto del mismo nombre PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE 2018_1208

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0789

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACIÓN CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANTONIO MIÑANO OYARZABAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS
MARCEM MIRAVETE ANA
SALAZAR GONZALEZ JOSE
PORTOLES OCAMPO ANA
LASALA ALASTRUEY MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1) Por parte de Secretaría de Cardiología y consultando con los cardiólogos responsables se han revisado todas las citas y buzones pendientes de los pacientes que ingresaban en Cardiología. En el intervalo de Enero a Diciembre de 2019 han sido 2772 pacientes. Aquellas citas o buzones pendientes que se consideraban inadecuadas eran borradas o modificadas.

2) Al comienzo del proyecto se informó a todos los cardiólogos del Servicio del proyecto en una sesión del Servicio de Cardiología. Se ha procurado incluir recomendaciones específicas en todos los informes de alta.

3) Se ha procurado incluir, en el apartado de recomendaciones, información sobre dónde, cómo y cuándo debe realizarse el seguimiento de los paciente . Se intenta evitar la frase de "Control por cardiólogo de área" sin incluir otras especificaciones.

Como muestra para valorar si se está cumpliendo con el proyecto se han revisado todas las altas de Cardiología del mes de Octubre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Respecto a la revisión de buzones y citas. Se ha revisado el 100% de los 2772 pacientes ingresados en los meses de Enero -Diciembre de 2019. (estándar > 90%)

- Citas detectadas: 396 (14.8% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían una cita de consulta pendiente en CEXT de cardiología). Se han eliminado el 12% de las citas pendientes en CEXT de cardiología por considerarse redundantes y/o innecesarias.

- Buzones detectados: 311 (11.21% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían un buzón de cita pendiente en CEXT de cardiología). Se han eliminado el 74% de los buzones pendientes por considerarse redundantes y/o innecesarios.

2. Respecto a la información específica al alta:

La tasa de altas hospitalarias en el servicio de cardiología con recomendaciones de cuidados post-hospitalización específicos relacionados con su patología / todas las altas realizadas en el servicio durante 1 mes es del 84.58% (estándar > 80%)

3. Respecto a la información específica al alta:

La tasa de altas hospitalarias en el servicio de cardiología con la frase de "revisión por su cardiólogo de área" sin otra información añadida / todas las altas realizadas en el servicio durante 1 mes es del 6.85% (estándar < 15%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado del proyecto continúa siendo muy favorable.

Por un lado, una revisión sistematizada (100%) de los buzones y citas de los pacientes ingresados permite eliminar un número de visitas duplicadas o innecesarias muy importante.

Así mismo, vemos que una gran mayoría de los pacientes ingresados (84,5%) tienen recomendaciones específicas en el informe de alta, acorde con sus necesidades.

El número de pacientes remitidos a su "cardiólogo de área" tras un alta hospitalaria, sin incluir otra información respecto al seguimiento es muy bajo (6,85%). Las recomendaciones de seguimiento establecidas permiten a Secretaría de Cardiología remitir estas solicitudes a Citaciones y así los pacientes son citados directamente sin requerir otros pasos administrativos, previamente a cargo de los médicos de Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/789 ===== ***

Nº de registro: 0789

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0789

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACIÓN CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

Título
PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Autores:
MIÑANO OYARZABAL ANTONIO, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, MARCEN MIRAVETE ANA, SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER, PORTOLES OCAMPO ANA, LASALA ALASTUEY MARIA, TEJIDO SIGÜENZA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Alta Hospitalaria es un proceso común en la actividad asistencial de la mayor parte de los sistemas sanitarios del mundo. El informe clínico de alta (IA) es el documento emitido por el médico responsable de un paciente al finalizar su proceso asistencial en un centro hospitalario. Las recomendaciones al paciente (RP) son una de las partes fundamentales del informe de alta hospitalaria. En ellas se basarán los cuidados post hospitalización tanto para el paciente como para el médico de Atención Primaria que lo reciba. La mayoría de nuestros pacientes (84% en la memoria de seguimiento del año 2018) reciben recomendaciones personalizadas. Proponemos continuar mejorando las RP en los informes de alta de los pacientes ingresados de manera no programada. Para ello, se establecerán una serie de recomendaciones generales para las distintas patologías y en el caso de pacientes con síndromes coronarios agudos se dispone del programa informático PCVIA. El programa PCVIA ha sido diseñado por un grupo interhospitalario de cardiólogos junto con médicos de Atención Primaria y facilita la personalización de las RP en este contexto.

En el informe del alta se establecen así mismo las indicaciones de cara al seguimiento ambulatorio de los pacientes, tanto por parte de Atención Primaria como de Atención Especializada. En muchas ocasiones utilizando una terminología muy general: "seguimiento por su especialista de área", que no aporta la información necesaria que el médico de Atención Primaria necesita y, sin embargo crea unas expectativas en el paciente que, al no ser cumplidas, condicionan su insatisfacción y preocupación. Este hecho, además, es el origen de no pocas duplicidades en las citaciones de los pacientes, y junto a ello, de la repetición de estudios o visitas médicas innecesarias. En el año 2018 se ha conseguido en una mayoría de los informes (89% en la memoria de seguimiento del año 2018) evitar remitir directamente al cardiólogo de área sin otra información añadida. De cara a un adecuado seguimiento de los pacientes se procurará establecer en los informes de alta los plazos recomendados para su próxima revisión en consultas. Se priorizará la vía de la interconsulta virtual, como vía de acceso a la consulta en Atención especializada.

Las interconsultas Virtuales solicitadas desde Atención primaria son una herramienta útil que permite la comunicación ágil y rápida entre los especialistas y los médicos de Atención Primaria. Una adecuada gestión de las mismas permite priorizar aquellas visitas más preferentes, optimizar las consultas monográficas y solicitar pruebas previas.

Vamos a continuar revisando, en todos los pacientes ingresados en planta de hospitalización de cardiología de manera no programada, los buzones pendientes de citación en sus centros de especialidades médicas, anulando todas aquellas visitas que se consideren innecesarias o estén duplicadas.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la calidad de los informes de alta hospitalarias por medio de una serie de recomendaciones personalizadas.
-Reducir consultas y pruebas de control en atención especializada post-hospitalización no necesarias
- Establecer como modo habitual de citación en atención especializada la vía de la interconsulta virtual desde Atención Primaria especificando en los informes de alta los plazos recomendados para dichas citas

MÉTODO
- Añadir consejos de salud en todas las altas de forma personalizada.
- Difundir y promover el uso del programa PCVIA
- Retirar la frase "control por su cardiólogo habitual/de área" de los informes de altas hospitalaria.
-En caso de necesidad de revisión en cardiología ambulatoria, se añadirá la frase "citación a cardiología a través de la interconsulta virtual" especificando el plazo en el que se considere necesario dicha revisión.
- Revisión y anulación de citaciones pendientes o duplicadas por parte del personal administrativo de acuerdo con Cardiología.

INDICADORES
-Número de altas hospitalarias en el servicio de cardiología con la frase de general e imprecisa de "revisión por su cardiólogo de área" en el apartado de recomendaciones / todas las altas realizadas en el servicio durante 1 mes determinado x100 - (estándar<15%)
- Número de altas hospitalarias en el servicio de cardiología con revisión de buzón/citación de consultas externas de cardiología / todas las altas realizadas en el servicio durante el periodo de evaluación x100 -

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0789

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACIÓN CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA

(estándar >90%)
- Números de altas hospitalarias en el servicio de cardiología con recomendaciones de cuidados post-hospitalización específicos relacionados con su patología / todas las altas realizadas en el servicio durante 1 mes determinado x100 - (estándar>85%)

DURACIÓN

Fecha de inicio: Continuar proyecto iniciado en Junio 2018. Prevista su finalización: Marzo 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0934

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA OLORIZ SANJUAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA LUNA EVA
CALVO GALIANO NAIARA
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
ASSO ABADIA ANTONIO
ORTAS NADAL MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
URGENCIAS HUMAS.

Durante el año 2019 se ha impartido formación específica a todo el personal de nueva incorporación en el Servicio, lo cual ha contribuido a la obtención de un elevado porcentaje de digitalización. El resto de personal ya estaba previamente formado. El proceso de digitalización en el Servicio de Urgencias durante el año 2019 se ha ido desarrollando de manera muy positiva, alcanzando un 97.3% de digitalización correcta. El total de electrocardiogramas realizados en 2019 ha sido de 35437, de los cuales 957 no se han identificado correctamente. A pesar de ser un bajo porcentaje (2.7% del total), hay que intentar detectar las causas de la no identificación para poder incrementar el número de ECG digitalizados correctamente identificados.

CENTROS MEDICOS DE ESPECIALIDADES

La integración del ECG en la HCE en los Centros Médicos de Especialidades comenzó en junio de 2018. El hecho de que el ECG esté recogido en la Historia Clínica Electrónica permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos on line para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas. La inclusión en la HCE permite tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta, mejorando la calidad asistencial y la eficiencia. La interconsulta virtual es una actividad que se está desarrollando de manera paralela en el Servicio de Cardiología del HUMS y que precisa del ECG digitalizado como herramienta básica. Cada vez es más frecuente la colaboración entre especialistas de distintos centros de trabajo en interconsultas donde es fundamental disponer de un ECG de calidad. En el CME San José el porcentaje de ECG digitalizados es de un 98.8%. En el CME Ramón y Cajal el porcentaje es de un 97.2%. Hay que seguir insistiendo en la necesidad de digitalizar los ECG, intentando conseguir incrementar el número de ECG digitalizados, hecho fundamental para la mejora de la labor asistencial y para apoyo de las interconsultas virtuales.

HOSPITALIZACION EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HUMS

La dotación actual de camas del Servicio de Cardiología es de 65 camas, distribuidas de la siguiente forma: 48 camas en la planta 5ª B, y 17 camas en la planta 5ª A. Las camas de la planta 5ª A están gestionadas por la Unidad de Insuficiencia Cardíaca, que cuenta además con 5 puestos (sillones) en el Hospital de Día de Cardiología (situado en la misma planta). La situación en 2019 no ha variado desde el año anterior: se dispone de 2 aparatos de ECG preparados para la digitalización en toda el área sin red wifi, lo que hace muy difícil el desarrollo del proyecto, complicando la tarea de digitalizar e incluirse en HCE los ECG realizados. Actualmente se realiza a través de un cable de red situado en una sola zona de la planta de Cardiología, en el turno de noche, por donde se transmiten todos los ECG realizados durante el día (por tanto, los ECG no están disponibles en la HCE hasta que se realiza esta transmisión diferida). Debido a la actividad asistencial normal de la planta de Cardiología, se tienen que realizar muchos ECGs con aparatos analógicos (disponemos 2 aparatos), que no van a poder incluirse nunca en la HCE del paciente. En la actualidad no se tiene registro del número de ECGs que se realizan de forma analógica. Durante el 2019 no se ha podido implementar ninguna mejora y la situación requiere de un estudio en profundidad para poder introducir mejoras que permitan seguir desarrollando el proyecto. Durante el año 2019, el número de ingresos en la planta de Cardiología fue de 3525. Con una estimación aproximada de dos ECG por cada paciente ingresado, se podía deducir que el total de ECG realizados superaría los 7000. En el año 2019 se han realizado un total de 3865 ECG digitalizados, basándonos en nuestras previsiones, esto supone aproximadamente un 50% de los ECG esperados, con lo que el resto han sido realizados con los ECG analógicos disponibles en la planta. En el caso de los ECG digitalizados, un 57.4% (2219) se ha realizado con correcta identificación. Por lo tanto, en casi la mitad de ellos el proceso no ha conseguido resultado positivo, lo que justificaría la necesidad anteriormente descrita del análisis para identificar los procesos que requieren mejora. No obstante, hay una tendencia positiva puesto que se ha incrementado el porcentaje del año 2018, que era de un 40.4%.

UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGÍA CARDÍACA Y ARRITMIAS

El proceso de digitalización se ha continuado de forma correcta. La unidad cuenta con tres aparatos preparados para la digitalización y con conexión de red en todas las áreas que se precisan.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA Y PREOPERATORIO DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS

El proceso de digitalización se ha continuado alcanzando un 99.1% de ECG identificados correctamente.

REA

Se ha implementado la digitalización en el año 2019 con formación del personal y mediante la utilización de la pulsera identificativa del paciente, alcanzando un resultado del 96.3% de digitalización correctamente identificado. Hay que detectar las causas de la no identificación para poder incrementar el número de ECG digitalizados correctamente identificados.

PRUEBAS FUNCIONALES DE CARDIOLOGIA

Se ha implementado la digitalización en el año 2019 con formación del personal y mediante la utilización de lista de trabajo, alcanzando un resultado del 89.7% de digitalización correctamente identificado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0934

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

HOSPITAL DE SEMANA

No se ha iniciado el proyecto de digitalización durante el año 2019 puesto que el aparato disponible en la unidad es un modelo que no permite la digitalización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de ECG digitalizados e identificados correctamente con respecto al total de ECG digitalizados en los dos CCMEE (estándar $\geq 95\%$)

ECG digitalizados identificados correctamente del total digitalizados

- Urgencias: 97%
- Centro Medico de Especialidades San José: 98%
- REA: 96%
- Centro Medico de Especialidades Ramón y Cajal: 97%
- Pruebas Funcionales de Cardiología: 89%
- Consultas Externas: 99%
- Hospitalización 5 planta e Insuficiencia Cardiaca: 57%.

Áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en Historia Clínica Electrónica del total de áreas estimadas para el año 2019 (estándar 13%)

Se ha implementado en 11 de 11 áreas año 2018

- Boxes del Hospital General y Traumatología
- Salas de Observación de Urgencias
- Soporte Vital de urgencias
- Centro Medico de Especialidades Ramón y Cajal
- Centro Medico de Especialidades san José
- Consulta de Preoperatorios de Maternidad
- Consultas Externas de Cardiología
- Preoperatorios hospital general y traumatología
- Unidad de Insuficiencia Cardiaca
- Unidad de Arritmias
- Hospitalización 5ª B

Se ha implementado en 2 de las 3 áreas año 2019

- Pruebas Funcionales de Cardiología
- REA
- Hospital de Semana

Porcentaje de interconsultas virtuales en las que el cardiólogo referente solicita realizar un ECG digitalizado del total de interconsultas virtuales en un mes determinado y en una muestra de 3 centros de salud (estándar $<5\%$)

Se analizaron las interconsultas del mes de octubre de los Centros de salud de Almozara, Torre Ramona y Torrero La Paz

Se analizaron los datos del mes de octubre de los Centros de salud de Almozara, Torre Ramona y Torrero La Paz. Del total de 128 interconsultas, se realizaron 85 ECG digitalizados. Sólo en 6 interconsultas se solicitó la realización del ECG por parte del cardiólogo referente al no estar incluido en la Historia Clínica Electrónica (4.69%).

Mejora de la interconsulta virtual desde AP a AE

La interconsulta virtual ha mejorado de manera muy importante durante el año 2017 se obtuvieron unos datos de resolución del 18%, pasando al año 2018 con un 27% y este año 2019 ha sido de un 35%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la introducción de la tecnología y la sustitución de procesos analógicos por digitales, se mejora la calidad asistencial, la eficiencia y la productividad. Con este proyecto se adaptan las pruebas complementarias a las nuevas tecnologías facilitando la labor facultativa, de enfermería y la asistencia al paciente.

Se está objetivando un incremento de la resolución de las interconsultas que han pasado de un 18% en el 2017 a un 35% en el 2019, y la utilización del ECG digitalizado ha contribuido en parte a este incremento.

Es necesario digitalizar nuevas áreas dentro del hospital, así como incrementar el porcentaje de ECG digitalizados correctamente. Para ello es necesario dedicar recursos que permitan abarcar todas las áreas necesarias para generalizar en el hospital el uso de esta tecnología.

Los datos en el área de hospitalización del Servicio de Cardiología ponen de manifiesto la necesidad de un plan individualizado que incluya todos los ámbitos de actuación para conseguir mejorar los resultados obtenidos tras este año de trabajo. Para ello se requiere de la adquisición de nuevos aparatos compatibles con la digitalización (sustituyendo los aparatos analógicos que aún se utilizan en la unidad), así como la formación específica continuada del personal fijo y formación específica inicial del personal eventual.

El desarrollo de este proyecto demuestra la importancia de la digitalización del ECG para el éxito de otros proyectos, como por ejemplo la interconsulta virtual. De igual modo es muy importante que exista una dotación adecuada de tecnología y de aparatos que puedan digitalizar, lo que supone un beneficio para el resto de las unidades, evitando tener un sector a dos velocidades, una analógica con importantes deficiencias y otra digital. La formación del personal fijo y eventual es decisiva para el éxito de este proyecto. La mayor y más precisa información mejora la calidad de la asistencia del paciente, en cuanto al ECG que es la herramienta básica de valoración cardiológica.

El área de hospitalización precisa de cobertura wifi para poder desarrollar el proyecto de una manera más eficaz, ya que el actual sistema de trabajo deja de manifiesto muchas debilidades. Es importante la formación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0934

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

del personal eventual ya que se detecta un aumento de identificaciones incorrectas en los meses de mayor rotación y contratación.

Se considera una actividad prioritaria dar la máxima difusión y formación en la correcta identificación de los pacientes a través del AR. Deben reducirse al máximo aquellos casos que se realice la identificación de forma manual, ya que esto conlleva un aumento de la posibilidad de error debido a la complejidad del número (9 dígitos y 3 letras) y la dificultad de poder realizar una verificación de seguridad (mediante comprobación del nombre del paciente) en todas las ocasiones.

Conclusiones

Se ha podido cumplir la mayor parte de los indicadores, alcanzando los objetivos propuestos para el año 2019, siendo necesaria una nueva estrategia para el área de hospitalización, así como un seguimiento en todas las unidades para mantener la actividad desarrollada hasta el momento.

Las mayores dificultades encontradas para la implantación total del programa y para su continuidad están en la obtención de recursos: adquisición de aparatos de ECG preparados para la digitalización, redes wifi y conexiones informáticas. También es necesaria la formación de todo el personal implicado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/934 ===== ***

Nº de registro: 0934

Título
PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HC

Autores:
OLORIZ SANJUAN TERESA, CALVO GALIANO NAIARA, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, SANTAMARIA LUNA EVA, ASSO ABADIA ANTONIO, ORTAS NADAL MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El total de ECG realizados en la práctica clínica diaria es muy numeroso y afecta a diferentes áreas de la atención médica tanto en atención primaria como en especializada.

El ECG es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica e incluso es frecuentemente realizado en pacientes asintomáticos de forma preventiva. Constituye un requisito imprescindible en la realización de un preoperatorio, así como en un examen de salud.

Los registros obtenidos mediante las técnicas convencionales analógicas y su forma de transmisión errática mediante FAX o fotocopia dificultan la interpretación de ECG por su baja calidad. Por ejemplo, el registro obtenido en una atención urgente para su valoración posterior de manera ambulatoria. En otros casos este registro ni siquiera está disponible.

Existen una amplia variedad de situaciones en las que un ECG patológico puede condicionar un ingreso hospitalario pudiendo tratarse, en ocasiones, de una alteración crónica o ya conocida. El disponer de registros ECGs recogidos en la historia del paciente permite una mejor valoración y enfoque de la situación clínica.

La duplicidad de consultas en el ámbito asistencial es una situación muy frecuente. Mediante un ECG realizado en atención primaria que este incluido en la HC se podría tramitar una interconsulta virtual mejorando la calidad asistencial, así como la reducción de costes.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo Fundamental de la digitalización del ECG en el área de atención especializada del sector II, es permitir el acceso y la difusión a una prueba tan fundamental y ampliamente utilizada como el ECG entre los distintos centros y profesionales responsables de la salud.

Objetivos Específicos

Continuar la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS, CCMEE del sector y Hospitalización.
Ayudar en la toma de decisiones y diferenciar el carácter agudo o crónico de la patología.
Colaborar en la realización del preoperatorio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0934

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Optimizar el empleo de la interconsulta virtual.
Favorecer y mejorar la continuidad de cuidados por parte de enfermería en el seguimiento del paciente crónico.
Desarrollar una atención sistemática del paciente crónico mediante los registros seriados.
Potenciar la política sanitaria de la comunidad autónoma basada en la mejora de la eficiencia y avance en la modernización y la innovación.
Incorporación de tecnologías que mejoren la calidad de servicios prestados.

MÉTODO

Los aparatos de ECG compatibles disponen de manera opcional de una pistola lector de código de barras que es necesaria para la identificación del paciente por el AR, paso que es imprescindible para que el ECG llegue a su HC. Así mismo este aparato debe estar conectado a una red wifi o cable de internet.
Inicialmente se realizó una experiencia piloto en la unidad de arritmias, para analizar los problemas y las debilidades del proyecto. Comenzamos a implementar la digitalización por áreas concretas del HUMS: unidad de arritmias, consultas externas de cardiología del hospital, área de soporte vital de urgencias, Hospital Infantil (Cex), Maternidad (preoperatorios), Pruebas Funcionales de Cardiología, Hospital de Semana, REA.
La difusión se va realizar a través de sesiones clínicas de la unidad y la formación se va realizar en cada una de las áreas.

INDICADORES

- Porcentaje de ECG digitalizados e identificados correctamente con respecto al total de ECG digitalizados en los dos CCMME. Estándar $\geq 95\%$
- Áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en Historia Clínica Electrónica del total de áreas estimadas para el año 2019. Estándar 13%
- Incremento de la digitalización ECG en hospitalización. Mantenimiento y mejora del ECG ambulatorio. Estándar 40%
- Porcentaje de interconsultas virtuales en las que el cardiólogo referente solicita realizar un ECG digitalizado del total de interconsultas virtuales en un mes determinado y en una muestra de 3 centros de salud. Estándar $< 5\%$.
- Mejora de la resolución de interconsulta virtual desde AP a AE.

DURACIÓN

Fecha de inicio: 1 febrero del 2018
Actualmente en activo: si
Prevista su finalización: 1 febrero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1146

1. TÍTULO

PROYECTO DE COORDINACION CARDIOLOGICA EN EL PROCESO DEL ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CON USO PREFERENTE DE LA ECOCARDIOSCOPIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN PABLO GOMOLLON GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORENO ESTEBAN EVA MARIA
LOPEZ RAMON MARTA
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
LPAUENTE GONZALEZ PILAR
SALAZAR GONZALEZ JOSE
SAGARRA MUR DANIEL
TEJIDO SIGUENZA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Desde el año 2019 el servicio de Cardiología forma parte activa del proceso del código ICTUS en el hospital, con presencia en alguna de las reuniones informativas del grupo multidisciplinar.
- En la Unidad de hospitalización de cardiología (5ªB) hay una cardióloga clínica, que actúa de nexo de unión entre ambos servicios y realiza la ecocardiografía a pie de cama en los pacientes hospitalizados tras un ictus. La planta de hospitalización del servicio de cardiología está dos plantas por debajo de la del Servicio de Neurología.
- Se ha realizado un protocolo conjunto entre los servicios de Neurología y Cardiología para mejorar la atención al paciente hospitalizado tras sufrir un ictus con el propósito de homogeneizar la colaboración entre ambos. En la elaboración de dicho protocolo han formado parte cardiólogos de las diferentes unidades del servicio de cardiología: hospitalización, Pruebas funcionales, arritmias/electrofisiología y congénitas del adulto. Entre todos los participantes se ha llevado a cabo un documento, así como un algoritmo de actuación ante las diferentes formas de presentación de los accidentes cerebro vasculares. Dicho protocolo y algoritmo se ha enviado a la Unidad de Calidad para que pueda estar accesible a todo aquel profesional que pueda precisararlo.
- Desde el día 2 de diciembre de 2019 el servicio de cardiología realiza ecocardiografía a pie de cama del paciente hospitalizado tras un ictus, según el algoritmo consensuado. Para ello se ha solicitado al SALUD la inclusión de dicha solicitud (por parte de los facultativos de Neurología) en el gestor de peticiones de la historia clínica electrónica. El Servicio de informática del Salud ha aceptado la solicitud y estamos pendientes de su desarrollo. En espera de disponer de esta herramienta telemática, el servicio de cardiología ha creado una solicitud telemática, que cuelga de la intranet del hospital (pestaña de apoyo a la asistencia) disponible a todos los médicos implicados que, una vez cumplimentada, se envía por correo corporativo a las secretarías del servicio de cardiología, quienes diariamente las recogen y trasladan a la cardióloga responsable de realizar la técnica.
- Por otra parte, se ha solicitado a la Dirección Médica la creación de una agenda de ecocardiogramas transtorácicos ubicada en la planta de cardiología durante la actividad de tarde, como actividad compensatoria de un cardiólogo clínico del servicio de cardiología en concepto de exención de guardias por mayor de 55 años. Actividad que todavía no ha sido aprobada. No obstante, estamos a la espera de un nuevo ecocardiógrafo que permita la puesta en marcha de una agenda de ecocardiogramas en la planta de hospitalización, que podría dar cobertura a pacientes hospitalizados, a cargo tanto del servicio de Neurología como de Cardiología, evitando su traslado a la U. de Pruebas funcionales, muy lejos de la hospitalización (planta 0 del edificio multifuncional)
- Junto a la puesta en marcha del uso de la ecocardiografía a pie de cama, se han creado circuitos para aumentar el periodo de monitorización electrocardiográfica mediante holter - ECG de 24 a 48 horas. Para ello se ha creado una agenda de holters que se ponen los viernes. De tal forma, que utilizan el sábado como segundo día de monitorización, sin disminuir su uso para otros pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha realizado el protocolo conjunto de colaboración en la atención cardiológica al paciente hospitalizado tras sufrir un ictus
- Desde el día 1 de diciembre de 2019 se realiza ecocardiografía a pie de cama al 100% de todos los pacientes que cumplen los criterios planteados en el protocolo conjunto realizado (estándar 80%)
- Durante estos dos meses de evaluación (diciembre 2019 y enero 2020) se han llevado a cabo 59 ecocardiografías. El número de ecocardiografías realizadas en menos de 48 horas son 55 (93% - estándar 60%)
- De los 59 ecocardiografías realizadas se ha solicitado ecocardiograma a la unidad de pruebas funcionales en 11 pacientes (18%), lo cual implica que la reducción de ecocardiogramas durante este periodo, llevadas a cabo en la U. especializada de pruebas funcionales es de un 82% (estándar 40%)
- La realización del holter-ecg 48 horas se ha realizado en los dos únicos pacientes solicitados a tal efecto y valorados por la U. de arritmias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La colaboración interservicio y multidisciplinar en necesaria en los programas de atención de aquellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1146

1. TÍTULO

PROYECTO DE COORDINACION CARDIOLOGICA EN EL PROCESO DEL ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CON USO PREFERENTE DE LA ECOCARDIOSCOPIA

patologías muy prevalentes. La organización de la actividad permite ser más eficaz y eficiente, dando mayor satisfacción a los pacientes, aportando excelencia a la atención sanitaria. La motivación del personal es esencial para llevarse a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1146 ===== ***

Nº de registro: 1146

Título
PROYECTO DE COORDINACION CARDIOLOGICA EN EL PROCESO DEL ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CON USO PREFERENTE DE LA ECOCARDIOSCOPIA

Autores:
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, MORENO ESTEBAN EVA MARIA, LOPEZ RAMON MARTA, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, LAPUENTE GONZALEZ PILAR, SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER, SAGARRA MUR DANIEL, TEJIDO SIGÜENZA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las Unidades de Ictus creadas por los Servicios de Neurología han supuesto un avance fundamental en el tratamiento del Ictus. El ictus tiene origen cardioembólico en más de una cuarta parte de casos. Es también el más accesible a una prevención eficaz de las recurrencias, pues a las medidas generales se añade el tratamiento anticoagulante oral en las personas que padecen fibrilación auricular o presentan alguna condición cardioembólica. En la actualidad se efectúa la valoración cardiaca con carácter individual. Para mejorarla pretendemos sistematizar el abordaje diagnóstico y terapéutico de esos casos de origen cardiaco del ictus. Ello incluye la detección de fibrilación auricular paroxística no evidente y de patología estructural cardiaca en pacientes con ictus. Dentro del algoritmo diagnóstico de valoración cardiaca del ESUS (Ictus cardioembólico de origen indeterminado) incluimos así la realización de ecocardiografía, técnica más sencilla y accesible que la ecocardiografía, eficiente y a pie de cama del paciente para descartar la presencia de estos procesos o, indicar la realización de ecocardiografía en casos seleccionados. La introducción de esta técnica ya se ha llevado a cabo en unidades de Ictus, y está avalada ya por Consensos de las Sociedades Científicas de Cardiología y Neurología. Se pretende mejorar la disponibilidad, atención y tratamiento de los aspectos cardiacos del proceso de ictus, una mejoría y protocolización de la colaboración entre ambos Servicios y una optimización en el uso de los recursos diagnósticos del Servicio de Cardiología.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto está dirigido a mejorar la calidad asistencial en la realización de pruebas cardiológicas del paciente con ictus en nuestro sector, pretendiendo:

- Mejorar la calidad asistencial del paciente ingresado en el Servicio de Neurología de nuestro hospital tras sufrir un ictus, mediante una atención especializada cardiológica a tiempo y adecuada a las necesidades de cada paciente
- Mejorar la relación y comunicación ente el servicio de Neurología y Cardiología del HUMS
- Evitar traslados intrahospitalarios innecesarios al realizar las pruebas a pie de cama, en pacientes con, en ocasiones, importantes dificultades motoras.
- Disminuir la demora en el diagnóstico de enfermedad cardiovascular estructural y arrítmica en el paciente que ha sufrido un ictus.
- Disminuir la demora en la realización de ecocardiogramas transtorácicos complejos en la Unidad de Pruebas funcionales cardiológicas
- Posibilitar el alta temprana de los pacientes susceptibles

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1146

1. TÍTULO

PROYECTO DE COORDINACION CARDIOLOGICA EN EL PROCESO DEL ICTUS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CON USO PREFERENTE DE LA ECOCARDIOSCOPIA

MÉTODO

1. Formar parte activa del grupo multidisciplinar del proceso del ictus en el hospital
2. Determinar un cardiólogo coordinador que actúe de nexo de unión entre los servicios y entre las secciones del servicio
3. Protocolizar la actuación y determinar los circuitos de solicitud de pruebas en estos pacientes de forma consensuada entre los dos servicios y entre unidades
4. Realizar ecocardiografía a pie de cama como parte de actividad de interconsulta por parte de cardiólogos clínicos de hospitalización y de Pruebas funcionales
5. Crear una agenda de ecocardiogramas transtorácicos específica en la planta de hospitalización
6. Implantar el uso del Holter-ECG de 48 horas durante el fin de semana
7. Acudir de forma periódica a las reuniones mensuales de grupo del ICTUS en el hospital

INDICADORES

- Protocolización de la colaboración cardiológica en el proceso del ictus, así como establecer circuitos (estándar: si/no)
- Porcentaje de realización de ecocardiografías en los ictus susceptibles de ecocardiograma transtorácico (sin test positivo a paso de burbujas en DTSA) como primera herramienta diagnóstica (estándar = 80%)
- Porcentaje de realización de ecocardiografía solicitadas en = 48 horas (estándar = 60%)
- Porcentaje de reducción de ecocardiogramas transtorácicos solicitados desde el S. de Neurología por ictus y realizados en la Unidad de pruebas funcionales del Servicio de Cardiología, con respecto a el mismo periodo del año 2018 (estándar = 40%)
- Porcentaje de realización de Holter-ECG 48 horas durante el fin de semana (estándar = 25%)

DURACIÓN

Fecha de inicio: 2 de mayo de 2019. Prevista su finalización: abril de 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1371

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA TERMINAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ALEJANDRA RUIZ ARANJUELO
· Profesión MIR
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CABALLERO JAMBRINA ISABEL
JIMENO SANCHEZ JAVIER
GAMBO RUBERTE ELENA PATRICIA
PEIRO AVENTIN BELEN
DE LAS CUEVAS LEON DAVID
ALONSO VENTURA VANESA
HURTADO RODRIGUEZ GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los primeros meses de puesta en marcha de nuestro proyecto, hemos realizado un documento donde se recogen las principales definiciones de cuidados paliativos y sedación terminal, así como su papel fundamental en la atención de los pacientes cardiopatas y su marco ético-legal en nuestra región. En dicho documento también se ha definido el procedimiento de sedación paliativa, quedando recogidos los principales fármacos que hemos seleccionado para realizar la sedación en el paciente con cardiopatía terminal, sus dosis y su vía de administración electiva. Todo ello ha servido para poner en marcha la protocolización del tratamiento paliativo con el fin de homogeneizar estos cuidados en los pacientes con cardiopatía en situación terminal hospitalizados en nuestro servicio.

Se han llevado a cabo tres sesiones divulgativas de nuestro protocolo en el servicio. Una de ellas destinada a facultativos, y otras dos al servicio de enfermería (una para enfermería de la planta 5ªA y otra 5ªB). Las tres sesiones se han llevado a cabo el día 31 de enero de 2020. El objetivo de estas sesiones ha sido ampliar el conocimiento acerca de los cuidados paliativos en nuestro medio, así como explicar nuestro proyecto y definir cuál va a ser el tipo de paciente con el que vamos a trabajar y los recursos de los que disponemos.

Se ha creado una encuesta de satisfacción para los familiares de los pacientes a los que se han ofrecido cuidados paliativos en nuestro servicio. Esta encuesta voluntaria consta de seis preguntas y un apartado de comentarios y sugerencias para conocer como se han sentido y los aspectos que debemos mejorar para poder llevar a cabo unos cuidados paliativos de calidad.

Asimismo, hemos realizado un documento donde poder registrar a los pacientes hospitalizados que están recibiendo cuidados paliativos en nuestro servicio; el objetivo principal de este registro es poder realizar una evaluación periódica de los cuidados ofrecidos a estos pacientes. Se ha definido también un circuito, a través de la secretaría de hospitalización de nuestro servicio, para poder detectar de forma sistemática si los pacientes que ingresan en nuestro servicio disponen de documento de voluntades anticipadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con la realización del protocolo del tratamiento paliativo en el paciente con cardiopatía terminal se ha conseguido ampliar el conocimiento de nuestros profesionales así como homogeneizar los cuidados proporcionados al final de la vida de nuestros pacientes. Se ha mejorado así la atención ofrecida al paciente desde un punto de vista integral (no solo físico, sino también emocional). En la misma línea, el desarrollo de un protocolo de sedación paliativa ha conseguido estandarizar los fármacos empleados para la misma. El objetivo final de estos dos protocolos no es otro que conseguir el máximo bienestar de nuestros pacientes en sus últimos días.

Con las sesiones clínicas formativas impartidas tanto a médicos como al personal de enfermería de nuestro servicio se ha obtenido tres finalidades principales: difundir un conocimiento más profundo de los cuidados paliativos, definir el perfil del paciente con el que vamos a trabajar y los recursos de los que disponemos para ello, y desarrollar los objetivos de nuestro protocolo.

Se ha iniciado un registro de los pacientes con cardiopatía severa en situación terminal que han ingresado en nuestro servicio y que han recibido cuidados paliativos. Nuestro objetivo inicial, es que al menos el 80% de los pacientes con cardiopatía severa en situación terminal ingresados en nuestro servicio hubiesen recibido la información sobre los cuidados paliativos y se hubiese registrado la decisión terapéutica consensuada en su historia clínica. Dicho recuento será analizado al finalizar el calendario previsto (31 de marzo de 2020) de cara a poder disponer de la mayor muestra posible de pacientes.

En la misma línea, otro de los objetivos es entregar la encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes que habían recibido cuidados paliativos durante la hospitalización en nuestro servicio. Creemos que es una herramienta fundamental para conocer como se está llevando a cabo nuestro trabajo, ya que en realidad, el fin de los cuidados paliativos es la prevención y el alivio del sufrimiento tanto del paciente como de los que lo rodean, y éste no es ítem que se pueda medir de forma cuantitativa. La meta definida es que al menos el 50% de las familias entreguen la encuesta de satisfacción. Dicho recuento también analizado al finalizar el calendario previsto (31 de marzo de 2020).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en nuestro país. Y no solo provoca una elevada mortalidad, sino que en muchas ocasionales, causa un progresivo deterioro funcional que conlleva un alto sufrimiento en los pacientes y sus familiares. A pesar de las recomendaciones, los pacientes cardiológicos reciben una intervención de cuidados paliativos de forma tardía y en porcentajes mucho menores que otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1371

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA TERMINAL

enfermos (por ejemplo, los oncológicos). Por todo ello consideramos que la divulgación de los cuidados paliativos en Cardiología es fundamental, y ésta es una de las principales metas de este protocolo. Consideramos que estos primeros meses han sido claves para poder conseguir un conocimiento profundo de los cuidados paliativos cardiológicos y establecer nuestra línea de trabajo. Durante estos meses, además, se ha comenzado a trabajar en nuestro servicio de forma habitual en la historia clínica electrónica, lo que facilita que todos los profesionales que están en contacto con nuestros pacientes tengan acceso a la información acerca de los cuidados paliativos. Creemos que esto es fundamental para poder ofrecer unos cuidados homogéneos y de calidad, de forma que prime la calidad de vida de nuestro paciente de manera integral. Por otra parte, sabemos que en muchas ocasiones no es fácil definir el pronóstico en la enfermedad cardiovascular, especialmente en la insuficiencia cardiaca, lo que hace difícil establecer cuándo y cómo son más efectivos los cuidados paliativos. Creemos que el desarrollo de este protocolo puede resultar beneficioso para los profesionales que trabajamos con pacientes con cardiopatía terminal, de cara a poder identificar más precozmente a estos pacientes y familiarizarnos con una serie de fármacos, habitualmente menos empleados en nuestra práctica diaria. La formación en cuidados paliativos y en comunicación en malas noticias es a menudo escasa en los profesionales sanitarios. Consideramos que es fundamental poder emplear recursos en ello, de forma que podamos ofrecer una atención de calidad en los últimos días de los pacientes con cardiopatía terminal. Por último, nuestro trabajo requiere fundamentalmente recursos humanos, ya que se trata de ofrecer unos cuidados que realmente ya están disponibles en el hospital pero que tradicionalmente han sido infrautilizados en algunos servicios acostumbrados a "curar", más que a "paliar", como es el nuestro. Por ello, consideramos que es totalmente sostenible y que puede suponer un gran beneficio en una población cada vez más añosa y con más comorbilidad como es la nuestra.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1371 ===== ***

Nº de registro: 1371

Título
PROTOCOLO DE ATENCION AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATIA TERMINAL

Autores:
RUIZ ARANJUELO ALEJANDRA, CABALLERO JAMBRINA ISABEL, JIMENO SANCHEZ JAVIER, GAMBO RUBERTE ELENA PATRICIA, PEIRO AVENTIN BELEN, DE LAS CUEVAS LEON DAVID, ALONSO VENTURA VANESA, HURTADO RODRIGUEZ GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares afectan a millones de personas en el mundo y siguen siendo la primera causa de mortalidad en nuestro país. A pesar de los grandes avances científicos y tecnológicos experimentados en el área de cardiología en los últimos años, existe un porcentaje no despreciable de pacientes con patología cardiovascular avanzada sin posibilidad de opciones terapéuticas curativas. Por otra parte, el aumento progresivo de la esperanza de vida en los países occidentales ha condicionado que muchos pacientes ancianos desarrollen algún tipo de enfermedad cardiovascular al final de la vida. Todo paciente con enfermedad terminal tiene derecho a disponer de una serie de cuidados y atenciones, entre ellos, no sufrir inútilmente, respeto a su libertad de conciencia, conocer su situación, opinar sobre posibles intervenciones y recibir asistencia psicoespiritual. Los cuidados paliativos deben dirigirse al control de los síntomas tras el diagnóstico de una enfermedad incurable y no iniciarse en la fase de agonía. O lo que es lo mismo, priorizar el tratamiento sintomático frente al tratamiento curativo, ya que, en muchos casos, estos pacientes son sometidos a tratamientos y procedimientos diagnósticos no necesarios, que lejos de mejorar, empeoran la calidad de vida de estos pacientes, además de consumir recursos sanitarios innecesarios. Este tipo de cuidados están poco desarrollados en el ámbito de la enfermedad cardiovascular terminal a diferencia de otro tipo de enfermedades como las oncológicas. Una de las decisiones más difíciles de adoptar es determinar la orden de no reanimar. Orden clínica que se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1371

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA TERMINAL

fundamenta en dejar de aplicar una reanimación cardiopulmonar en caso necesario. La decisión de no reanimar debe figurar explícitamente en la historia del paciente con cardiopatía terminal tras ser consensuada con el paciente (si es posible), su familia y el cardiólogo responsable.

Existe evidencia en la literatura de que los pacientes que conocen su diagnóstico y su pronóstico, participan más en la toma de decisiones y tienen un mejor control sintomático, aunque no todos quieren información o tener que decidir.

Aunque, como ya se ha comentado, los cuidados paliativos de los pacientes con cardiopatía terminal no deben reservarse para los últimos momentos de la vida, el proyecto que presentamos, no obstante, se fundamenta principalmente en la última fase de la enfermedad, incluyendo la fase de la agonía, momento en el que el paciente está muy próximo a la muerte (días u horas). Creemos que es necesario redefinir los objetivos terapéuticos en la atención de los pacientes que se encuentren en esta fase terminal de la enfermedad, no siempre bien entendidos y enfocarlos exclusivamente al mayor confort posible del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va dirigido a los pacientes con cardiopatía severa, grave y situación terminal que ingresen a cargo del Servicio de Cardiología del HUMS.

- Disponer de un mayor conocimiento de la enfermedad cardiovascular terminal.
- Conseguir el máximo bienestar del paciente con enfermedad cardiovascular terminal desde un punto de vista integral.
- Homogeneizar los cuidados proporcionados al final de la vida.
- Establecer el marco ético y legal en el que vamos a llevar a cabo nuestra actividad asistencial en el paciente terminal.
- Instruir a los profesionales sanitarios que trabajan con pacientes en fase terminal.
- Contribuir al uso adecuado de los recursos disponibles.

MÉTODO

- Protocolización del tratamiento paliativo de la sintomatología en el paciente con cardiopatía terminal.
- Definir un procedimiento de sedación paliativa, consensuado con el paciente y la familia.
- Poner en marcha un registro de los pacientes con implante del protocolo de cuidados paliativos para su posterior evaluación periódica
- Realizar al menos dos sesiones en el servicio
- Definir una encuesta de satisfacción para entregar a la familia al final del proceso
- Detectar pacientes que dispongan de documento de voluntades anticipadas

INDICADORES

- Realizar un protocolo del tratamiento paliativo de la sintomatología en el paciente con cardiopatía terminal (estándar: si/no)
- Realizar un protocolo de implantación de sedación paliativa (estándar: si/no)
- Realizar dos sesiones clínicas formativas en el servicio (estándar: si/no)
- Pacientes con cardiopatía grave, severa y en situación terminal tratados con sedación paliativa y registro de su situación, así como decisión terapéutica consensuada en la historia clínica / Pacientes con cardiopatía grave, severa y en situación terminal (estándar = 80%)
- Pacientes con cardiopatía grave, severa y en situación terminal tratados con sedación paliativa, con entrega de la encuesta de satisfacción a la familia/ Pacientes con cardiopatía grave, severa y en situación terminal tratados con sedación paliativa (estándar = 50%)

DURACIÓN

Del 1 de mayo de 2019 al 31 de marzo de 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1494

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA MATAMALA ADELL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FAÑANAS MASTRAL JAVIER
FRESNEDA ROLDAN JESUS CARLOS
SORRIBAS BERJON FERNANDO
VALLEJO GIL JOSE MARIA
VAZQUEZ SANCHO MANUEL
BALLESTER CUENCA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha optimizado la profilaxis antibiótica preoperatoria en cirugía cardiovascular y también la erradicación de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) y sensible a meticilina (SAMS).

El cribado preoperatorio para SARM y SAMS al menos dos días antes de la cirugía y preferiblemente no más allá más del mes previo a la intervención (frotis nasofaríngeo y perianal).

Administración de mupirocina preoperatoria para pacientes por pruebas microbiológicas positivas (SARM y SAMS) y en aquellos pacientes en los que no se disponga de cribado.

En cuanto a la profilaxis antibiótica, en el caso de colonización por SARM o pacientes ingresados o frotis no disponible: la profilaxis antibiótica será con cefazolina + teicoplanina. En el resto de pacientes se hará con cefazolina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han analizado los datos de los pacientes intervenidos entre el 1 de septiembre de 2017 y el 31 de septiembre de 2017. En total 42 pacientes intervenidos de cirugía programada y en el ingreso. Se han excluido pacientes que precisaron cirugía emergente. La media de edad de los pacientes intervenidos fue de 69 años (entre 23 y 84 años).

El frotis nasal estuvo disponible previo a cirugía en 41 pacientes (97%). En 10 pacientes (23%) habían transcurrido más de dos meses. Todos estos pacientes habían presentado frotis negativo para SARM y/o SAMS. Hubo sólo un paciente en el que no se había realizado al cual se le realizó el día de la intervención.

Con respecto a los resultados obtenidos la mayoría de frotis fueron negativos, dos positivos a SAMS y dos positivos a E.Coli BLEE.

En 14 (33%) pacientes la profilaxis se realizó con cefazolina + teicoplanina y en el resto de pacientes con cefazolina sola. En los dos pacientes que habían sido SAMS positivos la profilaxis antibiótica se realizó de manera adecuada con cefazolina + teicoplanina. El resto de pacientes en los que se realizó esta profilaxis fueron pacientes en los que fue necesaria cirugía en el ingreso.

No hubo infecciones de herida quirúrgica en los pacientes intervenidos, si bien dos pacientes presentaron bacteriemia, en ambos casos el germen encontrado fue *S. epidermidis*.

Con respecto a los indicadores propuestos:

Proporción de pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca electiva a los que se les realiza con tiempo suficiente el cribado de *S. aureus* : 41/42= 97%

Proporción de profilaxis antibiótica correcta 42/42 = 100% es decir mayor del 80% que era lo que nos habíamos propuesto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La descolonización preoperatoria de SARM y SAMS es eficaz así como una adecuada profilaxis antibiótica frente a los mismos.

Este proyecto ha sido útil para mejorar la atención de los pacientes y disminuir la tasa de infección de herida quirúrgica. Por tanto debemos continuar con las mejoras introducidas.

7. OBSERVACIONES.

Aunque los resultados obtenidos son satisfactorios, en 10 pacientes el tiempo transcurrido desde que se realizó el cribado mediante frotis nasal y la cirugía ha sido superior a dos meses. Esto último se debe a que se trata de pacientes intervenidos de lista de espera en los cuales hay una dificultad para coordinar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1494

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

tiempo desde que se les pide el preoperatorio hasta que son programados para intervenir.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1494 ===== ***

Nº de registro: 1494

Título
OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Autores:
MATAMALA ADELL MARTA, FAÑANAS MASTRAL JAVIER, FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS, SORRIBAS BERJON FERNANDO, VALLEJO GIL JOSE MARIA, VAZQUEZ SANCHO MANUEL, BALLESTER CUENCA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones nosocomiales representan un importante problema en cuanto a morbilidad, mortalidad y aumento de costes en cirugía cardiovascular. La incidencia de infección esternotomía superficial es de un 2.6 % con una mortalidad del 5%. En el caso de la mediastinitis la incidencia oscila entre un 0,25 a un 4%, sin embargo, la mortalidad es de un 7 a un 20%.
El principal patógeno es Staphylococcus aureus coagulasa negativo. El 80% de infecciones por S. aureus provienen de un origen endógeno (portadores).
Para reducir la tasa de infecciones es importante realizar una correcta erradicación de S. aureus en fosas nasales y además adecuar la profilaxis antibiótica.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar la profilaxis antibiótica y erradicación de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) y sensible a meticilina (SAMS) de la siguiente manera:

- Cribado preoperatorio para SAMR y SAMS. Al menos dos días antes de la cirugía y no más allá más del mes previo a la intervención.
- Administración de mupirocina preoperatoria para pacientes por pruebas microbiológicas positivas (SARM y SAMS) y en aquellos pacientes en los que no se disponga de cribado.

La profilaxis antibiótica también se modifica:

- Colonización por SARM: la profilaxis antibiótica será con cefazolina + teicoplanina. Se prefiere el uso de teicoplanina frente a vancomicina, ya que esto favorece el cumplimiento adecuado, el tiempo de infusión es más corto y presenta menos efectos adversos.
- Otros objetivos derivados: disminución de las infecciones postoperatorias, disminución de morbimortalidad, reducción de costes

MÉTODO
Se espera con esta nueva pauta de profilaxis conseguir una disminución de la tasa de infecciones, especialmente aquellas por SARM. Se mejorará la profilaxis antibiótica así como la erradicación de SARM que ya se venía realizando, individualizándola según el paciente sea o no portador de SARM y según riesgos:

- o 3 días hospitalizados
- o Traslados de otros hospitales
- o Tratamientos antibióticos recientes
- o Alta incidencia de SARM
- o Empleo de prótesis o implantes intravasculares

De esta manera la profilaxis antibiótica a realizar quedará de la siguiente manera:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1494

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

- En pacientes no portadores de SARM en frotis: CEFAZOLINA
- Pacientes alérgicos a betalactámicos: TEICOPLANINA + GENTAMICINA
- Pacientes SARM positivos o aquellos que se desconozca el SARM y tengan uno ó más factores de riesgo:
CEFAZOLINA + TEICOPLANINA
- SARM positivos + alergia a betalactámicos: GENTAMICINA + TEICOPLANINA

Dosis:

- 1) CEFAZOLINA: 2g (30-60' antes de la incisión)
2ª dosis intraoperatoria: 2g a las 4h
Postoperatorio: 1g/8h durante 48h
- 2) TEICOPLANINA: 600mg (30-60' antes de la incisión)
2ª dosis: 400mg a las 12h
- 3) GENTAMICINA: 4mg/kg (30-60' antes de la incisión)
- No requiere re-dosificación

Para ello se realizarán sesiones informativas de los servicios implicados: cirugía cardiovascular y anestesia, así como con la enfermería de planta, acogida de quirófano y quirófanos de cirugía cardiovascular para divulgar los nuevos cambios en las pautas

INDICADORES

Indicadores de monitorización:

- Proporción de pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca electiva a los que se les realiza con tiempo suficiente el cribado de Staphylococcus aureus. Deberá estar por encima del 80%.
- Proporción de profilaxis antibiótica adecuada > 80 %.

DURACIÓN

La duración del proyecto inicial de 6 meses. Una vez transcurridos, se analizarán los resultados obtenidos para reevaluar y valorar posibles modificaciones. La fecha de comienzo es el uno de abril de 2017. finalización y reevaluación el 30 de septiembre de 2017.

OBSERVACIONES

corrección proyecto 1426 (ya enviado)

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H. M. SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE PEDRO CARLOS FRESNEDA ROLDAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATAMALA ADELL MARTA
SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL
CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA
LARENA SANCHEZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la constitución del grupo de trabajo del "Subproceso de postoperatorio y alta en Cirugía Cardiovascular", se diseñó un cronograma de tareas para abordar los campos de mejora en la asistencia de este tipo de paciente tras recibir asistencia quirúrgica cardiovascular.

Este cronograma contempla cuatro fases, la primera entre abril y octubre de 2018 en la que se constituyó el grupo de trabajo, se discutieron líneas de protocolización del postoperatorio, se definieron las aportaciones y se discutieron los primeros borradores de protocolos.

En la segunda fase que abarca diciembre de 2018 a febrero de 2019, se han realizado las pertinentes correcciones y se ha comenzado la compilación de los documentos definitivos, conteniendo los comentados protocolos de actuación y algunos algoritmos de decisión.

Para este año 2019 queda una tercera fase de abril a octubre del presente, en la que quedará definitivamente constituido el documento consensuado para el SUBPROCESO DE POSTOPERATORIO Y ALTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR y se comenzará su aplicación registrando los indicadores de calidad asistencial enunciados en el apartado siguiente. Finalmente la cuarta fase, que contemplará años sucesivos, está dedicada a seguimiento de la aplicación eficaz de estos protocolos y a la evaluación anual de los referidos indicadores asistenciales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como fruto del trabajo interdisciplinar de los servicios clínicos implicados, durante las seis reuniones de trabajo en este último año y el esfuerzo individual de cada miembro del Subproceso, se han elaborado los siguientes documentos de protocolización, en su mayoría apoyados en guías clínicas de actuación de cada una de las especialidades intervinientes y representativos de la actividad asistencial de cada unidad, en el paciente intervenido de cirugía cardiovascular:

1. PROTOCOLO DE MANEJO Y CUIDADOS DE VÍAS CENTRALES
2. PROTOCOLO DE ANALGESIA POSTOPERATORIA
3. ENFOQUE DEL SÍNDROME FEBRIL EN EL POSTOPERATORIO
4. PAPEL DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN EL SUBPROCESO
5. IMPACTO DEL DETERIORO COGNITIVO EN EL POSTOPERATORIO
6. PROTOCOLIZACIÓN DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA POSTOPERATORIA
7. EVALUACIÓN, CONTROLES POSTOPERATORIOS Y REQUERIMIENTOS AL ALTA
8. ALGORITMOS DE DECISIONES NO RUTINARIAS
9. CRITERIOS DE REINGRESO EN UCI TRAS LA CIRUGÍA
10. EVALUACIÓN EXTRAHOSPITALARIA DEL PACIENTE INTERVENIDO

Paralelamente hemos establecido como indicadores de calidad de este proyecto los que enunciamos a continuación:

1. INCIDENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR POSTOPERATORIA
2. GRADO DE DOLOR POSTOPERATORIO PERCIBIDO POR EL PACIENTE
3. PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO TRAS LA CIRUGÍA
4. TASA DE REINGRESO EN UCI
5. MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN PLANTA
6. INCIDENCIA Y TIPOS DE INFECCIÓN EN EL POSTOPERATORIO
7. ESTANCIA EN PLANTA Y POSTOPERATORIA TOTAL
8. EVALUACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL ALTA
9. SOBREVIVENCIA AL AÑO DE LA CIRUGÍA
10. INTEGRACIÓN LABORAL POSTOPERATORIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La primera lección aprendida es que la dinámica de grupo y la implicación de cada profesional en este Subproceso, se convierte en una herramienta de gestión que tendrá un impacto relevante en una asistencia cada vez más eficiente.

La siguiente conclusión es que todo este esfuerzo añadido a las tareas asistenciales, debe ser suficientemente reconocido y apoyado desde las instancias directivas pertinentes, porque esta forma de trabajar debe

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H. M. SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

constituirse en el patrón oro de toda actividad asistencial, en permanente revisión y con vocación de mejora continua.

Aspiramos a seguir cumpliendo con el cronograma que nos hemos impuesto y obtener resultados contrastables de nuestras propuestas en la frontera de 2020, sólo así podremos evaluar de forma precisa el impacto de nuestras propuestas en la calidad percibida por el paciente, en la optimización de los costes derivados de su asistencia y en el beneficio social tras la cirugía.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1231 ===== ***

Nº de registro: 1231

Título
PROCOLOZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H. M. SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

Autores:
FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS, MATAMALA ADELL MARTA, SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL, CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS, MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, LARENA SANCHEZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde sus comienzos hace más de medio siglo, la cirugía cardiovascular (CCV) tal y como la entendemos hoy, ha ido desarrollándose e implantándose al amparo de la evolución tecnológica y la miniaturización. Paralelamente, y a raíz de los buenos resultados consolidados de la terapia quirúrgica cardiovascular, se han ido ampliando indicaciones sobre un amplio espectro de patologías congénitas y adquiridas, así como dirigidas a un grupo cada vez más complejo de pacientes.

Esta demanda creciente de complejidad técnica y asistencial ha promovido políticas basadas en la menor agresión quirúrgica y en la recuperación precoz de estos pacientes ("fast track").

Este nuevo enfoque del postoperatorio pretende un manejo más eficiente y un más adecuado consumo de recursos, tendentes a la recuperación precoz del paciente y a una más rápida alta hospitalaria. Esta nueva filosofía de tratamiento se continúa con la rehabilitación postoperatoria extrahospitalaria y con la reincorporación socio laboral temprana de los pacientes en el caso de sujetos en edad laboral. En los pacientes ya jubilados, pretende aportar calidad a los años de esperanza vital.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la protocolización de distintos aspectos del postoperatorio de CCV del adulto, pretendemos los siguientes objetivos:

1. Minimizar la tasa de complicaciones en planta (infecciosas, cardiológicas, neurológicas, de heridas quirúrgicas, hematológicas).
2. Conseguir un mejor abordaje del dolor postoperatorio, factor clave en la recuperación postquirúrgica.
3. Movilización precoz y colaboración activa del paciente en su recuperación.
4. Reducir la estancia postoperatoria y sus costes.
5. Implementar un programa para fomentar la calidad percibida por parte de los pacientes, que transmita confianza y reconocimiento hacia la institución y sus profesionales.

MÉTODO

PRIMERA FASE:

1. Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por más de veinte profesionales pertenecientes a quince estamentos clínicos o auxiliares, implicados en la gestión del postoperatorio en CCV.
2. Reuniones periódicas (quincenal o mensual) para consensuar los distintos protocolos propuestos para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V.PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H. M. SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

optimizar y hacer más eficiente el tratamiento de estos pacientes.

SEGUNDA FASE:

3. Una vez establecidas las directrices a seguir, plasmarlas en una guía de actuación clínica y de enfermería a disposición de los distintos profesionales implicados en el cuidado del paciente intervenido de CCV. Esta actuación protocolizada hará más uniforme nuestras estrategias de tratamiento en cada caso concreto. Se requerirá la impresión y edición de distintos manuales y folletos de divulgación a pacientes y familiares.

4. Definir los objetivos de análisis ulterior para evaluar los beneficios de las estrategias adoptadas.

TERCERA FASE:

5. Evaluación al alta de cada paciente y al año de la intervención para conocer los resultados obtenidos desde un punto de vista clínico y a ser posible definir el impacto económico, en término de costes, de las medidas implementadas. Será necesario disponer de un programa de información, basado en el contacto mediante formularios, con los cardiólogos referidores y con el propio paciente. Asimismo serán necesarias distintas herramientas informáticas de análisis masivo de variables clínicas y posibles costes repercutidos.

6. Publicitación de los resultados del proyecto de gestión en el ámbito autonómico (comunidad cardiológica proveedora de pacientes y sociedad civil en general). Para ello se realizarán sesiones informativas específicas dirigidas a los profesionales sanitarios relacionados con este tipo de pacientes y será necesario recurrir a los medios corporativos de comunicación y gabinete de prensa institucional para difusión general a la población aragonesa.

INDICADORES

1. Control y disminución de la tasa de fibrilación auricular postoperatoria hasta un 10% de los pacientes intervenidos.
2. Control del dolor postoperatorio.
3. Evaluación y tratamiento del deterioro cognitivo postCEC.
4. Minimización de la tasa de reingreso en UCI tras cirugía, estableciendo un valor adecuado por debajo del 5%.
5. Análisis exhaustivo de infecciones postoperatorias mayores y menores, adoptando las medidas que nos permitan no exceder una cifra superior al 6% de los intervenidos.
6. Disminuir la estancia postoperatoria en planta para obtener una media inferior a 10 días.
7. Funcionamiento y toma de decisiones basadas en algoritmos.
8. Evaluación de la satisfacción y calidad percibida del paciente en el momento del alta hospitalaria.
9. Implementación de un programa de rehabilitación motora y respiratoria con continuidad tras el alta.
10. Coordinación con Cardiología extrahospitalaria para evaluar los indicadores a largo plazo (un año tras la intervención).

DURACIÓN

PRIMERA FASE: Abril a Septiembre de 2018

SEGUNDA FASE: Octubre a Diciembre de 2018

TERCERA FASE: Enero a Abril 2019 (análisis preliminar). Posteriormente estaremos en evaluación anual permanente, introduciendo las medidas de corrección adecuadas en cada momento, para mantener los objetivos propuestos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL, SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL HM SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE PEDRO CARLOS FRESNEDA ROLDAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATAMALA ADELL MARTA
SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL
CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA
LARENA SANCHEZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la anterior memoria de seguimiento enviada el pasado 25/02/2019, hemos continuado con las reuniones programadas de los componentes del Subproceso de post operatorio y alta del proceso global de CIRUGIA CARDIACA. Durante el año 2019 se realizaron un total de tres de este tipo de reuniones con los miembros integrantes del Subproceso y participamos también con intervenciones del coordinador del Subproceso, en las reuniones convocadas por la Dra. Izquierdo, coordinadora general del Proceso Asistencial de Cirugía Cardíaca. Como fruto de los acuerdos de estas últimas reuniones, se ha constituido un grupo de información de dicho Proceso para presentación del mismo y conseguir la colaboración de todos los hospitales referidores de pacientes de nuestra comunidad autónoma. También se han iniciado conversaciones con los representantes de la administración hospitalaria local (H. U. Miguel Servet), para conseguir el desarrollo de la herramienta de la historia clínica electrónica y el paquete informático de gestión en quirófano, que permitirán almacenar todos los datos clínicos relevantes asistenciales y económicos que permitan alcanzar niveles de eficiencia de nuestro PROCESO ASISTENCIAL DE CIRUGÍA CARDIACA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. SE HA COMPLETADO LA REDACCIÓN DE TODOS LOS PROTOCOLOS RELEVANTES DEL SUBPROCESO DE POSTOPERATORIO (ver memoria de actualización pasada).
2. ESTAMOS PENDIENTES DE INSTRUCCIONES PRECISAS Y AUTORIZACIÓN PARA COLGAR EN LA INTRANET DEL CENTRO LOS PROTOCOLOS DESARROLLADOS.
3. SE HA INICIADO LA VALORACIÓN (Dra. Martínez) DE LA IMPLEMENTACIÓN DEFINITIVA EN NUESTRO SUBPROCESO DE LA HERRAMIENTA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE AQUELLOS PACIENTE QUE REQUIEREN TERAPIA INTRAVENOSA DURANTE SEMANAS Y QUE HASTA AHORA HAN PERMANECIDO INGRESADOS EN EL H. U. MIGUEL SERVET HASTA LA CONCLUSIÓN DE DICHO TRATAMIENTO. ESTA INICIATIVA TENDRÁ SIN DUDA UN IMPACTO POSITIVO EN LA VIVENCIA PERSONAL DEL PACIENTE Y EN LOS COSTES ASISTENCIALES DERIVADOS DEL TRATAMIENTO INTRAVENOSO.
4. DESGRACIADAMENTE Y POR CAUSAS ESTRUCTURALES DE LA DINÁMICA DE OTRAS ÁREAS IMPLICADAS EN OTROS SUBPROCESOS RELACIONADOS CON EL NUESTRO, AÚN NO HEMOS INICIADO LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS INDICADORES DE CALIDAD PROPUESTOS PARA ESTE PROYECTO, QUE QUEDARON ENUNCIADOS EN LA MEMORIA DE SEGUIMIENTO ANTERIOR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
NUESTRA PERCEPCIÓN ES DE HABER IDO MÁS LENTOS EN LA DINÁMICA QUE TENÍAMOS DEFINIDA CON ANTERIORIDAD, Y NO HA SIDO POR LA IMPLICACIÓN DESINTERESADA DE CADA MIEMBRO DEL SUBPROCESO QUE NOS OCUPA. NECESITAMOS DINAMIZACIÓN, LIDERAZGO Y RECURSOS SUFICIENTES PARA LOS OBJETIVOS PROPUESTOS, QUE DEBEN BRINDARSE POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS. ESTAMOS PLENAMENTE CONVENCIDOS QUE ÉSTA ES UNA INVERSIÓN A FUTURO, DE ALGÚN MODO PIONERA EN EL ÁMBITO NACIONAL Y DE LA QUE SON SUS BENEFICIARIOS REALES LOS USUARIOS, QUE SOMOS TODOS, DEL SISTEMA SANITARIO DE ARAGÓN.

7. OBSERVACIONES.
COMO HUMILDES REPRESENTANTES DEL CAPITAL HUMANO DEL SALUD, DEMANDAMOS RECURSOS PARA SER CADA VEZ MÁS COMPETITIVOS Y EFICIENTES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1231 ===== ***

Nº de registro: 1231

Título
PROCOLOZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H M.SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL, SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL HM SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

Autores:

FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS, MATAMALA ADELL MARTA, SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL, CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS, MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, LARENA SANCHEZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde sus comienzos hace más de medio siglo, la cirugía cardiovascular (CCV) tal y como la entendemos hoy, ha ido desarrollándose e implantándose al amparo de la evolución tecnológica y la miniaturización. Paralelamente, y a raíz de los buenos resultados consolidados de la terapia quirúrgica cardiovascular, se han ido ampliando indicaciones sobre un amplio espectro de patologías congénitas y adquiridas, así como dirigidas a un grupo cada vez más complejo de pacientes.

Esta demanda creciente de complejidad técnica y asistencial ha promovido políticas basadas en la menor agresión quirúrgica y en la recuperación precoz de estos pacientes ("fast track").

Este nuevo enfoque del postoperatorio pretende un manejo más eficiente y un más adecuado consumo de recursos, tendentes a la recuperación precoz del paciente y a una más rápida alta hospitalaria. Esta nueva filosofía de tratamiento se continua con la rehabilitación postoperatoria extrahospitalaria y con la reincorporación socio laboral temprana de los pacientes en el caso de sujetos en edad laboral. En los pacientes ya jubilados, pretende aportar calidad a los años de esperanza vital.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la protocolización de distintos aspectos del postoperatorio de CCV del adulto, pretendemos los siguientes objetivos:

1. Minimizar la tasa de complicaciones en planta (infecciosas, cardiológicas, neurológicas, de heridas quirúrgicas, hematológicas).
2. Conseguir un mejor abordaje del dolor postoperatorio, factor clave en la recuperación postquirúrgica.
3. Movilización precoz y colaboración activa del paciente en su recuperación.
4. Reducir la estancia postoperatoria y sus costes.
5. Implementar un programa para fomentar la calidad percibida por parte de los pacientes, que transmita confianza y reconocimiento hacia la institución y sus profesionales.

MÉTODO

PRIMERA FASE:

1. Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por más de veinte profesionales pertenecientes a quince estamentos clínicos o auxiliares, implicados en la gestión del postoperatorio en CCV.
2. Reuniones periódicas (quincenal o mensual) para consensuar los distintos protocolos propuestos para optimizar y hacer más eficiente el tratamiento de estos pacientes.

SEGUNDA FASE:

3. Una vez establecidas las directrices a seguir, plasmarlas en una guía de actuación clínica y de enfermería a disposición de los distintos profesionales implicados en el cuidado del paciente intervenido de CCV. Esta actuación protocolizada hará más uniforme nuestras estrategias de tratamiento en cada caso concreto. Se requerirá la impresión y edición de distintos manuales y folletos de divulgación a pacientes y familiares.
4. Definir los objetivos de análisis ulterior para evaluar los beneficios de las estrategias adoptadas.

TERCERA FASE:

5. Evaluación al alta de cada paciente y al año de la intervención para conocer los resultados obtenidos desde un punto de vista clínico y a ser posible definir el impacto económico, en término de costes, de las medidas implementadas. Será necesario disponer de un programa de información, basado en el contacto mediante formularios, con los cardiólogos referidores y con el propio paciente. Asimismo serán necesarias distintas herramientas informáticas de análisis masivo de variables clínicas y posibles costes repercutidos.
6. Publicitación de los resultados del proyecto de gestión en el ámbito autonómico (comunidad cardiológica proveedora de pacientes y sociedad civil en general). Para ello se realizarán sesiones informativas específicas dirigidas a los profesionales sanitarios relacionados con este tipo de pacientes y será necesario recurrir a los medios corporativos de comunicación y gabinete de prensa institucional para difusión general a la población aragonesa.

INDICADORES

1. Control y disminución de la tasa de fibrilación auricular postoperatoria hasta un 10% de los pacientes intervenidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL, SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL HM SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

2. Control del dolor postoperatorio.
3. Evaluación y tratamiento del deterioro cognitivo postCEC.
4. Minimización de la tasa de reingreso en UCI tras cirugía, estableciendo un valor adecuado por debajo del 5%.
5. Análisis exhaustivo de infecciones postoperatorias mayores y menores, adoptando las medidas que nos permitan no exceder una cifra superior al 6% de los intervenidos.
6. Disminuir la estancia postoperatoria en planta para obtener una media inferior a 10 días.
7. Funcionamiento y toma de decisiones basadas en algoritmos.
8. Evaluación de la satisfacción y calidad percibida del paciente en el momento del alta hospitalaria.
9. Implementación de un programa de rehabilitación motora y respiratoria con continuidad tras el alta.
10. Coordinación con Cardiología extrahospitalaria para evaluar los indicadores a largo plazo (un año tras la intervención).

DURACIÓN

PRIMERA FASE: Abril a Septiembre de 2018

SEGUNDA FASE: Octubre a Diciembre de 2018

TERCERA FASE: Enero a Abril 2019 (análisis preliminar). Posteriormente estaremos en evaluación anual permanente, introduciendo las medidas de corrección adecuadas en cada momento, para mantener los objetivos propuestos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0387

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION MARTINEZ CASAMAYOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ FALO CONCEPCION
OTO PUYUELO IRENE
ANDRES GOMEZ NOELIA
SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se diseñó un procedimiento normalizado de trabajo con un cronograma que incluía una fase de preparación, fase de aprobación y fase de evaluación.
Se diseñó la composición del grupo de apoyo con un número máximo de 8 pacientes ostomizados, un estomoterapeuta y un profesional de apoyo (psicólogo, nutricionista, trabajador social).
La segunda fase se completó con la presentación y aceptación del proyecto a la Dirección de Enfermería del HUMS.
Se contactó con varios pacientes ostomizados a partir de las Consultas Externas de Estomaterapia y mediante la elaboración de un cartel informativo sobre la creación de dicho Grupo, en el que se animaba a la participación voluntaria de todos aquellos pacientes ostomizados y familiares de ostomizados, interesados en asistir a las sesiones del Grupo de Apoyo.
Se realizaron 4 sesiones programadas el tercer martes de los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2017 de 16,30 a 17,10h.
En cada una de las sesiones se abordaron diferentes temas por profesionales, durante 10 minutos como inicio y para facilitar un clima de participación interactiva. Pacientes ostomizados de larga evolución aportaron su autoconocimiento y experiencia facilitando la creación de un entorno de confianza con los pacientes ostomizados nuevos, desde una óptica diferente a los profesionales.
En todo momento se proporcionó apoyo por parte de las enfermeras expertas en estomaterapia que actuaron como dinamizadoras del Grupo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En relación a las sesiones propuestas en el Proyecto, el cumplimiento resultó de un 100%. Se desarrollaron la totalidad de ellas, en los plazos planteados en el cronograma.
El indicador de resultados (Mejora de la satisfacción de los pacientes ostomizados asistentes al Grupo de Apoyo), se midió a partir de los resultados obtenidos de la encuesta elaborada a tal efecto, que se cumplimentó de forma anónima por cada uno de los asistentes a las sesiones. La encuesta planteaba 4 preguntas dicotómicas SI/NO, cuyos resultados se muestran a continuación.

1- Considera que para usted y/o su familia ha resultado enriquecedora la sesión a la que ha asistido? Qué aspecto le resultó más interesante?

1ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
2ª SESION 5 SI/ 5 asistentes
3ª SESION 4 SI/ 4 asistentes
4ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
Total: 21 SI / 21 asistentes 100% afirmativa.

2- Considera que el intercambio de 3 vivencias que facilita el Grupo de Apoyo ha influido positivamente en su estado de ánimo?

1ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
2ª SESION 5 SI/ 5 asistentes
3ª SESION 4 SI/ 4 asistentes
4ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
Total: 21 SI / 21 asistentes 100% afirmativa.

3- Durante la sesión de Grupo ¿Tuvo la oportunidad de hacer preguntas y aclarar dudas?

1ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
2ª SESION 5 SI/ 5 asistentes
3ª SESION 4 SI/ 4 asistentes
4ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
Total: 21 SI / 21 asistentes 100% afirmativa.

4- Considera interesante seguir asistiendo a sesiones del Grupo de Apoyo?

1ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
2ª SESION 5 SI/ 5 asistentes
3ª SESION 4 SI/ 4 asistentes
4ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
Total: 21 SI / 21 asistentes 100% afirmativa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0387

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos a partir de las encuestas de satisfacción, recogiendo las impresiones intercambiadas en el desarrollo de las sesiones y el interés demostrado por los participantes, se podría concluir que efectivamente resultaría de gran interés facilitar apoyo logístico desde las instituciones para la continuidad de la iniciativa que recoge el proyecto de mejora.
Sería un objetivo de mejora la creación de un espacio de contacto y discusión donde pacientes ostomizados de larga evolución y nuevos ostomizados puedan desarrollar un "aprendizaje del otro con el otro" que favorezca el autoconocimiento y contribuya a aumentar la calidad de la atención prestada a éste colectivo y en definitiva a mejorar su calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/387 ===== ***

Nº de registro: 0387

Título
PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
MARTINEZ CASAMAYOR MARIA CONCEPCION, RUIZ FALO CONCEPCION, OTO PUYUELO IRENE, ANDRES GOMEZ NOELIA, SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La consulta de estomaterapia del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS) pertenece al Sector Sanitario II. Su población diana es la correspondiente a los centros de atención sanitaria primaria y especializada del Área II.
En colaboración con las Unidades de Hospitalización Quirúrgica se ha trabajado planificando la continuidad de cuidados de los pacientes portadores de una ostomía.
En marzo de 2015, dentro del marco de los Proyectos de Mejora que anualmente convoca el Servicio Aragonés de SALUD se propuso proporcionar soporte al seguimiento de dichos pacientes desde Hospitalización hasta la consulta de estomaterapia, mediante la elaboración de una hoja de continuidad de cuidados. Se estableció un circuito que permite registrar y transmitir la evolución del paciente durante la hospitalización a la enfermera experta.
En el mismo año y desde la consulta de estomaterapia, se realizó un estudio de investigación con el objetivo de identificar un posible perfil de persona ostomizada con mayor tendencia a desarrollar episodios de ansiedad y/o depresión, para prever una captación precoz y poder así realizar una atención enfermera temprana.
El análisis de los datos informaba que el marcaje previo del estoma, la situación laboral activa y el contacto con otras personas ostomizadas eran factores influyentes.
Las conclusiones del estudio nos llevaron a plantear que un factor protector importante, tanto para la ansiedad como para la depresión era el contacto con otras personas ostomizadas.
Dichas conclusiones y el objetivo de proporcionar continuidad, mejorando la calidad de los cuidados ofertados a los pacientes ostomizados de nuestra área de influencia, nos ha llevado a que es posible abordar este problema desde el ámbito de la enfermería, facilitando un espacio de contacto y discusión dentro de las consultas, donde las personas ostomizadas y sus cuidadores, puedan interrelacionarse y resolver dudas.
Por todo ello, nos planteamos la necesidad de facilitar la creación de Grupos de Apoyo para pacientes ostomizados coordinados por personal experto desde la consulta de estomaterapia del HUMS.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes ostomizados de nuestra área de influencia previniendo episodios de ansiedad y depresión, y facilitando continuidad de cuidados mediante Grupos de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0387

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Apoyo.
Facilitar un espacio de contacto y discusión dentro de las consultas, donde las personas ostomizadas y sus cuidadores, puedan interrelacionarse y resolver dudas

MÉTODO
Se prevé diseñar un procedimiento normalizado de trabajo con un cronograma que incluya varias fases:

- 1- Fase de preparación
 - Diseño de la composición del Grupo de Apoyo. Pacientes y equipo multidisciplinar.
 - Contactar con pacientes ostomizados que colaboren en un "aprendizaje del otro y con el otro", aportando su autoconocimiento y experiencia, desde una óptica diferente a los profesionales y familia.
 - Número de sesiones y periodicidad. 4 sesiones programadas el tercer martes de los meses de enero, febrero, marzo y abril del 2017 de 16,30 a 17,10 horas, con un máximo de 8 pacientes recientemente ostomizados.
 - Definición de propuestas de ayuda (Temas/sesión) a los pacientes ostomizados.
 - . Acompañar en la aceptación de la nueva situación entre otros pacientes ostomizados.
 - . Problemas de manejo del estoma en aspectos específicos de la vida diaria.
 - . Existencia de afectación psicológica, en su relación familiar, ambiente laboral o en su vida social.
 - . Resolución de dudas en el diseño de dietas adecuadas.
 - . Orientación cuando es precisa una reubicación laboral

Los temas abordados por profesionales durante 10 minutos iniciarán las sesiones facilitando un clima de participación interactiva entre "nuevos" y "antiguos" ostomizados, y profesionales en las sesiones. La enfermera experta será la encargada de dinamizar las sesiones, promoviendo preguntas y estimulando la participación de los asistentes a la sesión del Grupo de Apoyo.

- 2- Fase de aprobación
Presentación a la Dirección de Enfermería del proyecto para su aprobación y apoyo.
- 3- Fase de difusión.
 - Publicitar la creación y actividades programadas del Grupo de Apoyo en Atención Primaria y Especializada.
- 4- Fase de evaluación.
 - Evaluación indicadores de proceso. Grado de cumplimiento de las sesiones propuestas del Grupo de Apoyo.
 - Evaluación de indicadores de resultados. Medición, mediante valoración positiva/negativa anónima del grado de satisfacción de los pacientes ostomizados asistentes al Grupo de Apoyo.

INDICADORES

INDICADORES DE PROCESO.

- Número de sesiones del Grupo de Apoyo realizadas en relación a la programación de sesiones propuestas.

- INDICADORES DE RESULTADOS. Mejora del grado de satisfacción de los pacientes ostomizados asistentes al Grupo de Apoyo

DURACIÓN

- Inicio Septiembre 2016.
- Evaluación final y memoria Abril 2017.
- FASE PREPARACIÓN: Septiembre-noviembre 2016.
- FASE APROBACION: Diciembre 2016.
- FASE DIFUSION: Diciembre 2016- marzo 2017
- FASE EVALUACION Y MEMORIA: Abril 2016
- MEDIDAS CORRECTORAS PROBLEMAS DETECTADOS: Abril 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0594

1. TÍTULO

EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE DIANA MODREGO IRANZO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ CHUECA MARIA PILAR
COARASA PINA SUSANA
VALLEJO LANA MERCEDES
ALLUE URZAIZ JAVIER
CAMPILLOS CARBONELL IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos dividido el trabajo realizando primero el referente a la intervención de Colecistectomía, ya que se realiza en mayor número de pacientes en nuestra unidad, es una intervención más sencilla y se van de alta con menos días de evolución. Tenemos hecho el tríptico y cuenta con el visto bueno de Nutrición, representado por el enfermera María Teresa Bimbela, y de Cirugía, por parte del Dr. Serrablo. Estamos a la espera de que el Hospital nos devuelva el tríptico con formato institucionalizado para comenzar a repartirlo. Tenemos ya hecha la plantilla de dudas y la ampliación del tríptico que permanecerá en la planta para resolver las posibles dudas planteadas por los pacientes.

Respecto al tríptico de Hepatectomía, estamos acabando de seleccionar que consideramos que es más importante que salga en el tríptico, tenemos ya la bibliografía buscada, por lo que tenemos la información amplia para poder resolver a las dudas que nos planteen los pacientes. La plantilla de dudas es común a la de dieta de Colecistectomía, por lo que también está hecha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El trabajo de Colecistectomía está en fase de adecuación al estilo de los trípticos del Hospital y se espera comenzar su reparto y evaluación posterior próximamente, y el de Hepatectomía está en fase de realización, se espera entregar al hospital a final de abril. Esto es debido a que los miembros del equipo somos interinos o contratados, por las cercanas Oposiciones esta parado, por eso la fecha de entrega será la arriba indicada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Vamos retrasados en nuestros objetivos, ya que con el cambio de responsabilidad de los proyectos, de planta física de la Unidad, de Supervisión y de plantilla, se perdió información, por lo que comenzamos con la realización del mismo más tarde de lo indicado. Así mismo, todos somos personal contratado o interino y estudiar una Oposición lleva mucho esfuerzo a la par que trabajamos y tenemos vida familiar, lo que ha influido en que los plazos se alargaran nuevamente.

Hemos contado con la total colaboración de Nutrición y de Cirugía, quienes nos apoyan en la idea, ya que es muy frecuente que les pregunten dudas sobre el tema que se resolverá con los trípticos.

7. OBSERVACIONES.

Debido a los cambios de plantilla, y a los distintos intereses personales de cara a la continuación del proyecto se modifican los miembros del grupo.

La responsable de Calidad del Hospital, ya es concedora y aprueba el cambio.

El nuevo equipo está formado por:

· MODREGO IRANZO, DIANA, como responsable.

y como colaboradores

- ALFARO MELERO, ELENA
- ALLUE URZAIZ, JAVIER.
- CAMPILLOS CARBONELL, IRENE.
- COARASA PINA, SUSANA.
- DÍAZ DE CERIO, IDOIA
- FUENTES VIÑUALES, ROBERTO
- MARTINEZ CHUECA, MARIA PILAR.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/594 ===== ***

Nº de registro: 0594

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0594

1. TÍTULO

EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA

EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA

Autores:

MODREGO IRANZO DIANA, MARTINEZ CHUECA MARIA PILAR, COARASA PINA SUSANA, VALLEJO LANA MERCEDES, ALLUE URZAIZ JAVIER, CAMPILLOS CARBONELL IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Cirugías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes sometidos a una colecistectomía por laparoscopia son dados de alta en las 24-48 horas siguientes al procedimiento. En ese tiempo el personal de enfermería es incapaz de facilitarles los datos necesarios para una correcta alimentación una vez que lleguen a casa. Los pacientes nos preguntan qué alimentos pueden comer, como cocinarlos y como evolucionar en el tiempo el tipo de dieta. Es necesario un proceso estandarizado para asegurar que todos estos pacientes reciban toda la información necesaria antes del alta.
Los pacientes operados de una resección hepática tardan más tiempo en ser dados de alta. Estos pacientes a veces comienzan con nutrición parenteral y son dados de alta tomando dietas blandas o semi blandas. La recuperación es larga y los pacientes desconocen cómo introducir los alimentos poco a poco para favorecer su digestión. El proceso es individual, pero unas pautas generales facilitarían como afrontar un postoperatorio tan complejo de forma domiciliaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Los pacientes se irán a casa conjunto con el alta con la información necesaria sobre la evolución de la dieta. Asimismo se les entregará un número de teléfono directo para que puedan consultar aquellas dudas que tengan. Según la autonomía del paciente, la información se facilitará a su cuidador principal.

MÉTODO

Se realizará un papel informativo, a modo de tríptico, en el cual se divida por tiempo que alimentos deben tomar y qué manera cocinarlos. Se remarcará que los tiempos son orientativos y que cada persona se adapta de forma diferente, que no debe preocuparse si no cumple los plazos. Es un tríptico informativo, no una sucesión de objetivos a conseguir.
El personal de enfermería valorará en qué momento debe dar el tríptico, indicar que lo lea y estar dispuesto a resolver dudas. Este material se facilitará al menos 24 horas antes de que el paciente sea dado de alta. El personal auxiliar de enfermería, encargado de entregarles las dietas a los pacientes, estará entrenado para contestar a cualquier tipo de pregunta en esta materia.
Se facilitará el teléfono directo de la planta. Una versión extendida del tríptico tendrá un lugar fijo para que ante una duda telefónica cualquier personal de la planta sea capaz de contestar al paciente.

INDICADORES

Registro de dudas sobre una plantilla. El personal auxiliar de enfermería se encargará de registrar sobre una plantilla hecha por el personal encargado de este estudio las dudas que los pacientes nos formulan respecto al tríptico. El objetivo será analizar las carencias que los usuarios descubren para poder mejorarlas y facilitar así su comprensión.
Existirá una plantilla junto a la versión extendida del tríptico en la planta de cirugía hepatobiliar para apuntar allí las cuestiones que los pacientes nos realizan de forma telefónica.
Reunión con otros profesionales conocedores de este tema para añadir/modificar/borrar la información del tríptico que consideren necesaria.

DURACIÓN

Octubre 2016-diciembre 2016. Preparación del tríptico por parte del personal encargado del proyecto. Preparación de la plantilla de dudas formuladas por los pacientes.
Enero 2017-marzo 2017. Entrega sistemática del material a todo paciente ingresado en la tercera planta del edificio de traumatología (Cirugía Hepatobiliar) y registro de las dudas que los pacientes nos muestren en una plantilla.
Abril 2017. Reunión del personal encargado de este proyecto para añadir, modificar o borrar información del tríptico en base a las dudas formuladas por los pacientes.
Mayo 2017. Reunión del personal encargado de este proyecto con el personal de medicina (Cirugía Hepatobiliar) y nutrición (HUMS) para finalizar los últimos retoques del tríptico. En caso de que el material haya sufrido muchas modificaciones, volveremos a repetir en los meses siguientes (junio-septiembre 2017) el registro de dudas sobre la plantilla.
Junio 2017-en adelante. Entrega del tríptico a todo paciente sometido las dichas intervenciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0594

1. TÍTULO

EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA

OBSERVACIONES

El trabajo descrito se va realizar de forma independiente sobre los pacientes sometidos a colecistectomía y en los pacientes sometidos a segmentomías hepáticas. Por tanto son dos trabajos que se van a realizar a la par en el tiempo, con el mismo personal, pero de forma independiente.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 1 Nada
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 1 Nada
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1167

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL

Fecha de entrada: 28/12/2018

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA DUQUE MALLEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ NIEVES
SANTEIRO RAMIREZ MARIA PILAR
MATUTE MARISOL
MARTINEZ JOSE ANTONIO
DE MIGUEL ARDEVINES MENCHU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Formación del equipo de la Unidad de Coloproctología, centrándose en los miembros fijos de la plantilla. Han participado los colaboradores del proyecto.

- Plan de comunicación, actividades de formación y de participación comunitaria:

- 1) Organización de las las Jornadas de IF en el Hospital Universitario Miguel Servet y Presentación de la delegación de ASIA en Zaragoza (Asociación de pacientes con IF) . El título de las Jornadas : DETECCIÓN PRECOZ, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y TRATAMIENTO PERSONALIZADO DE LA INCONTINENCIA FECAL. Se realizó en el edificio de Docencia el 7 de junio 2018 de 16-18:30h . Se adjunta pdf del programa (Anexo 1).
- 2) Colaboración con el Gabinete de prensa del HUMS para la divulgación de las Jornadas en prensa y tv Aragon. Entrevista televisada en horario de noticias, realizada al dr Dobon y la dra Duque.
- 3) Participación en la mesa redonda de la presentación de ASIA en Barcelona. Se adjunta pdf del programa (Anexo 2).

- Recursos empleados

- 1) Quirófanos adjudicados para el procedimiento de NMS en régimen de Cirugía sin ingreso, a razón de dos sesiones por paciente (una de prueba y otra para colocar el generador definitivo): 16 procedimientos
- 2) Consulta específica de IF. A cargo de la Dra Duque y resto del equipo. Los casos se discuten en la Unidad.
- 3) Creación del grupo multidisciplinar con especialistas de Digestivo (Dr Javier Alcedo) y Rehabilitación (Dra Begoña Hidalgo).

- Cambios previstos en la oferta de servicios.

Es de prever un aumento en la demanda de NMS para estos pacientes, que hasta la fecha permanecían infratados e infraatendidos. Tenemos ya 10 pacientes en espera.

Un efecto colateral es que muchos pacientes que presentan IF y no precisan de NMS pueden beneficiarse también de otros tratamientos al fomentarse la detección precoz del problema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Método de recogida de resultados:

- 1) Base de datos de la Unidad de Coloproctología (Numbers@)
- 2) Archivo compartido de programación de neuromoduladores con los técnicos de Medtronic.
- 3) Recogida prospectiva de datos (Anexo 3)

Bibliografía:

Matzel, KE. "Fecal Incontinente" . Coloproctology. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2017,196.

Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados

- Número de pacientes que han sido tratados con NMS en un año >10 (10-15): 9 pacientes.

- Número de procedimientos en total: 16

8 test PNE (neuromodulación provisional): 7+ y 1-

7 neuromoduladores Interstim @ definitivos

1 re-colocación del neuromodulador Interstim @ que portaba la enferma.

- Protocolo preoperatorio y de seguimiento de pacientes con NMS completado (pruebas complementarias, encuestas de calidad de vida, re-programaciones, etc) > 80% (70-90): 9 (100%)

- Mejoría clínica de la IF >50% en las pacientes tratadas y a largo plazo: 8 pacientes (89%).

El estandar es conseguir una mejoría clínica de la IF >50% en las pacientes tratadas y a largo plazo.

Una paciente no ha respondido al test del PNE y está previsto repetirlo en el 2019. Nota: Este tipo de test sirven como diagnóstico de la situación, que no siempre es mejorable. El test PNE es previo a la implantación del neuromodulador definitivo Interstim@ y los materiales no tienen coste en nuestro hospital. Solamente se factura el definitivo.

- Encuestas de satisfacción estandarizadas: 6 resultados sobresalientes (10/10), 2 notables (7/10), un test negativo (pendiente de repetición y colocación del neuromodulador definitivo si resulta +).

- Colaboración con asociación de pacientes de IF de la CA de Aragón: si (100%)

- Realización de Jornadas de presentación del grupo multidisciplinar: si (100%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1167

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Nuestra experiencia en 2018 viene a reafirmarnos en el camino iniciado en el tratamiento de la IF.
- 1) Al implementar la NMS se ha dado visibilidad al procedimiento en el Servicio de Cirugía y en el Hospital. Toda la Unidad de Coloproctología se ha implicado en el proyecto
 - 2) Se ha mejorado en la organización interna de la Unidad y dado estructura formal al grupo multidisciplinario de IF con especialistas de Digestivo, Rehabilitación y Cirugía. En el futuro cabría incorporar a los radiólogos especializados ya que hemos detectado demoras importantes en los diagnósticos, sobre todo en las defecoresonancias.
 - 3) Se ha colaborado con Atención primaria y con otros hospitales que nos han referido pacientes desde el HRV y el HCU Lozano Blesa. En este camino de la integración asistencial la IF es un buen modelo de colaboración multidisciplinar.
 - 4) La colaboración con la asociación de pacientes ASIA ha fructificado en reuniones y contactos con pacientes y otros profesionales. Hemos empezado a trabajar considerando los aspectos subjetivos de nuestros pacientes y la demanda social en torno a la IF.
 - 5) El tratamiento de la IF es un proceso complejo y que requiere disponer de algoritmos de diagnóstico y de decisiones terapéuticas. Además los pacientes requieren seguimiento continuado. Todo ello nos lleva afrontar en el futuro inmediato la creación del proceso formal de IF y aspirar a constituirnos como una Unidad de Suelo Pélvico Funcional.
 - 6) Actualmente tenemos 10 pacientes en espera de NMS (Anexo 4).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1167 ===== ***

Nº de registro: 1167

Título
TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL

Autores:
DUQUE MALLÉN MARIA VICTORIA, SANCHEZ NIEVES, SANTERO MARIA PILAR, MATUTE MARISOL, MARTINEZ JOSE ANTONIO, DE MIGUEL ARDEVINES MENCHU

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Incontinencia Fecal (IF) se considera "la epidemia silente" porque está infradiagnosticada e infratratada. No disponemos de datos en Aragón pero podría afectar hasta al 2% de la población, con grupos poblacionales especialmente afectados: el 26% de las mujeres mayores de 50 años y el 40% de los pacientes ancianos frágiles. La Unidad de Coloproctología del HUMS (Zaragoza) se formó en el 2015 en el procedimiento mínimamente invasivo de Neuromodulación Sacra (NMS) dentro del algoritmo diagnóstico-terapéutico de la IF. En este proyecto se pretende implementar esta tecnología y contribuir a facilitar la gestión de la continuidad asistencial de estos pacientes para que puedan acceder a la NMS.

RESULTADOS ESPERADOS

- 5.1) Población diana: Población del Área II y, por extensión, población de la C.A. de Aragón que precise tratamiento de la IF con NMS.
- 5.2) Pacientes: Pacientes con IF que no responden a tratamiento conservador y precisan un abordaje quirúrgico de su problema.
- 5.3) Intervenciones:
Es importante gestionar la continuidad asistencial de los pacientes con IF favoreciendo su detección precoz

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1167

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL

mediante la divulgación en entornos de Atención Primaria. Y facilitar al paciente la ruta de pruebas complementarias hasta ofrecer un tratamiento personalizado.

En caso de precisarse un abordaje quirúrgico de la IF éste puede ser convencional (cirugía esfinteriana) o mínimamente invasivo (Neuromodulación de raíces sacras).

5.4) Resultados:

Resultados primarios: Tratar un número de 10-15 pacientes por año mediante NMS y asegurar su seguimiento continuado.

Resultados secundarios: Establecer circuitos de acceso al tratamiento de NMS desde AP, especializada (Digestivo, Rehabilitación, Endocrinología y Nutrición, etc) a Cirugía.

MÉTODO

6.1) Acciones previstas para lograr los objetivos: En la primera fase (2015-2017) se formaron los pioneros del equipo (Dra Duque y Dra Sanchez) y se han completado dos años de experiencia exitosos en la técnica. En una segunda fase se formará al resto del equipo de la Unidad de Coloproctología, centrándose en los miembros fijos de la plantilla.

6.2) Plan de comunicación, actividades de formación y de participación comunitaria: Se han programado actividades de difusión sobre la IF y su tratamiento especializado que pretenden concienciar a pacientes y médicos de AP. Además de la difusión en prensa ya realizada en años anteriores se están organizando las 1^{as} Jornadas de IF en el Hospital Universitario Miguel Servet y Presentación delegación de ASIA en Zaragoza El título de las Jornadas es DETECCIÓN PRECOZ, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y TRATAMIENTO PERSONALIZADO DE LA INCONTINENCIA FECAL. Se realizan en el edificio de Docencia el 7 de junio 2018 de 16-18:30h .

6.3) Descripción de los recursos previstos: Contamos con quirófanos adjudicados para el procedimiento de NMS en régimen de Cirugía sin ingreso, a razón de dos sesiones por paciente (una de prueba y otra para colocar el generador definitivo). Contamos con consulta específica de IF. Además contamos con la colaboración multidisciplinar de Digestivo y Rehabilitación. Contamos con la infraestructura de Docencia para organizar las Jornadas y con el gabinete de prensa del HUMS para su divulgación.

6.4) Cambios previstos en la oferta de servicios. Es de prever un aumento en la demanda de NMS para estos pacientes, que hasta la fecha permanecían infratados e infraatendidos. Un efecto colateral es que muchos apcientes que presentan IF y no precisan de NMS pueden beneficiarse también al fomentar la detección precoz del problema.

INDICADORES

Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados

7.1) Número de pacientes que han sido tratados con NMS en un año >10 (10-15)

7.2) Protocolo de seguimiento de pacientes con NMS completado (pruebas complementarias, encuestas de calidad de vida, reprogramaciones, etc) > 80% (70-90)

7.3) Mejoría clínica de la IF >50% en las pacientes tratadas y a largo plazo.

7.4) Colaboración con asociación de pacientes de IF de la CA de Aragón.

7.5) Realización de Jornadas de presentación del grupo multidisciplinar.

Bibliografía: Matzel, KE. "Fecal Incontinente" . Coloproctology. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2017,196

DURACIÓN

8.1) Formación del resto del equipo en NMS: 1 año

8.2) 1^{as} Jornadas de IF en el Hospital Universitario Miguel Servet: 7 de junio 2018 de 16-18:30h .

8.3) Organización de la continuidad asistencial desde AP y especializada hasta HUMS: 1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MARIO SERRADILLA MARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO
BAJADOR ANDREU EDUARDO
PASCUAL BELLOSTA ANA
CLARACO VEGA LUIS MANUEL
SANZ PARIS ALEJANDRO
DIEZ ALONSO MARIA ISABEL
MORATA CRESPO ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se lleva a cabo una reunión inicial para constitución del grupo de trabajo (junio 2018) y posteriormente 1 reunión mensual, dejando constancia mediante acta correspondiente.

Cronograma de actividades realizadas:

- Junio 2018: constitución del grupo.
- Julio-septiembre 2018: revisión bibliográfica de la evidencia científica en rehabilitación multimodal en cirugía pancreática.
- Octubre-diciembre 2018: elaboración de guía de RMM en cirugía pancreática. Cada servicio elabora la parte de la guía correspondiente a sus competencias profesionales.
- Enero-febrero 2019: corrección de la guía y elaboración de un diagrama de flujo de pacientes.
- Febrero 2019: presentación de la guía de rehabilitación multimodal en cirugía pancreática a todos los servicios implicados para comenzar la aplicación de la misma en marzo de 2019.
- Febrero 2019: elaboración de una base de datos conjunta para la monitorización de los pacientes a los que se les aplica la guía y comparar los resultados obtenidos con los pacientes de años previos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido elaborar la guía de rehabilitación multimodal en cirugía pancreática y la elaboración de la base de datos para monitorizar los pacientes incluidos. La inclusión de pacientes comienza en marzo de 2019. Los indicadores que se van a monitorizar son los siguientes: hemorragia, fístula pancreática, retraso del vaciamiento gástrico, fístula gastroyeyunal, fístula biliar, absceso intraabdominal, diarrea, transfusión postoperatoria, fístula quillosa, reintervención, reingreso, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones médicas.

Estos indicadores serán comparados con los resultados previos de los años 2015-2017 proporcionados por Control de Gestión del HUMS y el Servicio de Documentación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos que se pretenden conseguir con la aplicación de esta guía son: a) disminución de la tasa de morbilidad en cirugía pancreática un 10%, b) disminución de la tasa de reingresos, estancia en UCI y estancia media de un 10%, c) disminución de la mortalidad un en cirugía pancreática, d) aplicación del protocolo de RMM al menos al 50% de los pacientes intervenidos.

En análisis de la bibliografía existente ha permitido al grupo de trabajo implementar una guía basada en la identificación de las dificultades existentes en nuestro centro, permitiendo buscar soluciones a las mismas y adaptando dicha guía a las condiciones locales. Ello nos ha permitido establecer un flujo de pacientes eficaz y rápido para identificar a estos pacientes desde el primer momento y realizar las acciones oportunas para conseguir una rehabilitación física y nutricional adecuada antes de la cirugía y un mejor control de las complicaciones postoperatorias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1284 ===== ***

Nº de registro: 1284

Título
GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

Autores:
SERRADILLA MARTIN MARIO, SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO, BAJADOR ANDREU EDUARDO, PASCUAL BELLOSTA ANA, TORO NUÑEZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

MAXIMILIANO, CLARACO VEGA LUIS MANUEL, SANZ PARIS ALEJANDRO, DIEZ ALONSO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía HBP es una área de la cirugía con una morbimortalidad importante (25% de morbilidad y 5% de mortalidad en cirugía hepática y 50% de morbilidad y 10% de mortalidad en cirugía pancreática). La aplicación de las guías de RMM supone una disminución de esta morbimortalidad, una menor estancia postoperatoria, un acortamiento en el tiempo de recuperación para el paciente y una disminución de los costes sanitarios. Actualmente se realizan 200 cirugías de este tipo anualmente en el Hospital Miguel Servet. La alta prevalencia de complicaciones condiciona largas estancias postoperatorias y un importante consumo de recursos. La sistematización del proceso perioperatorio conlleva mejores resultados a corto plazo, menor consumo de recursos y una más rápida y mejor recuperación para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Análisis de la morbimortalidad perioperatoria facilitados por Control de Gestión del HUMS.
- Creación de una guía de RMM en cirugía pancreática y hepática basada en la evidencia científica existente.
- Difusión de las guías a los distintos servicios implicados.
- Implementación de dichas guías en la práctica clínica.
- Creación de bases de datos prospectivas.
- Fomentar la publicación de los resultados en revistas médicas.
- Disminución de la tasa de morbilidad en cirugía pancreática un 10% y hepática un 5%.
- Disminución de la tasa de reingresos, estancia en UCI y estancia media al menos un 10%.
- Disminución de la mortalidad un 1% en cirugía hepática y 2% en cirugía pancreática.
- Aplicación del protocolo de RMM al menos al 50% de los pacientes intervenidos por patología HBP.

MÉTODO

- Constitución del grupo.
- Análisis de la morbimortalidad en cirugía HBP de 2017.
- Revisión bibliográfica de la evidencia científica.
- Elaboración de la Guía de RMM en cirugía pancreática y hepática.
- Difusión de las guías en sesiones clínicas.
- Aplicación de la guía de RMM.
- Elaboración de base de datos prospectiva y recogida de datos.
- Análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de la guía a los 6 meses y al año de la puesta en marcha.
- Comunicación de los resultados a los servicios implicados.
- Publicación de los resultados en revistas de impacto.

INDICADORES

CIRUGÍA PANCREÁTICA:

Hemorragia, fístula pancreática, retraso del vaciamiento gástrico, fístula gastroyeyunal, fístula biliar, absceso intraabdominal, diarrea, transfusión postoperatoria, fístula quillosa, reintervención, reingreso, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones.

HEPATECTOMÍA

Hemorragia, fístula biliar, absceso intraabdominal, insuficiencia hepática, reingreso, reintervención, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones.

Fuente de datos: Control de Gestión del HUMS.

Estándares en cirugía pancreática: morbilidad < 50%; mortalidad < 10%.

Estándares en cirugía hepática: morbilidad < 25%; mortalidad < 2-3%.

DURACIÓN

- Jun 2018: constitución del grupo.
- Jul-sept 2018: revisión de la bibliografía.
- Oct-Nov 2018: elaboración de guía de RMM en cirugía pancreática.
- Dic 2018: difusión de la guía a los servicios implicados.
- En 2019: aplicación de la guía en cirugía pancreática. Elaboración de base de datos.
- Abr-may 2019: análisis resultados primer trimestre 2019 y elaboración de guía en cirugía hepática.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

- May-jun 2019: difusión de guía en cirugía hepática.
- Jul 2019: aplicación guía en cirugía hepática y análisis resultados primer semestre.
- Ene-feb 2020: análisis resultados anuales en cirugía pancreática y primer semestre en cirugía hepática.
- Jun-jul 2020: análisis resultados anuales aplicación de guía RMM en cirugía hepática.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HBP

Fecha de entrada: 23/02/2020

2. RESPONSABLE MARIO SERRADILLA MARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO
CLARACO VEGA LUIS MANUEL
BAJADOR ANDREU EDUARDO
SANZ PARIS ALEJANDRO
PASCUAL BELLOSTA ANA
LARA MORENO NURIA
MORATA CRESTO BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas durante 2019 son las siguientes:

- Análisis de la morbilidad perioperatoria en cirugía pancreática y hepática de años 2017-2018.
- Revisión bibliográfica de la evidencia en Rehabilitación Multimodal en cirugía hepatobiliopancreática.
- Elaboración de una Guía de Rehabilitación multimodal en cirugía pancreática (abril 2019).
- Elaboración de una Guía de Rehabilitación multimodal en cirugía hepática (noviembre 2019).
- Implementación de las guías en la práctica clínica.
- Difusión de las guías a los servicios implicados para su implementación en la práctica clínica diaria.
- Creación de bases de datos prospectivas.
- Comparación de morbilidad pre y post implantación de las Guías de RMM.
- Hemos entrado a formar parte del GERM (Grupo Español de Rehabilitación Multimodal), que actualmente está implementando las guías RICA (Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal) del Ministerio de Sanidad, con auditoría de los resultados.
- Estamos elaborando el primer trabajo del Grupo para su presentación en el IV Congreso de Rehabilitación Multimodal en marzo de 2020 en Alicante.

Se han llevado a cabo 6 reuniones del Grupo de Trabajo. Hemos tenido un ligero retraso en el análisis de los resultados de años previos a la implantación de ambas guías de trabajo al haber tardado más de un año desde el servicio de Documentación en proporcionar dichos datos.

Ha habido un retraso en la elaboración de la guía de cirugía hepática, presentándose en noviembre, por lo que aun no disponemos de resultados semestrales ni anuales.

Se han realizado 2 sesiones multidisciplinarias para presentar ambas guías a los servicios implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cirugía Pancreática: Morbilidad Pre / Post inicio protocolo (en %, salvo estancia en días)

- Estancia UCI: 8,7 / 3,9 (-55,2%).
- Estancia total: 23,9 / 17,5 (-26,7%).
- Fístula biliar: 12,5 / 20,8 (+60,1%).
- Fístula pancreática: 54,2 total (20,8 B-C o grave) / 16,7 (0%).
- Fístula gastrointestinal: 5,1 / 2,3 (-54,9%).
- Fístula quílosa: 5,2 / 2,9 (-44,3%).
- RVG: 37,5 / 4,2 (-88,8%).
- Hemorragia: 20,8 / 16,7 (19,7%).
- Colección IIA: 12,5 / 12,5 %.
- Complicaciones totales: 46,3 / 39,2 (-15,3%).
- Complicaciones médicas: 41,7 / 41,2 (-1,2%).
- Reintervención (CPRE, Rx intervencionista o cirugía): 29,2 / 20,8 (-28,7%).
- Reingreso: 12,5 / 8,3 (-33,6%).
- Exitus: 16,7 / 4,2 (-74,8%).
- Complicaciones graves: 37,5 / 20,8 (-44,5%).

Cirugía Hepática: Morbilidad Pre / Post inicio protocolo (en %, salvo estancia en días)

- Hemorragia: 3,4 / 2,9 (-14,7%).
- Fístula biliar: 17,2 / 14,3 (-16,8%).
- Absceso IIA: 15,3 / 13,8 (-9,8%).
- Insuficiencia hepática: 9,3 / 7,2 (-22,5%).
- Reingreso: 16,9 / 14,2 (-15,9%).
- Reintervención (CPRE, Rx intervencionista o cirugía): 4,8 / 4,7 (-2,1%).
- Mortalidad: 4,8 / 4,1 (-14,6%).
- Estancia UCI: 7,4 / 5,8 (-21,6%).
- Estancia total: 12,3 / 11,1 (-9,7%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HBP

- Complicaciones médicas: 23,2 /22,2 (-4,3%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La introducción de protocolos de Rehabilitación Multimodal disminuye de forma significativa la aparición de complicaciones postoperatorias, con una disminución considerable de la estancia en UCI y estancia hospitalaria total, así como de los costes sanitarios por la disminución en la utilización de recursos. Los resultados expuestos en el apartado 6 avalan la sostenibilidad del proyecto. Nos falta realizar un análisis de los datos de morbimortalidad en cirugía hepática a más largo plazo (1 año) con el fin de tener unos datos más exhaustivos. Nos incluimos dentro de Grupo Español de Rehabilitación Multimodal para poder poner en común estos datos con otros grupos y, así mismo, poder ser auditados por una fuente externa.

7. OBSERVACIONES.

Los datos proporcionados por el Servicio de Documentación han precisado ser contrastados con las historias clínicas, pues la codificación en muchos casos es incorrecta e insuficiente. Debería haber una codificación más adecuada a los ítems que manejamos en Cirugía Hepatobiliopancreática.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1284 ===== ***

Nº de registro: 1284

Título

GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

Autores:

SERRADILLA MARTIN MARIO, SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO, BAJADOR ANDREU EDUARDO, PASCUAL BELLOSTA ANA, TORO NUÑEZ MAXIMILIANO, CLARACO VEGA LUIS MANUEL, SANZ PARIS ALEJANDRO, DIEZ ALONSO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La cirugía HBP es una área de la cirugía con una morbimortalidad importante (25% de morbilidad y 5% de mortalidad en cirugía hepática y 50% de morbilidad y 10% de mortalidad en cirugía pancreática). La aplicación de las guías de RMM supone una disminución de esta morbimortalidad, una menor estancia postoperatoria, un acortamiento en el tiempo de recuperación para el paciente y una disminución de los costes sanitarios. Actualmente se realizan 200 cirugías de este tipo anualmente en el Hospital Miguel Servet. La alta prevalencia de complicaciones condiciona largas estancias postoperatorias y un importante consumo de recursos. La sistematización del proceso perioperatorio conlleva mejores resultados a corto plazo, menor consumo de recursos y una más rápida y mejor recuperación para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Análisis de la morbimortalidad perioperatoria facilitados por Control de Gestión del HUMS.
- Creación de una guía de RMM en cirugía pancreática y hepática basada en la evidencia científica existente.
- Difusión de las guías a los distintos servicios implicados.
- Implementación de dichas guías en la práctica clínica.
- Creación de bases de datos prospectivas.
- Fomentar la publicación de los resultados en revistas médicas.
- Disminución de la tasa de morbilidad en cirugía pancreática un 10% y hepática un 5%.
- Disminución de la tasa de reingresos, estancia en UCI y estancia media al menos un 10%.
- Disminución de la mortalidad un 1% en cirugía hepática y 2% en cirugía pancreática.
- Aplicación del protocolo de RMM al menos al 50% de los pacientes intervenidos por patología HBP.

MÉTODO

- Constitución del grupo.
- Análisis de la morbimortalidad en cirugía HBP de 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HBP

- Revisión bibliográfica de la evidencia científica.
- Elaboración de la Guía de RMM en cirugía pancreática y hepática.
- Difusión de las guías en sesiones clínicas.
- Aplicación de la guía de RMM.
- Elaboración de base de datos prospectiva y recogida de datos.
- Análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de la guía a los 6 meses y al año de la puesta en marcha.
- Comunicación de los resultados a los servicios implicados.
- Publicación de los resultados en revistas de impacto.

INDICADORES

CIRUGÍA PANCREÁTICA:

Hemorragia, fístula pancreática, retraso del vaciamiento gástrico, fístula gastroyeyunal, fístula biliar, absceso intraabdominal, diarrea, transfusión postoperatoria, fístula quilosa, reintervención, reingreso, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones.

HEPATECTOMÍA

Hemorragia, fístula biliar, absceso intraabdominal, insuficiencia hepática, reingreso, reintervención, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones.

Fuente de datos: Control de Gestión del HUMS.

Estándares en cirugía pancreática: morbilidad < 50%; mortalidad < 10%.

Estándares en cirugía hepática: morbilidad < 25%; mortalidad < 2-3%.

DURACIÓN

- Jun 2018: constitución del grupo.
- Jul-sept 2018: revisión de la bibliografía.
- Oct-Nov 2018: elaboración de guía de RMM en cirugía pancreática.
- Dic 2018: difusión de la guía a los servicios implicados.
- En 2019: aplicación de la guía en cirugía pancreática. Elaboración de base de datos.
- Abr-may 2019: análisis resultados primer trimestre 2019 y elaboración de guía en cirugía hepática.
- May-jun 2019: difusión de guía en cirugía hepática.
- Jul 2019: aplicación guía en cirugía hepática y análisis resultados primer semestre.
- Ene-feb 2020: análisis resultados anuales en cirugía pancreática y primer semestre en cirugía hepática.
- Jun-jul 2020: análisis resultados anuales aplicación de guía RMM en cirugía hepática.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0030

1. TÍTULO

ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE LOURDES LAHUERTA LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LANZUELA VALERO MANUELA
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER
CANTIN BLAZQUEZ SONIA
MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD
ASENSIO AROSTEGUI ROSA
MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha revisado y actualizado la cartera de servicios de los procedimientos de cirugía sin ingreso de cada uno de los Servicios quirúrgicos.

Se han actualizado dos protocolos "Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios en la UCSI" y "Valoración anestésica preoperatoria en CSI".

Se ha trabajado en la mejora de los tiempos quirúrgicos para adecuar el Rendimiento quirúrgico.

Se han mantenido reuniones con los Servicios de Cirugía Maxilofacial, Cirugía General, Traumatología y Unidad del Dolor. También se han revisado los tiempos quirúrgicos con objeto de programar en función de los mismos.

Se ha trabajado en disminuir las suspensiones quirúrgicas con causas evitables, y se está modificando la Hoja de recogida de causas de suspensión. Esto ha supuesto mejorar el conocimiento de las causas de suspensión, fundamentalmente las de mala preparación y las de no asistencia del paciente.

Aumentar el índice de sustitución de procedimientos seleccionados no se ha podido realizar este año, por lo que se propone continuar durante el año 2020 con este objetivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso: 100%.

Porcentaje de guías, vías, protocolos actualizados: 100% de los propuestos("Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios en la UCSI" y "Valoración anestésica preoperatoria en CSI").

Mejorar el Rendimiento quirúrgico (suma de tiempo del paciente en quirófano durante las horas programadas (entrada y salida de quirófano)/número total de horas programadas. Estándar: 56,7%.

Aumentar el índice de sustitución (Nº procedimientos realizados en UCSI/ Nº procedimientos susceptibles de realizarse en UCSI) de los siguientes procedimientos:

- . Artroscopia de rodilla: 6%%.
- . Hallux valgus :50%.
- . Hernioplastia inguinal :59%.
- . Fisurectomía anal: 75% y hemorroidectomía 28%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mejor utilización de los medios materiales puestos a disposición por un sistema público de salud es una de las razones que justifican nuestro proyecto de optimización de la Unidad de Cirugía sin ingreso de nuestro Hospital. La reducción de los gastos derivados de la estancia hospitalaria y una reintegración laboral más rápida del paciente operado son razones fundamentales para potenciar las técnicas de cirugía mínimamente invasiva y los programas de cirugía ambulatoria (CA) y de corta estancia, en búsqueda de una mayor eficiencia de los servicios quirúrgicos.

Nuestro objetivo principal es mejorar la calidad asistencial del paciente. En este contexto los adelantos tecnológicos han sido muy importantes, pero es fundamental también que la asistencia sea mucho más personalizada a la vez que se mejora la gestión del hospital, se liberan camas y se reducen costes económicos.

Hay que destacar también la multidisciplinariedad entre los diferentes servicios del hospital que participan en estos programas y la necesidad de concienciación para que todo el mundo esté motivado.

Por ello, se propone la continuidad del Proyecto con objeto de desarrollar un Plan de optimización y concienciación para potenciar la Cirugía Mayor Ambulatoria en nuestro Hospital.

También seguir con alguno de los objetivos pendientes como actualizar nuevos procedimientos de la Cartera de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0030

1. TÍTULO

ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Servicios de Cirugía Vasculuar, Cirugía General y Unidad del Dolor.

Y potenciar la utilización de la Unidad para Artroscopias, para realizar Hallux valgus, comenzar a hacer Ligamentos cruzados y las artroscopias de hombro.

También potencian la inclusión en la Cartera de servicios de la Unidad de procedimientos de Cirugía general como la cirugía proctologica y de ORL como la microcirugía de laringe.

7. OBSERVACIONES.

Durante el año 2019 no se ha podido trabajar en horario de tarde por la suspensión de la actividad quirúrgica por falta de anestesiólogos. Esta circunstancia también ha repercutido en la actividad de mañana con lo que la consecución de los objetivos del proyecto se ha visto muy condicionada. Fundamentalmente, en el caso de los hallux valgus, fisurectomías y hemorroidectomías.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/30 ===== ***

Nº de registro: 0030

Título
ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LAHUERTA LORENTE LOURDES, LANZUELA VALERO MANUELA, MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, CANTIN BLAZQUEZ SONIA, MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL, MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD, ASENSIO AROSTEGUI ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Procedimientos quirúrgicos
Línea Estratégica .: Sustitución por CMA u otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Cirugía sin Ingreso es una modalidad asistencial, es decir una forma organizativa y de gestión sanitaria específica con una cartera de servicios que requiere unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de los usuarios.
Se deben de seleccionar los procedimientos de la cartera de Servicios de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso, (UCSI), se incluyen clásicamente los integrados en los niveles II y III de la Clasificación de Davis y es importante revisarla periódicamente en base a su experiencia y la evolución científica y tecnológica.
Es precisa la actualización de los tiempos quirúrgicos de los procedimientos, con el fin de optimizar los recursos y evitar ingresos.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos principales del proyecto son:
- Revisar los procedimientos que realizan los Servicios quirúrgicos en la Unidad de Cirugía sin ingreso, de forma que se puedan incluir más procedimientos que son candidatos a este tipo de cirugía y retirar de la cartera de servicios aquellos que puedan realizarse en otro tipo de recurso como consulta o sala blanca.
- Revisar tiempos quirúrgicos y programaciones para mejorar los rendimientos quirúrgicos.
- Revisar las suspensiones quirúrgicas, para descubrir si existe alguna causa evitable de las mismas.

MÉTODO

-. Revisar y actualizar la cartera de servicios de los procedimientos de cirugía sin ingreso de cada uno de los Servicios quirúrgicos.
-. Actualización y/o realización de guías, vías o protocolos de los procedimientos.
-. Actualización de tiempos quirúrgicos para adecuar el Rendimiento quirúrgico
-. Aumentar el índice de sustitución de procedimientos seleccionados.
-. Disminuir las suspensiones quirúrgicas causas evitables, actualización del listado de recogida de causas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0030

1. TÍTULO

ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

de suspensión y difusión del mismo.

INDICADORES

- Porcentaje de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso (Nº de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso/ Nº Servicios que realizan procedimientos de cirugía sin ingreso). Estándar: 100%.
- Porcentaje de guías, vías, protocolos actualizados (Nº de guías, vías y protocolos actualizados/ Nº de guías, vías y protocolos vigentes a 1/1/2019). Estándar: 50%
- Mejorar el Rendimiento quirúrgico (suma de tiempo del paciente en quirófano durante las horas programadas (entrada y salida de quirófano)/número total de horas programadas. Estándar: 60%
- Aumentar el índice de sustitución (Nº procedimientos realizados en UCSI/ Nº procedimientos susceptibles de realizarse en UCSI) de los siguientes procedimientos:
 - Artroscopia de rodilla. Estándar 10%
 - Hallux valgus. Estándar: 20%
 - Hernioplastia inguinal. Estándar 50%
 - Fisurectomía anal y hemorroidectomía. Estándar 60%
- Revisión mensual de las causas de suspensión quirúrgica y análisis de las mismas(Nº de revisiones mensuales/12) Estándar 100%

DURACIÓN

Duración prevista es de 12 meses:

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Cartera de servicios	X	X	X	X	X	X	X					
Guías, vías y protocolos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Rendimiento quirúrgico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Índice de sustitución							X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1383

1. TÍTULO

INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 24/12/2019

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA DUQUE MALLEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ GERMAN ANTONIO
MATUTE NAJARRO MARIA SOLEDAD
SANtero RAMIREZ MARIA-PILAR
DE MIGUEL ARDEVINES MARIA CARMEN
SANCHEZ FUENTES MARIA NIEVES
SAUDI MORO SEF
GASCON FERRER SABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Cambios en la estructura organizativa, asignación de profesionales y cambios de funciones entre áreas o niveles asistenciales:

1.1 Auditoria de calidad y PRIMERA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CERTIFICADA EN ARAGON (Mayo 2019). Ha colaborado la Unidad de Coloproctología/ Cirugía Colorrectal (UCP).
1.2 CIRCUITOS PREFERENTES para los pacientes remitidos desde el Servicio de Urgencias, Digestivo u otros profesionales de la salud. Interconsulta a Digestivo de todos los pacientes ingresados en la UCP con constancia en la Historia Clínica del contacto y de la decisión tomada (año 2019 y siguientes)
1.3 Mejoras en los servicios y prestaciones a los pacientes: REGISTRO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA POR EII y acortamiento de tiempos de espera en cirugía programada (que antes estaba garantizado a 6 meses para patología benigna). Desarrollo de un REGISTRO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE EII DESDE 2016 hasta la fecha y siguientes.
1.3 Participación activa del equipo de UCP en el manejo de pacientes con EII hospitalizados con ATENCION CONTINUADA en guardias y consultas externas. Consultas externas con cirujanos con dedicación preferente a la EII.

2. Cambios en los procesos:

2.1 NUEVOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS: abordaje laparoscópico mayoritario en EII, anastomosis de Kono, pared abdominal compleja en fístulas enterocutáneas (2019)
2.2 POTENCIACIÓN DE NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN DE EII: introducción de la rehabilitación multimodal, abordaje del tratamiento conjunto de la patología anorrectal (inicio en 2019 e implantación en 2020).
2.3 INFORMES de actividad quirúrgica, consultas externas y asesoramiento en el embarazo (2019)

3. Formación y comunicación:

3.1 Asistencia a programas de capacitación y mejoras de competencia:

3.1.1 INTERNACIONAL: Curso "Optimizing IBD Surgery . EMEA Symposium". Hamburgo, Alemania (9-19/5/19). Dra Duque
3.1.2 NACIONAL: Jornada Takeda (11/2018) y II Jornada Takeda II (10/2019) de Cirugía Colorrectal en EII celebradas en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Doctores Duque, Martínez, Matute, Santero, de Miguel.
3.1.3 NACIONAL: Mesa redonda nacional de Enfermedad inflamatoria intestinal y actualización de la colaboración REIC. XXIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Coloproctología (AECOP). Valladolid, 15-17/5/19. Dra Duque, dra Santero.
3.1.4 LOCAL: Curso de acreditación de Darvadstrocel (Alofisel) para todos los miembros de la UAI de EII del HUMS (Diciembre 2019). Tratamiento mediante medicina regenerativa de las fístulas anales en Enfermedad de Crohn (alotransplante de células madre). Responsables quirúrgicas dra Santero y dra Duque en próxima fase de acreditación en Enero 2020 en Madrid.

3.2 Iniciativas docentes y de investigación

3.2.1 INVESTIGACIÓN NACIONAL: Inclusión del HUMS en el registro nacional de EII y cirugía, REIC, hasta Junio del 2020. Dra Duque y Dr Milian (MIR).
3.2.2. UNIVERSIDAD/MASTER: Dirección del TFM del dr Milian sobre Outcomes/ Resultados en cirugía de la EII (2019-2020). Dra Duque.
3.2.3 DIVULGACION DE NUESTRA UAI EN ÁMBITO AUTONÓMICO: Comunicación "La UAI en EII en el Hospital universitario Miguel Servet: Resultados (outcomes) de la cirugía coloproctológica (2016- 2019)" . D Millian (MIR), D Aparicio (MIR), I Gascón, S Saudí, E Delgado, V Duque. XXI Reunión de la Sociedad Aragonesa de Cirugía 26 /11/2019, Teruel.

4. Colaboración y red de contactos entre profesionales y entre éstos y los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1383

1. TÍTULO

INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

- 4.1 COMITÉ INTERDISCIPLINAR HOSPITALARIO DE EII desde Junio 2018, avalado por la UCA del hospital y con valor curricular. Reuniones periódicas los primeros jueves de cada mes. Asiste todo el equipo de la UCP.
- 4.2 Primera REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EII EN ZARAGOZA (HCU + HUMS), una visión compartida (12-3-19, Zaragoza), de ámbito regional. Cirugía participa con la ponencia: "Resultados del tratamiento quirúrgico de la EII en la unidad de Coloproctología del HUMS", dra Duque. Dra Santero, dra Matute y dra Gascón.
- 4.3 CIRUGÍA Y ENFERMERÍA: Acreditación quirúrgica conjunta con Enfermería de quirófano en tratamiento de fístulas anales con Alofisel, Madrid 14-1-2020. Consulta de estomas en el mismo espacio físico que Cirugía con enfermera especializada.
- 4.4 Reunión de la ASOCIACION DE PACIENTES ACCU Aragon (14-10-19, Caixaforum, Zaragoza) bajo el lema "Escuchando al paciente, una tarea pendiente". Participa en la discusión la dra Duque.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 6.1 PARTICIPACION EN EL COMITÉ DE EII e indicación quirúrgica multidisciplinar y con el paciente: cumplimiento 100%
- 6.2 REGISTRO QUIRÚRGICO actualizado de los pacientes intervenidos de EII: Disponemos de un registro de casos desde 2018 a 2020 con 100 pacientes intervenidos de EII. En el año 2019 se han intervenido 24 pacientes con EII, 8 de ellos por patología anorrectal. Hay 5 pacientes intervenidos de urgencia.
- 6.3 N° DE CIRUGÍAS ELECTIVAS y todas realizadas por cirujanos de la UCP. Previstas > 15, realizadas 24.
- 6.4 AMPLIACION DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OFERTADOS en EII: nueva anastomosis de KONO (1), laparoscopia en resecciones ileocecales (100%).
- 6.5 RESERVORIOS ILEOANALES: Indicados solamente en CU, no se ha realizado ninguno por consenso de la UAI.
- 6.6 TASAS DE MORBILIDAD GRAVE (Dindo 3 y 4) en cirugía programada con ingreso en UCI < 5%: Cumplimiento 100%
- 6.7 MORTALIDAD en cirugía electiva <2%: Sin mortalidad.
- 6.8 INCLUSION DEL HOSPITAL EN EL REGISTRO NACIONAL REIC DE EII para seguimiento y morbimortalidad en cirugía EII.
- 6.9 SEGUIMIENTO DE CANCER COLORRECTAL EN EII: 11 pacientes desde 2016, 1 en 2019.
- 6.10 ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN ESTOMAS: Entrevista con un enfermero/a especializado en ostomías, circuito de estomas en el 100% de casos, registro de ostomizados. Ningún estoma nuevo en 2019 por EII.
- 6.11 COMPROMISO CON LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN: cumplimiento 100%. 5 reuniones científicas, 1 comunicación, 2 ponencias, 1 TFM en curso, 1 colaboración nacional al registro REIC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 7.1 El clima laboral de la Unidad mejora cuando se le incluye en un programa con objetivos claros y misiones bien definidas a realizar en equipo.
- 7.2 Con la interacción de los equipos en EII surgen nuevas oportunidades como el tratamiento con Alofisel de fístulas anales en enfermedad de Crohn y trabajos de investigación tipo TFM o futuras tesis.
- 7.3 El trabajo multidisciplinar (clínicos especialistas del hospital y médicos de AP) e interdisciplinar (con Enfermería, Farmacia, Asociaciones de pacientes) permite obtener una visión más amplia de los pacientes y de la patología que estamos tratando y plantearnos no solo la medición de outcomes sino el valor social asociado a la cirugía.

7. OBSERVACIONES.

El HUMS está pendiente de acreditación para tratamiento con células madre (Alofisel) de las fístulas anales en enfermedad de Crohn y la UCP colabora para lograr este objetivo. Se trata de un tratamiento innovador que nos convertiría en hospital de referencia en este campo.

El tratamiento se administra a fístulas perianales complejas en pacientes adultos con enfermedad de Crohn (EC) luminal inactiva o leve, cuando las fístulas han presentado una respuesta inadecuada a, como mínimo, un tratamiento convencional o biológico. Darvadstrocel se debe utilizar tras el acondicionamiento de la fístula y se precisa un equipo quirúrgico experimentado.

El equipo de la UCP ha registrado 28 intervenciones de cirugía anal desde 2016, 8 en este año 2019. Se prevé que puedan participar en el programa de Alofisel 3-5 casos anuales.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1383 ===== ***

Nº de registro: 1383

Título
INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1383

1. TÍTULO

INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

DUQUE MALLÉN MARIA VICTORIA, MARTINEZ ANTONIO, MATUTE MARIA SOLEDAD, SANTERO MARIA PILAR, DE MIGUEL MARIA CARMEN, BUENO ALVARO, NOGUES ANA, SANCHEZ NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) engloba la Colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC). Su origen es multifactorial y de curso crónico con brotes de mayor actividad y periodos asintomáticos. Al ser incurables en el momento actual, los tratamientos actuales se orientan a mantener la remisión clínica pero un 70% de pacientes con EC y 30% con CU precisaran cirugía (en España 5000 pacientes al año). Las Unidades de Cirugía Colorrectal (UCC) deben homogeneizar sus procedimientos con protocolos actualizados e integrarse en Unidades Asistenciales Integrales (UAI) para reducir la variabilidad organizativa y terapéutica. En este marco de actuación el 6 de marzo de 2018 el Hospital Universitario Miguel Servet inicia el proceso de reconocimiento de la UAI de EII en el que los cirujanos colaboran planteándose algunas líneas de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Integración de la UCC en su UAI de referencia. La reducida población aragonesa hace necesaria la concentración de esta patología en centros de referencia para acumular experiencia en los casos más complejos. En Aragón existen la UAI del HCU y la del Hospital Miguel Servet. Nosotros hemos intervenido en los tres últimos años 74 pacientes, 55 con cirugía abdominal y 19 con problemas anorrectales. En 2018, 12 pacientes requirieron cirugía abdominal compleja y la tendencia es al alza, algunos con sucesivas cirugías.
- 2) Metodología Interdisciplinaria trabajando con gastroenterología, radiodiagnóstico, farmacia hospitalaria, dermatología, reumatología, ginecología obstetricia, enfermería, nutrición, anatomía patológica y psicología. Se realizan sesiones conjuntas periódicas y trabajo de interconsulta continuado.
- 3) Atención personalizada: Los pacientes demandan a los cirujanos un conocimiento personalizado de sus historias clínicas, acceso a tratamientos nuevos e innovadores, menos dolorosos y menos agresivos y una atención continuada.
- 4) Gestión eficiente de los recursos quirúrgicos: reducción de listas de espera quirúrgicas, atención continuada del equipo de EII y soporte informativo y administrativo para ciertas fases de la vida de los pacientes (asesoramiento sobre embarazo, apoyo en viajes, etc).

MÉTODO

Realizar los cambios necesarios en la estructura organizativa (intervenciones quirúrgicas preferentes), asignación de profesionales (cirujanos experimentados) o cambios de funciones entre áreas o niveles asistenciales (coordinación de derivaciones y traslados de otros centros)
Ofertar mejoras en los servicios y prestaciones a los pacientes: cirugía laparoscópica en EII, resolución de fístulas, pared abdominal compleja, estomas comprometidos, etc.
Cambios en los procesos: crear o modificar protocolos y procedimientos en relación a la EII.
Formación y comunicación: Asistencia a programas de capacitación y mejoras de competencia
Colaboración y red de contactos: Fomentar la interacción entre profesionales y entre éstos y los pacientes

INDICADORES

Registro actualizado de los pacientes intervenidos por EII: mensualmente
Seguimiento de cáncer colorrectal en EII: 100%
La indicación quirúrgica debe hacerse en comités de EII y con el paciente: 100%
Cirugía electiva realizada exclusivamente por cirujanos de la UCC. Previstas > 15
Entrevista con un enfermero/a especializado en ostomías: circuito de estomas en el 100%
Formación: una actividad relacionada al año, 90% del equipo
Reservorios ileoanales: recomendado con cirujanos con un mínimo de 10/año pero asumible por la larga experiencia en cirugías de oncología pélvica
Tasas de morbilidad grave en programada con ingreso en UCI < 5%
Mortalidad en cirugía electiva < 2%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1383

1. TÍTULO

INTEGRACION DE LA UNIDAD DE CIRUGIA COLORRECTAL EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

DURACIÓN

El proyecto tiene un marco temporal de 1 año, con auditoría de resultados y ciclo de mejora continua.

OBSERVACIONES

Bibliografía: Normalización de los Indicadores de Calidad para Unidades de Atención Integral a pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal . GETTECCU (Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa) y normas de acreditación de la CUE.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1729

1. TÍTULO

COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE

Fecha de entrada: 26/04/2018

2. RESPONSABLE IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA
PANTILIE BIANCA
LOBERA MOLINA FERNANDO
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES
LOGOSA PEREZ ISABEL
MIGUEL ROMEO MARIA CARMEN
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha procedido a la realización de ferulización semirrígida con composite a todos aquellos pacientes que han presentado luxación o avulsión dentaria tras traumatismo. Su realización se ha realizado tanto en el hospital infantil como en el hospital general.
Se ha realizado la actividad durante todo el año, se ha disminuido el número de revisiones postferulización, comparado con años previos, así como el de intervenciones para retirada de material clásico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cumplido el proyecto en el 100% de los pacientes con trauma dental, lo que ha repercutido positivamente en la disminución del número de consultas sucesivas y en la disminución de la ocupación quirúrgica, tanto en la colocación como en la retirada, pudiéndose realizar sin necesidad de utilizar anestesia general.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El nuevo método es más cómodo, económico y fácil, así como menos traumático para el paciente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1729 ===== ***

Nº de registro: 1729

Título
COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, PANTILIE BIANCA, LOBERA MOLINA FERNANDO, RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES, LOGOSA PEREZ ISABEL, MIGUEL ROMEO MARIA DEL CARMEN, AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

1.-El sistema de ferulización tradicional rígida utilizada hasta el momento es en determinadas patologías como la avulsión dentaria, un sobretratamiento que puede producir secuelas permanentes no deseadas (anquilosis, daño dentario, daño gingival).

2.- En numerosas ocasiones, sobretodo en Urgencias del Hospital Infantil, para una ferulización rígida es necesaria una anestesia general (y otra para su retirada), debido a lo molesto del procedimiento. Con la realización de una ferulización semirrígida de composite, la molestia del procedimiento se minimiza considerablemente, pudiendo resolverse mayoritariamente bajo anestesia local, quedando reservada la anestesia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1729

1. TÍTULO

COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE

general para pacientes no colaboradores (edad o antecedentes) o que precisen por fractura alveolodentaria ferulización rígida.

3.- El paciente portador de ferulización rígida debe ser reevaluado en consulta externa, y debe acudir una vez más a un quirófano de locales o de anestesia general para ser retirada. La ferulización semirrígida es valorada por Odontólogos y retirada por los mismos, con menor secuela permanente indeseada.

4.- El sistema de ferulización rígido es más engorroso de portar, precisa de mayor cantidad de material esterilizable y por tanto limita en ocasiones el medio en el que puede realizarse. El nuevo sistema de ferulización semirrígida de composite es portable y más cómodo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. INICIO DE USO DE SISTEMA SEMIRRÍGIDO DE FERULIZACIÓN CON COMPOSITE
2. DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE BAJO ANESTESIA GENERAL PARA REALIZACIÓN DE FERULIZACIÓN
3. DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS EXTERNAS A LAS QUE DEBE ACUDIR EL PACIENTE
4. PORTABILIDAD DEL SISTEMA DE FERULIZACIÓN

MÉTODO

OFERTA DE SERVICIOS PROPUESTA Ferulización semirrígida con composite para tratamiento de traumatismos bucodentarios

Se prepara el material para la realización de ferulización semirrígida.

Se procederá a su colocación en dispositivo portable.

Se procederá a la información del Servicio del nuevo sistema a implantar

Se procederá a las sesiones clínicas pertinentes dirigidas a conocer:

- Indicación y contraindicación de la ferulización semirrígida
- Materiales a utilizar
- Secuencia del uso del composite
- Técnica de ferulización semirrígida

INDICADORES

Se procederá a la valoración de las citas indicadas a pacientes ferulizados, observándose su disminución.

Se procederá a la valoración de los pacientes intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general para colocación o retirada de férula y se comparará con años previos.

DURACIÓN

La fecha de cronograma de inicio prevista es 2017 y se pretende su implantación futura sin límite de fecha.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1730

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL (AMPLIACION OBJETIVOS DE LA LINEA DE MEJORA DE 2016)

Fecha de entrada: 26/04/2018

2. RESPONSABLE TANIA RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PANTILIE BIANCA
LOBERA MOLINA FERNANDO
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES
LOGOSA PEREZ ISABEL
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de documento individual para cada paciente donde viene reflejado los antecedentes, evolución, tratamientos previos, escalas de clasificación y escala visual zonal, junto con nuestra propuesta de tratamiento y la especificación del tratamiento recibido el día de la visita.
Se establece un documento al cuál pueden acceder todos los especialistas que tratan de forma multidisciplinar esta patología, además se les entrega a los pacientes una copia de dicho informe, de manera que también puedan ser consultados por especialistas ajenos a nuestra área de salud. En dicho informe se detalla el tratamiento propuesto y recibido, junto con las dosis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se incluye en el estudio al 100 % de los pacientes derivados a nuestra consulta de parálisis facial, si se considera que son susceptibles de mejoría, consiguiendo consenso en su tratamiento con otras especialidades. Como indicadores tenemos el acceso vía intranet a todos los informes y el índice de satisfacción del personal médico y de los pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ofrece a pacientes con importantes limitaciones estéticas y funcionales un seguimiento y tratamiento adecuado, del que se carecía previamente.
Como aspectos a mejorar podría ser intentar tener más divulgación de la Unidad dentro del sistema aragonés de Salud, fuera del Sector II

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1730 ===== ***

Nº de registro: 1730

Título
ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL (AMPLIACION OBJETIVOS LINEA MEJORA 2016)

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, PANTILIE BIANCA, LOBERA MOLINA FERNANDO, RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES, LOGOSA PEREZ ISABEL, MIGUEL ROMEO MARIA DEL CARMEN, AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

1.-El tratamiento multidisciplinar y las distintas corrientes filosóficas en el tratamiento de los pacientes con parálisis facial, hace que en ocasiones los diversos especialistas que realizamos tratamiento de esta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1730

1. TÍTULO

ATENCIÓN A PACIENTES DE PARÁLISIS FACIAL (AMPLIACION OBJETIVOS DE LA LINEA DE MEJORA DE 2016)

enfermedad incurramos en diferencias de opinión, criterios opuestos o usos depuestos de técnicas, que pueden confundir y/o desorientar al paciente. Por ello adquirimos el compromiso de organizar una jornada extrahospitalaria en la que con formato "foro abierto" podamos discutir las líneas de tratamiento interdisciplinar. Se perseguirá que fruto de esta reunión consigamos formar un grupo interdisciplinar con compromiso para el tratamiento de estos pacientes.

2.- La realidad clínica de estos pacientes, es que la evaluación del estado del paciente y de su capacidad funcional pre y postratamiento es subjetiva. Se realizan habitualmente escalas clínicas aceptadas pero que dan poco detalle sobre la dinámica o estática de cada zona facial mímica. Por esta razón se decide realizar un documento en el que consten: antecedes de interés, evolución, tratamiento recibido previamente, escalas de clasificación clásicas y también una escala visual zonal, así como propuesta de tratamiento, y de realizarse en la consulta especificación del tratamiento recibido ese día. Se apreciarán también sugerencias o aportaciones del paciente.

3.- Dado que varios servicios tratan desde distintos ángulos a estos pacientes, establecemos el compromiso de accesibilidad de los informes a otros especialistas a través de la red interna del Salud para que les permita unificar la línea de tratamiento si lo estiman, o valorar su discusión.

4.-Se administrará copia física al paciente del informe, para que sean conscientes de su evolución, valoren con otros especialistas a los que consulten pertenezcan o no a la red pública de salud. Asimismo, constarán las dosis de tratamiento administrado de toxina botulínica, para que ningún especialista de centro propio o ajeno dude respecto a posibilidad de silmutanear tratamiento por otra patología (distonías, síndromes miofasciales o motivación estética)

RESULTADOS ESPERADOS

1. TRATAR DE UNIFICAR LAS LINEAS DE TRATAMIENTO DE PACIENTES DE PARÁLISIS FACIAL CONSENSUANDOLAS CON OTROS SERVICIOS QUE COLABOREN EN EL TRATAMIENTO DE ESTOS PACIENTES (REHABILITACIÓN, PLASTICA, ORL, OFTALMOLOGÍA)
2. REALIZACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMÁTICO NORMALIZADO EN EL QUE CONSTE LA INFORMACIÓN PRECISA DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE POR VISITA, ASI COMO DEL TRATAMIENTO PROPUESTO O REALIZADO EN LA VISITA
3. POSIBILIDAD DE FACILITAR ACCESO DE ESA DOCUMENTACIÓN EN LA RED INTERNA DEL SALUD
4. FACILITAR AL PACIENTE DOCUMENTACIÓN EN CADA VISITA, TANTO COPIA DEL INFORME COMO DOCUMENTACIÓN GRÁFICA DE EJERCICIOS A REALIZAR DE ESTAR INDICADOS

MÉTODO

OFERTA DE SERVICIOS PROPUESTA ATENCIÓN GLOBAL AL PACIENTE CON PARÁLISIS FACIAL AMPLIACIÓN OBJETIVOS

- Se procederá a la realización de una jornada de unificación de criterios hospitalaria
- Se procederá a contactar con Servicio de informática para crear un formulario que pueda ser accesible vía Intranet
- Se procederá a cumplimentar el formulario en cada visita o consulta
- Se procederá a facilitar copia al paciente y se colgará documento accesible a otros profesionales.

INDICADORES

Se procederá a la valoración de la información proporcionada al paciente como su acceso a través de red interna. Se procederá a la valoración por parte de los miembros del servicio de la opinión de mejora de la calidad asistencial ofertada.

DURACIÓN

La fecha de cronograma de inicio prevista es 2017 y se pretende su implantación futura sin límite de fecha.

OBSERVACIONES

Debe reseñarse que se han conseguido todos los objetivos de la línea de mejora previa del 2016, de atención a pacientes de parálisis facial:

- UNIFICANDO LAS CONSULTAS DE PARÁLISIS FACIAL, CREANDO DISPOSICIÓN DE UN DÍA DE CONSULTA MENSUAL, PARA MEJORAR LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE
- UNIFICANDO EL CRITERIO DE ANAMNESIS SUBJETIVA MEDIANTE REGISTRO FOTOGRÁFICO PREVIA FIRMA CI
- PROTOCOLIZANDO Y UNIFICANDO LOS CRITERIOS DE EXPLORACIÓN
- ESTANDARIZANDO EL USO DE TRATAMIENTO MÉDICO CON TOXINA BOTULÍNICA PARA DISMINUIR EL GASTO GLOBAL (citando todos los pacientes mismo día para no desechar mediación)

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1730

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL (AMPLIACION OBJETIVOS DE LA LINEA DE MEJORA DE 2016)

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1392

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA
PANTILIE BIANCA
LOBERA MOLINA FERNANDO
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ
MIGUEL ROMEO CARMEN
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES
LEGASA PEREZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Confección de hoja informativa para el paciente en el que consta de forma clara, concisa y dinámica un calendario de citas y conocimiento de las pruebas a las que será sometido. Se asocia adendum en el que se hace notar las actitudes activas que debe tomar tras las pruebas. Con el documento se informa al MAP de su diagnóstico en proceso, y se facilitan teléfonos de contacto. Se utilizan los recursos materiales habituales (fotocopias y papel) y humanos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados han sido satisfactorios, cumplimentándose en la totalidad de los casos y objetivándose una ausencia de pérdida de pacientes durante la activación del protocolo de diagnóstico rápido. Se objetivaron llamadas telefónicas sobre dudas y sobre adelanto de fechas de consulta por pruebas realizadas con anterioridad a lo previsto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El exceso de información administrada al paciente y la premura de las pruebas diagnósticas en el contexto de una sospecha diagnóstica de malignidad transmitida, hace que el paciente no memorice los datos de forma correcta, por lo que se facilita todo por escrito y se le dan armas de actitud activa para solucionar los posibles problemas de comunicación y seguimiento, valorándose en su conjunto como muy positivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1392 ===== ***

Nº de registro: 1392

Título
CONTROL INTERNO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO RAPIDO

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, DELSO GIL ELENA, PANTILIE BIANCA, LOBERA MOLINA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- 1.- En nuestra especialidad el diagnóstico clínico de la patología oncológica es vital.
- 2.- Cuando el paciente es valorado en consulta externa, suele proporcionársele cita urgente para realización de biopsia que confirme el diagnóstico de sospecha.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1392

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO

3.- En otras ocasiones se realiza una biopsia de lesión a priori no sospechosa, pero durante el acto quirúrgico se modifica el criterio y se decide activar el protocolo de diagnóstico urgente.

4.- En ciertas ocasiones, nuestros pacientes presentan un perfil de adherencia a consultas, pruebas y seguimiento complicado, por su situación social y de hábitos tóxicos. En el momento actual identificamos como problemas la pérdida de tiempo vital para el tratamiento con las consiguientes repercusiones clínicas y de supervivencia.

5.-, Por todo lo anterior pretendemos establecer un seguimiento interno de estos pacientes independientemente de las actitudes activas que se les recomiendan.

RESULTADOS ESPERADOS

1. TOMA DE REGISTRO DE NOBRE Y DATOS DEL PACIENTE DIANA, ASOCIANDO FECHA Y CIRUJANO QUE REALIZA LA TOMA
2. TRAZABILIDAD Y ACCESO PERMANENTE POR NUESTRO SERVICIO A LA HISOTIRA CLINICA FISICA DEL PACIENTE
3. ASEGURAR QUE EL PACIENTE TIENE CITA PARA RECEPCIÓN DE RESULTADOS
4. CONTROL DE RESULTADOS ANATOMOPATOLÓGICOS Y RECLAMACIÓN DE LOS MISMOS SI EL RITMO NO ES PROCEDENTE
5. ADELANTAMIENTO DE CITA DE RESULTADOS SI ES PRECISO

MÉTODO

- Se procederá a la realización de un registro físico de todos los datos del paciente con sospecha oncológica
- El personal del quirófano de locales contactará con administrativos de consulta para confirmar cita de recepción de resultados y permita control de historia clínica física
- Se procederá a contactar con Servicio de Anatomía Patológica si el tiempo de resultados de muestra urgente no son los estimados
- Se procederá a adelantar cita al paciente con resultados positivos de ser preciso.

INDICADORES

Se procederá a la valoración por parte de los miembros del servicio de la pertinencia y opinión de mejora de la calidad asistencial ofertada.

DURACIÓN

La fecha de cronograma de inicio prevista es 2018 y se pretende su implantación futura sin límite de fecha

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1393

1. TÍTULO

CONTROL INTERNO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO RAPIDO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA
PANTILIE BIANCA
LOBERA MOLINA FERNANDO
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ
MIGUEL ROMEO CARMEN
LEGASA PEREZ ISABEL
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de registro físico de todos los datos del paciente con sospecha oncológica, tanto en quirófano de locales, como en consulta externa. Se realiza seguimiento de la biopsia y se contacta con el servicio de Anatomía Patológica si los tiempos son excesivos, y se adelantan las citas a los pacientes de ser preciso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados son óptimos, permitiendo el control de los pacientes con sospecha oncológica, y asegurando que no se extravía el paciente ni se exceden los tiempos diagnósticos o de citas de resultados. De esta forma, no hemos pasado por alto ningún diagnóstico de sospecha clínica y hemos disminuído tiempos de espera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El control interno permite hacer seguimiento de los tiempos de espera de biopsias, radiologías y consultas, y adherencia del paciente a las revisiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1393 ===== ***

Nº de registro: 1393

Título
HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, DELSO GIL ELENA, PANTILIE BIANCA, LOBERA MOLINA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- 1.-El paciente oncológico accede a nuestro Servicio desde distintas vías: derivación de médico de atención primaria, derivación de otro especialista, derivación por odontólogo o autoderivación desde Servicio de Urgencias.
- 2.- En numerosas ocasiones, el paciente se ve inmerso en una espiral de pruebas diagnósticas complejas y una dinámica de trabajo que les es ajena y complicada de entender.
- 3.- En ciertas ocasiones, nuestros pacientes presentan un perfil de adherencia a consultas, pruebas y seguimiento complicado, por su situación social y de hábitos tóxicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1393

1. TÍTULO

CONTROL INTERNO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO RAPIDO

4. En el momento actual identificamos como problemas la pérdida de tiempo vital para el tratamiento, por mala comprensión de citas, pérdida de visitas por no comprender la gravedad de su problema, con las consiguientes repercusiones clínicas y de supervivencia

RESULTADOS ESPERADOS

1. ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN BÁSICA POR ESCRITO QUE PERMITA AL PACIENTE SER CONSCIENTE DEL RITMO DE URGENCIA DIAGNÓSTICA QUE SE ACTIVA POR SU PATOLOGÍA
2. CALENDARIO DE LAS PRUEBAS SOLICITADAS
3. DINÁMICA DE CITAS DE LAS PRUEBAS
4. ACTITUDES ACTIVAS A TOMAR TRAS LAS PRUEBAS
5. TELEFONOS DE CONTACTO PARA DUDAS
6. COMUNICACIÓN FÍSICA PARA QUE SU MAP PUEDA CONOCER LA SITUACIÓN Y SUPERVISAR AL PACIENTE CON MALA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

MÉTODO

- Se procederá a la confección de una hoja informativa para el paciente en el que conste de forma clara concisa y dinámica un calendario de citas y conocimiento de las pruebas a las que será sometido
- Se realizará un adendum en el que se haga notar las actitudes activas que el paciente debe tomar tras las pruebas (comunicar al personal de la consulta la realización de aquellas que por la urgencia no tengan día asignado al día de activación de la vía de diagnóstico rápido)
- Se recomendará enseñar el documento al MAP para que sea conocedor del protocolo que se activa y permita tomar actitud paternalista de ser preciso
- Se facilitarán teléfonos para acceso a más información o comunicación de incidencias.

INDICADORES

Se procederá a la evaluación subjetiva de los pacientes de la utilidad de la información aportada.
Se procederá a la evaluación de la mejora de la adherencia a las citas y al conocimiento de la urgencia de la patología

DURACIÓN

Se procederá a la evaluación subjetiva de los pacientes de la utilidad de la información aportada.
Se procederá a la evaluación de la mejora de la adherencia a las citas y al conocimiento de la urgencia de la patología

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1185

1. TÍTULO

PROTOCOLARIZACIÓN MANEJO DE TRATAMIENTO PREOPERATORIO MAXILOFACIAL EN PACIENTE DIABÉTICO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DELISO GIL ELENA
RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA
CAYON GELI CRISTINA
LEGASA PEREZ ISABEL
LAHUERTA MARTINEZ ANA CARMEN
RAMOS NOGUERAS CONSUELO
SANZ PARIS ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha realizado un protocolo de tratamiento de las glucemias del paciente diabético en consenso con la Unidad de Nutrición.
-En la planta consta el protocolo para su aplicación.
-Hemos enviado el protocolo a farmacia para que en el momento de la instauración del tratamiento monodosis se pueda aplicar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha logrado la unificación de las pautas de tratamiento según las glucemias de los pacientes, tanto en el momento de ayunas previas a la intervención como en el seguimiento en la planta.
Se ha unificado así mismo con otros dos servicios quirúrgicos con los que compartimos planta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con este protocolo unificamos las pautas de aplicación de insulina según las glucemias. Con ello evitamos confusiones con diferentes pautas, y se toman las medidas pertinentes para que estos pacientes lleguen a quirófano minimizando los riesgos asociados a su patología.
El protocolo está pendiente de aprobación por la Unidad de Calidad pero consta en la planta, y ya se está aplicando.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1185 ===== ***

Nº de registro: 1185

Título
PROTOCOLARIZACION MANEJO DE TRATAMIENTO PREOPERATORIO MAXILOFACIAL EN PACIENTE DIABETICO

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, DELSO GIL ELENA, LOBERA MOLINA FERNANDO, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, CAYON GELI CRISTINA, LEGASA PEREZ ISABEL, LAHUERTA MARTINEZ ANA CARMEN, RAMOS NOGUERAS CONSUELO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La DM es una condición de hiperglicemia prevalente en la población y quienes la padecen tienen mayor probabilidad de requerir una cirugía en algún momento de su vida.
Es reconocido que la cirugía produce respuesta a estrés en el paciente, desencadenando un desbalance de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1185

1. TÍTULO

PROTOCOLARIZACIÓN MANEJO DE TRATAMIENTO PREOPERATORIO MAXILOFACIAL EN PACIENTE DIABÉTICO

hormonas y citoquinas, favoreciendo un aumento de la glicemia, glucagón, catecolaminas, cortisol y resistencia a la insulina, lo que resulta en el desarrollo de hiperglicemia intra y/o postoperatoria. Se ha demostrado que la hiperglicemia es un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones postoperatorias y de complicaciones cardiovasculares, alterando la respuesta inmune y produciendo un estado proinflamatorio en el período perioperatorio.

Por todo esto creemos necesario protocolarizar el tratamiento preoperatorio de estos pacientes, para evitar en ellos situaciones de hipo o hiperglicemias que darían lugar a mayor probabilidad de complicaciones y morbilidad. En el momento actual existen protocolos complejos de manejo del paciente diabético, desmesurados para determinadas cirugías o poco adaptados para pacientes que precisan nutrición enteral, por lo que creemos que es necesario tener un protocolo propio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mediante la realización de un protocolo de manejo preoperatorio del paciente diabético en Cirugía Oral y Maxilofacial, se conseguirá: un mayor control de la glucemia de estos pacientes, disminuir la variabilidad de pautas, y, por tanto, minimizar las complicaciones derivadas.

MÉTODO

Se realizará un protocolo para el manejo de estos pacientes en nuestro Servicio, con publicación en Intranet. Se coordinará con la Unidad de Nutrición y el Servicio de Endocrinología. Se informará de ello a responsables y personal de la planta y del Servicio para conocimiento y aplicación del mismo.

INDICADORES

Se debe aplicar el protocolo a todo paciente diabético que ingrese en nuestro Servicio para una intervención quirúrgica. Para su evaluación se realizará revisión de Historias clínicas.

DURACIÓN

Abril-Mayo 2019: Redacción de protocolo.
Junio-Julio 2019: Aprobación de protocolo.
Septiembre-Octubre 2019: Implantación de protocolo.
Enero-Febrero 2020: revisión de Historias Clínicas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1196

1. TÍTULO

ENTREGA DE HOJA DE RECOMENDACIONES EN PACIENTES TRAS TRATAMIENTO EN QUIRÓFANO DE LOCALES DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA

LOBERA MOLINA FERNANDO

GALLEGO SOBRINO ROCIO

DEL SO GIL ELENA

MAHAVE CARRASCO ROSA BLANCA

HERNANDEZ ALONSO TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Redacción de Hoja de Recomendaciones (Mayo 2019).

-Información y consenso en sesión de Servicio y a personal de consultas y quirófano de Cirugía Oral y Maxilofacial.

-Entrega de Hoja de Recomendaciones a pacientes intervenidos (inicio en Junio 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se incluye la entrega de la Hoja de Recomendaciones con toda la documentación que se facilita al paciente tras una intervención en el quirófano de locales de Cirugía Oral y Maxilofacial (informe, recetas y hoja de recomendaciones).

Esto nos facilita el que el paciente comprenda los cuidados a tener tras la cirugía.

La información se entrega con aceptación por parte del Servicio (lo entrega el personal médico) y de pacientes (les tranquiliza tener la información por escrito).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el quirófano de locales de Cirugía Oral y Maxilofacial, la gran mayoría de las intervenciones realizadas precisan los mismos cuidados domiciliarios. El cirujano los explica verbalmente pero el paciente recibe mucha información en poco tiempo. Por eso la decisión de redactar un documento simple pero que resuelva al paciente las posibles dudas que le puedan surgir en casa.

Se seguirá entregando esta hoja de manera sistemática, e incluso se ha planteado la entrega del documento en pacientes que se van de alta desde la planta tras una cirugía oral bajo anestesia general o sedación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1196 ===== ***

Nº de registro: 1196

Título
ENTREGA DE HOJA DE RECOMENDACIONES EN PACIENTES TRAS TRATAMIENTO EN QUIROFANO DE LOCALES DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, LOBERA MOLINA FERNANDO, GALLEGU SOBRINO ROCIO, DELSO GIL ELENA, MAHAVE CARRASCO ROSA BLANCA, HERNANDEZ ALONSO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Enfermedades derivadas de los dientes, Enfermedades de cavidad oral

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1196

1. TÍTULO

ENTREGA DE HOJA DE RECOMENDACIONES EN PACIENTES TRAS TRATAMIENTO EN QUIRÓFANO DE LOCALES DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

PROBLEMA

En nuestro Servicio se realizan de 13 a 15 intervenciones de Cirugía Oral al día. El paciente, tras una intervención de este tipo recibe un informe del tratamiento realizado y se le dan las recomendaciones a seguir en los días de postoperatorio. Estamos realizando una nueva hoja informativa que explica éstas de forma más simplificada para mayor comprensión del paciente. En estos casos la información que se proporciona es mucha y creemos necesario que el paciente pueda consultar un documento ante las dudas que le surjan. Con estas medidas se proporciona información necesaria para la aplicación de cuidados domiciliarios que previenen la inflamación, mejoran la analgesia y evitan complicaciones postoperatorias.

RESULTADOS ESPERADOS

Realización de hoja de recomendaciones postoperatorias en cirugía oral de fácil comprensión por el paciente. Entrega de la misma a todos los pacientes que se hagan una intervención de cirugía oral para la aplicación de tratamiento domiciliario.

MÉTODO

Se realizará una hoja informativa para los pacientes que van a ser intervenidos en quirófano local de Cirugía Oral y Maxilofacial. Se informará de ello a responsables y personal del quirófano local y del Servicio para conocimiento y aplicación del mismo.

INDICADORES

Se debe entregar la hoja de recomendaciones a todo paciente que se realice una intervención en nuestro quirófano de locales. Control de reparto de hoja informativa y confirmación de pertinencia en pacientes de visitas sucesivas.

DURACIÓN

Abril-Mayo 2019: Redacción de hoja de recomendaciones.
Junio-Julio 2019: Comienzo de entrega de hojas a pacientes intervenidos.
Enero-Febrero 2020: revisión de Historias Clínicas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO CARBONEL BUENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RIPALDA MARIN JORGE
CARDONA MOLFAY RAFAEL
RODRIGUEZ NOGUE LUIS
PINILLA GRACIA CRISTIAN
MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER
POLO PELLICENA MARCOS
CALVO LOPEZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CONSENSO CON EL S° DE ANESTESIA PARA TIPO DE PACIENTE Y PATOLOGÍA A INCLUIR. (REALIZADO).

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO Y GUÍA PARA ENTREGAR AL PACIENTE CON LAS INDICACIONES PRE Y POSTOPERATORIAS. (REALIZADO).

ADIENTRAMIENTO EN ARTROSCOPIA DE HOMBRO DEL PERSONAL DE ENFERMARÍA (PENDIENTE ADIENTRAMIENTO EN ARTROSCOPIA PARA NUEVO PERSONAL)

MATERIAL NECESARIO PARA QUIRÓFANO. (ADMITIDA LA ACTUALIZACIÓN PERO PENDIENTE DE ENTREGA)

CONSULTA ESPECÍFICA DE ANESTESIA PARA CSI. (REALIZADO)

INCLUSIÓN DE NUEVAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS EN CSI. (REALIZADO).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

DICHOS RESULTADOS SE HAN OBTENIDO REVISANDO NUESTRA BASE DE DATOS INTERNA DE LA UNIDAD ADEMÁS DEL LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA, LOS LIBROS DE QUIRÓFANO Y PLANTA Y LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES.

ARTROSCOPIAS DE HOMBRO EN CSI / ARTROSCOPIAS DE HOMBRO TOTALES. 8/117
N° DE PACIENTES EN LEQ PARA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO CON DEMORA > 6 MESES. 22 PACIENTES
ESTANCIA MEDIA DE ARTROSCOPIAS DE HOMBRO CON INGRESO. 1.8 DÍAS

EL RESULTADO ES SATISFACTORIO AUNQUE PRETENDEMOS MEJORARLO AUMENTANDO EL NÚMERO DE CIRUGÍAS A REALIZAR. EN LAS REVISIONES EN CONSULTA NO HEMOS OBJETIVADO DIFERENCIAS TANTO EN DOLOR COMO EN EVOLUCIÓN POSTERIOR RESPECTO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS CON INGRESO. NO HEMOS REQUERIDO EN NINGÚN CASO DEL INGRESO EN PLANTA TRAS LA CIRUGÍA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL PROYECTO SUPONE UNA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE YA QUE EVITA EL INGRESO EN PLANTA Y EL PERJUICIO QUE ESTO SUPONE TANTO PARA ÉL COMO PARA SU ENTORNO. ADEMÁS SUPONE UN IMPORTANTE AHORRO ECONÓMICO PARA EL CENTRO. LA DURACIÓN DEL PROYECTO PUEDE SER ILIMITADA UNA VEZ INSTAURADO. ESTE PROYECTO PODRÍA APLICADO EN OTROS CENTROS DEL SALUD QUE CUMPLAN CON LOS MEDIOS Y PROFESIONALES ADECUADOS PARA REALIZAR TANTO CIRUGÍA SIN INGRESO COMO CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO.

DURANTE ESTE AÑO SE HA DISMINUIDO EL NÚMERO DE CIRUGÍAS REALIZADAS RESPECTO A AÑOS ANTERIORES POR MOTIVOS QUE EXPLICARÉ EN EL SIGUIENTE APARTADO, PERO PESE A ELLO EL NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE MÁS DE 6 MESES HA DISMINUIDO POR LO QUE LOS OBJETIVOS SE SIGUEN CUMPLIENDO EN ALGUNA MEDIDA.

EL OBJETIVO ES PODER REALIZAR 2 CIRUGÍAS DE ESTE TIPO POR SESIÓN QUIRÚRGICA, ADEMÁS DE OTRAS MENORES, Y PODER INCORPORARLAS AL TURNO DE TARDE SI ÉSTE VUELVE A IMPLANTARSE.

7. OBSERVACIONES.

DURANTE ESTE AÑO 2018 HAN ACAECIDO DISTINTOS ACONTECIMIENTOS QUE HAN ALTERADO EL CURSO "NORMAL" DEL PROYECTO PERO NO LO HAN ALTERADO EN GRAN MEDIDA:

- UN MIEMBRO DE NUESTRA UNIDAD CAUSÓ BAJA POR LO QUE TUVIMOS QUE REEVALUAR MÚLTIPLES PACIENTES DILATANDO ASÍ LA LISTA DE ESPERA.

- NUEVAMENTE HUBO TRASLADOS EN EL SERVICIO DE ENFERMERÍA CON EL CONSIGUIENTE PERIODO DE FORMACIÓN QUE SUPUSO PARA ELLAS.

- EL NÚMERO DE QUIRÓFANOS DE CSI QUE NOS FUE ASIGNADO TAMBIÉN FUE INFERIOR, PERO LO INTENTAMOS SUBSANAR DERIVANDO PROCESOS MENORES A LA SALA BLANCA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

- LA DERIVACIÓN A CLÍNICAS PRIVADAS DE NUESTROS PACIENTES HA SIDO IMPORTANTE. LOS PACIENTES QUE SE DERIVAN SON FUNDAMENTALMENTE LOS SUBSIDIARIOS DE CIRUGÍA EN CSI, YA QUE LOS CASOS MÁS COMPLEJOS SON HABITUALMENTE RECHAZADOS Y LOS REALIZAMOS NOSOTROS EN EL QUIRÓFANO CONVENCIONAL. POR ESTE MOTIVO EL NÚMERO DE PACIENTES INTERVENIDOS EN CSI ES MENOR PROPORCIONALMENTE ESTE AÑO.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/26 ===== ***

Nº de registro: 0026

Título
AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Autores:
CARBONEL BUENO IGNACIO, RIPALDA MARIN JORGE, CAMACHO CHACON JORGE ALBERTO, SOLA CORDON ALEJANDRO, CARDONA MALFEY RAFAEL, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, CALVO LOPEZ MARIA TERESA, SALAS GARCIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El tiempo que permanecen los pacientes en lista de espera para una intervención quirúrgica es muy prolongado. Tal circunstancia ha supuesto un importante deterioro en la atención a este grupo de pacientes, que actualmente sufren una demora de su intervención quirúrgica de alrededor de 1 año, con las consiguientes repercusiones funcionales, laborales y familiares.

Por otro lado, no podemos olvidar los problemas económicos por los que pasa nuestro sistema sanitario. Los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro requieren, en las condiciones actuales, ingresar el día previo a la cirugía, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención, en la mayoría de las ocasiones. Por lo tanto, requieren una estancia hospitalaria de 2 días.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Consenso con el Sº de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir
2. Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el Sº de Traumatología como por el de Anestesia
3. Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería
4. Material necesario para su realización en quirófano.
5. Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
6. Ya se ha comenzado la realización de cirugía con resultados satisfactorios y si ningún reingreso de las patologías incluidas hasta el momento.

MÉTODO

Se va a realizar una ampliación del proyecto ya comenzado incluyendo una nueva indicación quirúrgica, como es la luxación recidivante de hombro simple y compleja, que supone alrededor del 30% de toda la patología artroscópica de hombro intervenida en este centro. Con este efecto realizamos el siguiente proyecto aprovechando el iniciado previamente y mejorándolo y ampliándolo con el efecto de mejorar los resultados.
Para la realización de este proyecto se va a elaborar, junto con el Servicio de Anestesia del CRTQ, la guía clínica preceptiva para la implantación del nuevo procedimiento quirúrgico en la cartera de servicios de la Cirugía Sin Ingreso (CSI).
La primera parte del proyecto sería dotar el quirófano con el material necesario para la cirugía artroscópica. Dicho material ya existe al tratarse de una mejora de un proyecto ya existente.
El proyecto continuaría en la consulta de traumatología con la inclusión de pacientes con luxación recidivante de hombro además de seguir con las indicaciones previas. Posteriormente el paciente deberá asistir a la consulta de Anestesiología, donde se evaluará si cumple los criterios generales para inclusión en el programa de CSI, y si sus condiciones particulares de salud son adecuadas a este tipo de cirugía-.
La cirugía se realizará, siguiendo las indicaciones del Servicio de Anestesia, con anestesia loco-regional y general combinada, que permite el alta el mismo día de la intervención y un control adecuado del dolor

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

postoperatorio inmediato.

Al alta el paciente recibirá el correspondiente informe escrito en el que se consignarán las precauciones a tener por parte del paciente, el tratamiento postoperatorio y la fecha de revisión en la consulta del Traumatólogo.

INDICADORES

Para la monitorización del proyecto se van a usar como índices: artroscopias hombro en CSI/artroscopias hombro totales. N° de pacientes en LEQ Hombro con demora > 6 meses. Estancia media de artroscopias hombro con ingreso. Dichos índices se evaluarán con una periodicidad de 6 meses

DURACIÓN

El nuevo proyecto puede comenzar de inmediato ya que se va a aprovechar la estructura creada previamente y el acuerdo con el S° de Anestesia ya existe para valorar los nuevos pacientes incluidos con diagnóstico de luxación recidivante de hombro. Además el material adicional que se precisa para la realización de dicha cirugía ya está disponible para su uso.

Su duración puede ser ilimitada una vez instaurado.

Este proyecto podría ser aplicado en otros centros del Salud que cumplan con los medios y profesionales adecuados para realizar tanto Cirugía sin Ingreso como cirugía artroscópica de hombro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Fecha de entrada: 09/05/2018

2. RESPONSABLE IGNACIO CARBONEL BUENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RIPALDA MARIN JORGE
CARDONA MALFEY RAFAEL
CALVO LOPEZ MARIA TERESA
SALAS GARCIA ARANZAZU
RODRIGUEZ NOGUE LUIS
PINILLA GRACIA CRISTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- CONSENSO CON EL Sº DE ANESTESIA PARA TIPO DE PACIENTE Y PATOLOGÍA A INCLUIR. (YA REALIZADO PARA 3 PATOLOGÍAS Y PENDIENTE DE AUMENTO DE INDICACIONES). - ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO Y GUÍA PARA ENTREGAR AL PACIENTE CON LAS INDICACIONES PRE Y POSTOPERATORIAS. (YA REALIZADO PARA PATOLOGÍAS INCLUIDAS. PENDIENTE DE REALIZAR PARA NUEVAS INDICACIONES). - ADIESTRAMIENTO EN ARTROSCOPIA DE HOMBRO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA (EN CURSO POR CAMBIOS EN PLANTILLA CONTINUOS) - MATERIAL NECESARIO PARA QUIRÓFANO. (PENDIENTE ACTUALIZACIÓN) - CONSULTA ESPECÍFICA DE ANESTESIA PARA CSI. (REALIZADO) - INCLUSIÓN DE NUEVAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS EN CSI. (PENDIENTE AUMENTO INDICACIONES. YA ESTABLECIDO SÍNDROME SUBACROMIAL, TENDINITIS CALCIFICANTE Y LUXACIÓN RECIDIVANTE).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES VALORADOS:

- ARTROSCOPIAS DE HOMBRO EN CSI / ARTROSCOPIAS DE HOMBRO TOTALES. 20/120
- Nº DE PACIENTES EN LEQ PARA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO CON DEMORA > 6 MESES. 31 PACIENTES
- ESTANCIA MEDIA DE ARTROSCOPIAS DE HOMBRO CON INGRESO. 1.8 DÍAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL PROYECTO ESTÁ OBTENIENDO BUENOS RESULTADOS SUPONIENDO UNA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE YA QUE EVITA EL INGRESO DEL PACIENTE Y EL PERJUICIO QUE ESTO SUPONE TANTO PERSONALMENTE COMO PARA SU ENTORNO. ADEMÁS SUPONE UN IMPORTANTE AHORRO ECONÓMICO PARA EL CENTRO. LA DURACIÓN DEL PROYECTO PUEDE SER ILIMITADA UNA VEZ INSTAURADO. ESTE PROYECTO PODRÍA SER APLICADO EN OTROS CENTROS DEL SALUD QUE CUMPLAN CON LOS MEDIOS Y PROFESIONALES ADECUADOS PARA REALIZAR TANTO CIRUGÍA SIN INGRESO COMO CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO.

7. OBSERVACIONES.

HAN EXISTIDO DOS PROBLEMAS FUNDAMENTALES PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO.

1. EL PRIMERO ES LA DOTACIÓN DE MATERIA PARA LA ARTROSCOPIA EXISTENTE EN EL QUIRÓFANO DE CSI. SE COMPRARON TORRES NUEVAS DE ARTROSCOPIA PARA LOS QUIRÓFANOS DE LA PLANTA SEGUNDA Y SE ENVIÓ EL EXISTENTE PREVIAMENTE AL CSI. DICHA TORRE PRESENTA DEFICIENCIAS POR LAS QUE FUERON SUSTITUIDAS EN SU MOMENTO POR LO QUE DIFICULTA EL TRABAJO. ADEMÁS EXISTE UN NÚMERO LIMITADO DE INSTRUMENTALES PARA ARTROSCOPIAS QUE CON EL AUMENTO DE QUIRÓFANOS QUE SUPONE LA CIRUGÍA DE TARDES Y DE CSI EN OCASIONES ES INSUFICIENTE.

2. EL SEGUNDO ES EL CONTINUO CAMBIO QUE HA EXISTIDO ESTE AÑO Y EL PASADO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO DE CSI POR BAJAS MATERNALES Y CAMBIOS EN PLANTILLO LO QUE HA DIFICULTADO TAMBIÉN EL FUNCIONAMIENTO DEL QUIRÓFANO POR TRATARSE DE CIRUGÍA QUE REQUIERE UNA CIERTA FORMACIÓN ESPECÍFICA.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/26 ===== ***

Nº de registro: 0026

Título

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Autores:

CARBONEL BUENO IGNACIO, RIPALDA MARIN JORGE, CAMACHO CHACON JORGE ALBERTO, SOLA CORDON ALEJANDRO, CARDONA MALFEY RAFAEL, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, CALVO LOPEZ MARIA TERESA, SALAS GARCIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tiempo que permanecen los pacientes en lista de espera para una intervención quirúrgica es muy prolongado. Tal circunstancia ha supuesto un importante deterioro en la atención a este grupo de pacientes, que actualmente sufren una demora de su intervención quirúrgica de alrededor de 1 año, con las consiguientes repercusiones funcionales, laborales y familiares.

Por otro lado, no podemos olvidar los problemas económicos por los que pasa nuestro sistema sanitario. Los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro requieren, en las condiciones actuales, ingresar el día previo a la cirugía, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención, en la mayoría de las ocasiones. Por lo tanto, requieren una estancia hospitalaria de 2 días.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Consenso con el Sº de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir
2. Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el Sº de Traumatología como por el de Anestesia
3. Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería
4. Material necesario para su realización en quirófano.
5. Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
6. Ya se ha comenzado la realización de cirugía con resultados satisfactorios y si ningún reingreso de las patologías incluidas hasta el momento.

MÉTODO
Se va a realizar una ampliación del proyecto ya comenzado incluyendo una nueva indicación quirúrgica, como es la luxación recidivante de hombro simple y compleja, que supone alrededor del 30% de toda la patología artroscópica de hombro intervenida en este centro. Con este efecto realizamos el siguiente proyecto aprovechando el iniciado previamente y mejorándolo y ampliándolo con el efecto de mejorar los resultados.
Para la realización de este proyecto se va a elaborar, junto con el Servicio de Anestesia del CRTQ, la guía clínica preceptiva para la implantación del nuevo procedimiento quirúrgico en la cartera de servicios de la Cirugía Sin Ingreso (CSI).
La primera parte del proyecto sería dotar el quirófano con el material necesario para la cirugía artroscópica. Dicho material ya existe al tratarse de una mejora de un proyecto ya existente.
El proyecto continuaría en la consulta de traumatología con la inclusión de pacientes con luxación recidivante de hombro además de seguir con las indicaciones previas. Posteriormente el paciente deberá asistir a la consulta de Anestesiología, donde se evaluará si cumple los criterios generales para inclusión en el programa de CSI, y si sus condiciones particulares de salud son adecuadas a este tipo de cirugía-.
La cirugía se realizará, siguiendo las indicaciones del Servicio de Anestesia, con anestesia loco-regional y general combinada, que permite el alta el mismo día de la intervención y un control adecuado del dolor postoperatorio inmediato.
Al alta el paciente recibirá el correspondiente informe escrito en el que se consignarán las precauciones a tener por parte del paciente, el tratamiento postoperatorio y la fecha de revisión en la consulta del Traumatólogo.

INDICADORES
Para la monitorización del proyecto se van a usar como índices: artroscopias hombro en CSI/artroscopias hombro totales. Nº de pacientes en LEQ Hombro con demora > 6 meses. Estancia media de artroscopias hombro con ingreso
Dichos índices se evaluarán con una periodicidad de 6 meses

DURACIÓN
El nuevo proyecto puede comenzar de inmediato ya que se va a aprovechar la estructura creada previamente y el acuerdo con el Sº de Anestesia ya existe para valorar los nuevos pacientes incluidos con diagnóstico de luxación recidivante de hombro. Además el material adicional que se precisa para la realización de dicha cirugía ya está disponible para su uso.

Su duración puede ser ilimitada una vez instaurado.

Este proyecto podría ser aplicado en otros centros del Salud que cumplan con los medios y profesionales adecuados para realizar tanto Cirugía sin Ingreso como cirugía artroscópica de hombro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE IGNACIO CARBONEL BUENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RIPALDA MARIN JORGE
CARDONA MALFEY RAFAEL
RODRIGUEZ NOGUE LUIS
PINILLA GRACIA CRISTIAN
HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO
POLO PELLICENA MARCOS
BRICIO MEDRANO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Consenso con el Sº de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir.
Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el Sº de Traumatología como por el de Anestesia.
Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería.
Material necesario para su realización en quirófano.
Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
Procedimientos de cirugía artroscópica de hombro en quirófanos de CSI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

artroscopias de hombro en csi / artroscopias de hombro totales. 2/98

nº de pacientes en leq para cirugía artroscópica de hombro con demora > 6 meses. 33 pacientes

estancia media de artroscopias de hombro con ingreso. 1.6 días

en las revisiones en consulta posterior a la cirugía, seguimos sin objetivar diferencias tanto en dolor como en evolución posterior respecto a los pacientes intervenidos con ingreso.

no hemos requerido en ningún caso del ingreso en planta tras la cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante todo el año 2019 se ha producido un estancamiento en la evolución del proyecto. En primer lugar por la casi nula dotación de quirófanos de CSI al Servicio de Traumatología en horario de mañana siendo designados éstos a otros Servicios. Además se suspendió la actividad quirúrgica por la tarde con la consecuente limitación que esto nos supuso.

El personal de enfermería sufrió nuevos cambios y en esta ocasión no ha sido posible su formación debido a la ausencia casi total de actividad quirúrgica por nuestra parte y que impidió su adecuado adiestramiento.

Este proyecto tiene todas las condiciones necesarias y las actividades ya dispuestas para continuar su desarrollo salvo la limitada disponibilidad de quirófano y el cambio continuo del personal de enfermería que limita nuestra actuación. Si ambos problemas se resolvieran, el proyecto podría continuar sin ningún problema ya que desde 2013 se ha venido realizando sin incidencias, ampliando incluso las indicaciones.

Actualmente el proyecto ya está asentado y protocolizado con Anestesia y Enfermería, por lo que una vez resuelto el problema del entrenamiento del personal de enfermería, puede seguir su curso con normalidad sin requerir de nuevas actuaciones.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto se considera ya realizado y completo ya que nos permite la realización de cirugía artroscópica de hombro en los quirófanos de Cirugía sin Ingreso aplicando los protocolos ya consensuados y elaborados. Se han intervenido pacientes desde 2013 sin incidencias y sin reingresos, lo que consideramos un periodo de tiempo suficiente para considerar la implantación de dicho proyecto como establecida y no requerir de nuevas medidas salvo las de su mantenimiento.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/26 ===== ***

Nº de registro: 0026

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Título

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Autores:

CARBONEL BUENO IGNACIO, RIPALDA MARIN JORGE, CAMACHO CHACON JORGE ALBERTO, SOLA CORDON ALEJANDRO, CARDONA MALFEY RAFAEL, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, CALVO LOPEZ MARIA TERESA, SALAS GARCIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El tiempo que permanecen los pacientes en lista de espera para una intervención quirúrgica es muy prolongado. Tal circunstancia ha supuesto un importante deterioro en la atención a este grupo de pacientes, que actualmente sufren una demora de su intervención quirúrgica de alrededor de 1 año, con las consiguientes repercusiones funcionales, laborales y familiares.

Por otro lado, no podemos olvidar los problemas económicos por los que pasa nuestro sistema sanitario. Los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro requieren, en las condiciones actuales, ingresar el día previo a la cirugía, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención, en la mayoría de las ocasiones. Por lo tanto, requieren una estancia hospitalaria de 2 días.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Consenso con el Sº de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir
2. Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el Sº de Traumatología como por el de Anestesia
3. Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería
4. Material necesario para su realización en quirófano.
5. Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
6. Ya se ha comenzado la realización de cirugía con resultados satisfactorios y si ningún reingreso de las patologías incluidas hasta el momento.

MÉTODO

Se va a realizar una ampliación del proyecto ya comenzado incluyendo una nueva indicación quirúrgica, como es la luxación recidivante de hombro simple y compleja, que supone alrededor del 30% de toda la patología artroscópica de hombro intervenida en este centro. Con este efecto realizamos el siguiente proyecto aprovechando el iniciado previamente y mejorándolo y ampliándolo con el efecto de mejorar los resultados.

Para la realización de este proyecto se va a elaborar, junto con el Servicio de Anestesia del CRTQ, la guía clínica preceptiva para la implantación del nuevo procedimiento quirúrgico en la cartera de servicios de la Cirugía Sin Ingreso (CSI).

La primera parte del proyecto sería dotar el quirófano con el material necesario para la cirugía artroscópica.

Dicho material ya existe al tratarse de una mejora de un proyecto ya existente.

El proyecto continuaría en la consulta de traumatología con la inclusión de pacientes con luxación recidivante de hombro además de seguir con las indicaciones previas. Posteriormente el paciente deberá asistir a la consulta de Anestesiología, donde se evaluará si cumple los criterios generales para inclusión en el programa de CSI, y si sus condiciones particulares de salud son adecuadas a este tipo de cirugía-.

La cirugía se realizará, siguiendo las indicaciones del Servicio de Anestesia, con anestesia loco-regional y general combinada, que permite el alta el mismo día de la intervención y un control adecuado del dolor postoperatorio inmediato.

Al alta el paciente recibirá el correspondiente informe escrito en el que se consignarán las precauciones a tener por parte del paciente, el tratamiento postoperatorio y la fecha de revisión en la consulta del Traumatólogo.

INDICADORES

Para la monitorización del proyecto se van a usar como índices: artroscopias hombro en CSI/artroscopias hombro totales. Nº de pacientes en LEQ Hombro con demora > 6 meses. Estancia media de artroscopias hombro con ingreso Dichos índices se evaluarán con una periodicidad de 6 meses

DURACIÓN

El nuevo proyecto puede comenzar de inmediato ya que se va a aprovechar la estructura creada previamente y el acuerdo con el Sº de Anestesia ya existe para valorar los nuevos pacientes incluidos con diagnóstico de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

luxación recidivante de hombro. Además el material adicional que se precisa para la realización de dicha cirugía ya está disponible para su uso.

Su duración puede ser ilimitada una vez instaurado.

Este proyecto podría ser aplicado en otros centros del Salud que cumplan con los medios y profesionales adecuados para realizar tanto Cirugía sin Ingreso como cirugía artroscópica de hombro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0181

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE JESUS JOSE MATEO AGUDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PANISELLO SEBASTIA JUAN JOSE
BEJARANO LASUNCION CARLOS
SOROLLA BECERRIL JOSE FRANCISCO
PASCUAL LOPEZ MERCEDES
GARCIA CALVO VERONICA
GOMEZ BLASCO ANDRES MANUEL
SANZ SAINZ MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Acciones:

- 1.- Revisión bibliográfica. Protocolos RR. Evidencia.
- 2.- Revisión manejo perioperatorio de pacientes anticoagulados, antiagregados y con tratamientos biológicos.
- 3.- Revisión pautas de tratamiento del dolor postoperatorio.
- 4.- Revisión movilización postoperatoria segura tras PTC.
- 5.- Manual de cuidados de la PTC. Empoderamiento del paciente.
- 6.- Protocolización del tratamiento médico durante el ingreso.
- 7.- Modelo de vía clínica
- 8.- Aplicación práctica de la vía clínica.

En sucesivas reuniones (7) del equipo de mejora se fueron incorporando los aspectos recogidos en las acciones 1 a 6 a la nueva vía clínica. Se mantuvo también una reunión con la Sección de Anestesia del HRTQ (Dr. Pablo Ortega) para establecer las pautas de manejo del dolor postoperatorio.

Al finalizar la acción 7, se habían elaborado un documento de vía clínica, al que se asociaron otros para facilitar su aplicación práctica: protocolos clínicos incorporados a la vía clínica, modelo de hoja de tratamiento del paciente, y un cronograma de actividades diferenciadas para personal médico y de enfermería. Se ha elaborado también una guía de cuidados de la prótesis total de cadera para entregar a los pacientes en la reunión informativa previa a la intervención.

El equipo de mejora explicó la aplicación de la nueva vía a los miembros de la Unidad de Artroplastia. Por su parte, la Supervisora de Enfermería de nuestra planta instruyó al personal en la aplicación de la misma. Finalmente, hubo una reunión conjunta del personal médico y de enfermería implicado sobre la aplicación práctica. La vía clínica elaborada comenzó a introducirse en marzo 2016. A partir de abril 2016 se empezaron a recoger datos para el seguimiento de la vía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

1. Índice de aplicación de la vía clínica: nº PTC que cumplen la vía/nº PTC totales. Se esperaba alcanzar el 80% al final del primer año.
(Los datos de cumplimentación de las acciones de la vía se fueron recogiendo en el momento del alta de cada paciente)
2. Estancia hospitalaria PTC que sigue la vía clínica. En 2015 la estancia media para este procedimiento fue de 7'23 días. El objetivo fijado tras la aplicación de la vía fue reducir la estancia a 5'5 días.
(Las estancias se fueron registrando en el momento del alta de los pacientes)
3. Índice de reingresos en el primer mes: PTC en vía clínica reingresadas/PTC intervenidas en vía clínica. El objetivo planteado fue que los reingresos no superaran la cifra existente previamente, estableciéndose el objetivo en inferior al 3%.
(Los reingresos se registraron mediante revisión de las altas de la Unidad).
Se efectuó una revisión trimestral del indicador "Estancia", y anual de los indicadores "Índice de aplicación de la vía" y "Reingresos". Al final de 2016 el índice de aplicación de la vía fue 82'3%, la estancia media de 5'69 días y los reingresos 1'14%. En la revisión de indicadores efectuada al final de 2017 obtuvimos: índice de aplicación de la vía 100%, estancia media de 5'47 días y los reingresos 1'38%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todas las actividades necesarias para la elaboración de la vía fueron útiles para confrontar las prácticas que estaban en uso con las evidencias halladas en la literatura. Esto facilitó la introducción de algunos cambios en hábitos de trabajo que estaban muy arraigados en el personal.

La introducción de actividades para el empoderamiento del paciente (guía de cuidados para el paciente, y reunión previa la cirugía) han resultado muy positivas para el cambio de actitud del paciente ante el ingreso y han mejorado la satisfacción con dicha experiencia.

Desde el inicio de la aplicación hemos constatado una reducción importante de la estancia hospitalaria por este proceso, que, con el paso del tiempo, parece ir mejorando todavía más (actualmente la reducción es de 1'8 días). El índice de reingresos no se ha visto afectado. La seguridad del paciente es el aspecto que más se ha cuidado durante la aplicación de la vía, y probablemente es el factor más limitante para conseguir mayores reducciones de la estancia.

Colateralmente, la introducción de nuevas medidas de ahorro de sangre en la vía han conseguido reducir la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0181

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA

incidencia de transfusión en la PTC primaria a la notable cifra del 3'1% en 2017. Actualmente el peso de la aplicación de la vía, en lo que a cuidados de enfermería se refiere, recae principalmente en la enfermera supervisora. Su ausencia en fines de semana o vacaciones se deja notar sobre todo en los plazos de movilización de los pacientes, y estancias más largas para los pacientes que convalecen en fin de semana. Este problema se relaciona con la escasa estabilidad del personal de enfermería y auxiliar de la planta de hospitalización, que requeriría repetidas actividades formativas para el personal de nueva incorporación. El factor que con mayor frecuencia retrasa el alta de los pacientes son los cuidados de la herida (seromas o manchados en los primeros días del postoperatorio). Se trata de una incidencia que afecta a la seguridad del paciente, y el médico es renuente a transferir el cuidado de este problema a otro profesional (médico de familia). Este aspecto es objeto de discusión todavía en el grupo de trabajo de la vía.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/181 ===== ***

Nº de registro: 0181

Título
VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA

Autores:
MATEO AGUDO JESUS JAVIER, PANISELLO SEBASTIA JUAN JOSE, PASCUAL LOPEZ MERCEDES, BEJARANO LASUNCION CARLOS, LOPEZ MARCO JOSE FRANCISCO, GARCIA CALVO VERONICA, GOMEZ BLASCO ANDRES, SANZ SAINZ MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La reducción de la estancia hospitalaria en otros procedimientos de cirugía ortopédica nos hizo reflexionar sobre el manejo de los pacientes intervenidos de prótesis de cadera, parte del cual se basaba en "costumbres". Así, las actividades no protocolizadas se efectuaban según los criterios, no siempre uniformes, del personal implicado. Por ello, se decide repasar la totalidad de las actividades implicadas en el manejo del paciente que ingresa para cirugía primaria de prótesis de cadera, con la intención de uniformizar los procedimientos y ajustarlos a la evidencia disponible. Se espera de ello mejorar la seguridad y la calidad de la atención, incluyéndose en ello la reducción de la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental es la uniformización de criterios en varios aspectos fundamentales: preparación preoperatoria, información preoperatoria al paciente, tratamiento/prevención del dolor postoperatorio (colaboración con Servicio de Anestesia), tratamiento médico habitual en estos pacientes, movilización postoperatoria segura del paciente intervenido de prótesis de cadera, y criterios de alta hospitalaria. Todo ello quedará documentado en una vía clínica para la cirugía de prótesis de cadera primaria. Se espera de todo ello una reducción de la estancia hospitalaria, sin que se incremente la incidencia de reingresos en el primer mes. Y se espera también mejorar la satisfacción del paciente relativa a su ingreso hospitalario.

MÉTODO

- 1.- Revisión bibliográfica. Protocolos de recuperación rápida. Evidencia. (Juan José Panisello Sebastián, Miguel Sanz Sainz).
- 2.- Actualización del manejo preoperatorio de pacientes anticoagulados, antiagregados y con tratamientos biológicos (Carlos Bejarano Lasunción, Verónica García Calvo).
- 3.- Revisión de las pautas de tratamiento del dolor postoperatorio (Jesús Mateo Agudo, colaboración de la Sección de Anestesia del HRTQ, Dr. Pablo Ortega).
- 4.- Movilización postoperatoria segura del paciente intervenido de PTC (Mercedes Pascual López, Andrés Gómez Blasco).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0181

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA

- 5.- Manual de cuidados de la PTC. Empoderamiento del paciente (José F. López Marco, Mercedes Pascual López).
- 6.- Síntesis: modelo de vía clínica (Jesús Mateo Agudo).
- 7.- Protocolización del tratamiento médico durante el ingreso (Andrés Gómez Blasco, Miguel Sanz Sainz, Verónica García Calvo).
- 8.- Puesta en marcha aplicación práctica de la vía: (Andrés Gómez Blasco, Miguel Sanz Sainz, Verónica García Calvo, Mercedes Pascual López, Jesús Mateo Agudo).

INDICADORES

1. Índice de aplicación de la vía clínica: nº PTC que cumplen la vía/nº PTC totales
 2. Estancia hospitalaria PTC que sigue la vía clínica.
 3. Índice de reingresos en el primer mes: PTC en vía clínica reingresadas/PTC intervenidas en vía clínica.
- El número y filiación de los pacientes intervenidos de PTC primaria en un determinado periodo se extrae de la base de datos de programación de nuestra Unidad. Las cifras de estancia hospitalaria y los eventuales reingresos se obtienen en la intranet del hospital.
- El criterio "PTC que cumple la vía" se establece por el cumplimiento de acciones y plazos especificados en la vía clínica: suspensión de medicaciones previas en el tiempo prescrito, momento del ingreso, cumplimiento de la antibioterapia y otros tratamientos, cumplimiento del protocolo de ahorro de sangre, momento de retirada de drenajes, momento de sedestación, momento de deambulación, cumplimiento de criterios de alta. Toda esta información requiere la revisión de la historia clínica.
- Una vez que se determine el grado de utilidad de la vía en los parámetros anteriores se elaborará una encuesta que permita evaluar la satisfacción del paciente con la experiencia del ingreso.

DURACIÓN

Actividades 2016
Revisión conocimientos y procedim (1,2, 3,4): ENE-FEB
Manual de cuidados. Plan de información (5): FEB-MAR
Modelo de vía clínica (6): FEB-MAR
Protocolo de tratamiento médico (7): FEB-MAR
Aplicación de la vía clínica (8): ABR-DIC
Control de indicadores: JUL, OCT, DIC Actividades 2017
Acciones de mejora (según indicadores): ENE
Aplicación de la vía clínica (8): ENE-ABR
Control de indicadores: ABR

OBSERVACIONES

La idea original fue elaborar una vía que incluyera la totalidad de la cirugía protésica de cadera. Los problemas particulares que plantea la cirugía de revisión hacen que deba de tratarse de forma independiente. No obstante, una parte de los procedimientos serán comunes a esta vía.

A la vista de los resultados que ofrezca la vía actual se planteará el manejo de la cirugía de revisión.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0236

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE JAVIER SAMI HAMAM ALCOBER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANZ SAINZ MIGUEL
MASA LASHERAS MARIA ELENA
GOMEZ BLASCO ANDRES MANUEL
RODRIGUEZ NOGUE LUIS
PINILLA GRACIA CRISTIAN
LIZCANO PALOMARES MIGUEL
GARCIA CALVO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En proceso, recopilación de información sobre el material quirúrgico disponible en depósito en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Se han tomado fotografías de los sets quirúrgicos recopilados.
Registrada la rotulación de los mismos, por la que se identifica en Esterilización.
Descargadas las técnicas quirúrgicas en formato .pdf desde las webs de las casas comerciales.
En elaboración de una base de datos capaz de recoger toda la información y mostrar imágenes de manera correcta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La cantidad del material disponible que ha sido recogido ronda el 30%.
El porcentaje de lo recopilado que incluye fotografías del contenido es del 100%.
Porcentaje que incluye la técnica quirúrgica ronda el 75%.
La recolección de encuestas de nivel de uso y satisfacción percibida por el personal de quirófano (médico, enfermería, auxiliar...), se realizará una vez sea posible ofrecer la herramienta para su uso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe dificultad para acceder al material que es utilizado con menor frecuencia. Sería muy recomendable que se facilitara de alguna manera el acceso a Esterilización, para revisar el material menos utilizado.
Una pequeña parte del arsenal, se emplea en la mayoría de las intervenciones. Existen otras opciones, a veces más adecuadas, que no se utilizan por desconocimiento de su existencia.
Pendiente de diseñar la herramienta adecuada para consultar los datos recogidos.
El constante cambio de material obliga al mantenimiento del proyecto en los años sucesivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/236 ===== ***

Nº de registro: 0236

Título
PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Autores:
HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, SANZ SAINZ MIGUEL, MAS LASHERAS MARIA ELENA, GOME BLASCO ANDRES MANUEL, RODRIGUEZ NOGUE LUIS, PINILLA GRACIA CRISTIAN, LIZCANO PALOMARES MIGUEL, GARCIA CALVO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0236

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología dispone de un amplísimo arsenal de material utilizado en los procesos quirúrgicos para la realización de osteosíntesis, tanto en cirugía urgente (fracturas), como en cirugía programada. Dicho material se encuentra en un constante proceso de renovación, tanto por los cambios generados por las propias casas comerciales, como debido a la aparición de nuevos avances técnicos, . En ocasiones, resulta difícil para el cirujano elegir el implante idóneo para un caso concreto, al desconocer todas las posibilidades disponibles en ese momento preciso. Del mismo modo, no es extraño que el facultativo solicite un material específico, y haya problemas a la hora de localizarlo, obligando a la apertura de varios sets quirúrgicos hasta encontrar lo buscado. Esto causa aumentos del tiempo quirúrgico y requiere la reesterilización de material no utilizado, lo que aumenta también el coste económico. Se propone indexar el material disponible en depósito, e incluirlo en una herramienta informática que permita su búsqueda por región anatómica (hombro, rodilla...) y por el tipo de material (placa, clavo, tornillos...), pudiendo acceder al mismo en cualquier momento. Se incluirían también las técnicas quirúrgicas de cada implante, imágenes del contenido de la caja y una breve descripción práctica de su uso.

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar información al especialista sobre los distintos materiales disponibles en el hospital con los que solucionar la patología concreta de su paciente.
Agilizar la búsqueda y disponibilidad de dicho material.
Reducir la apertura y pérdida de esterilidad innecesaria de implantes no apropiados.
Facilitar la planificación preoperatoria.
Reducir el tiempo quirúrgico empleado.

MÉTODO

Recopilar la información sobre el material quirúrgico disponible en depósito en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Diseñar una base de datos que permita su recogida y búsqueda específica.
Realizar fotografías del contenido de cada set quirúrgico.
Recoger la información respecto al rotulado y denominación de cada caja.
Obtener las técnicas quirúrgicas de uso de cada implante.
Trasladar la información al citado soporte informático.

INDICADORES

Cantidad del material disponible que es incluido en la base de datos diseñada.
Porcentaje que incluye fotografías del contenido.
Porcentaje que incluye la técnica quirúrgica.
Recolección de encuestas de nivel de uso y satisfacción percibida por el personal de quirófano (médico, enfermería, auxiliar...)

DURACIÓN

. Inicio:Octubre 2016, final Septiembre 2017.
Octubre/Noviembre 2016: realización y diseño del soporte informático de recogida de información (Base de datos, página web...) así como de las herramientas de búsqueda.
Diciembre 2016/Enero 2017: Recolección de los datos existentes sobre material osteosíntesis disponible en depósito.
Enero/Junio 2017: Incorporación de datos al soporte diseñado, añadiendo fotografías, técnicas quirúrgicas y notas técnicas.
Mayo/Septiembre 2017: Ofertar la herramienta diseñada a los profesionales sanitarios, dando a conocer su existencia y promoviendo su uso.
Septiembre 2017: Registrar el uso realizado y el grado de satisfacción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO

Fecha de entrada: 23/03/2018

2. RESPONSABLE ANDRES AGUILAR EZQUERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI
RODA ROJO VICTOR
PEREZ JIMENO NURIA
LOPEZ SUBIAS JORGE
HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO
MARTINEZ AZNAR CARMEN
CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras una amplia revisión bibliográfica y revisión de bases de datos, se creó un protocolo de prevención secundaria de la osteoporosis de inicio al alta hospitalaria, de acuerdo con los componentes del Proceso de Fractura de Cadera del Anciano; consistente en suplementos de calcio y vitamina D y un antirresortivo añadido.
Se cuantificó el número de pacientes que ingresaron por sufrir una fractura de cadera osteoporótica en el periodo de tres meses previsto, recogiendo datos en cuanto al tratamiento para la osteoporosis que tenían pautado antes del ingreso.
Tras su intervención quirúrgica, se pautó el tratamiento antes mencionado y mediante entrevista telefónica o clínica se hizo el seguimiento para comprobar el cumplimiento a los 6 meses del alta hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se cuantificaron un total de 142 pacientes ingresados en el periodo de estudio, un 7.7% tomaban tratamiento para la osteoporosis de manera domiciliaria. Se implantó el tratamiento anteriormente descrito, haciendo un seguimiento a los 6 meses del alta. Durante el periodo de seguimiento 23 pacientes fallecieron, no pudiéndose recabar datos al respecto del cumplimiento farmacéutico. De lo restantes pacientes, a los 6 meses de alta el 45.37% cumplían el tratamiento en su totalidad, el 25.21% lo hacían de manera parcial, tomando solamente alguno de los fármacos prescritos, y el 29.41% lo incumplían en su totalidad no tomando ninguno de los fármacos prescritos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante la realización de este proyecto se ha objetivado un muy bajo número de pacientes que tomaban tratamiento antiosteoporótico antes del ingreso. Dada la importancia socioeconómica que las fracturas de cadera representan, habría que estudiar los motivos por los que los pacientes en riesgo no toman un tratamiento adecuado. Asimismo, pese a la implantación de un tratamiento consensuado con los integrantes del Proceso de fractura de cadera del anciano, se aprecia un alto porcentaje de falta de

adherencia total o parcial al tratamiento al final del seguimiento; por lo que convendría estudiar las razones de este fenómeno.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/483 ===== ***

Nº de registro: 0483

Título
CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

Autores:
AGUILAR EZQUERRA ANDRES, HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, RODA ROJO VICTOR, PEREZ JIMENO NURIA, LOPEZ SUBIAS JORGE, HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO, MARTINEZ AZNAR CARMEN, CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO

Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología ingresan anualmente un gran número de fracturas osteoporóticas (cerca de 600, sólo de cadera). Del mismo modo, resulta elevado el número de pacientes que sufrirán una segunda e incluso tercera fractura de las mismas características a lo largo de su vida. En la actualidad, existen medidas farmacológicas que han demostrado su efectividad en la disminución de la aparición de nuevas fracturas de este tipo. Sin embargo, la cantidad de pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento para su enfermedad osteoporótica, en el momento de su ingreso, es escaso, así como el número de los mismo a los que se les inicia tratamiento al alta. El proyecto persigue la implantación de un protocolo de tratamiento y seguimiento posthospitalario, con el objetivo de disminuir la incidencia de nuevas fracturas. A medio/largo plazo, se buscaría información sobre la efectividad de la pauta aplicada, así como de su rendimiento coste/beneficio.

RESULTADOS ESPERADOS
Asegurar un correcto manejo de la enfermedad osteoporótica al alta, en el paciente ingresado por fractura osteoporótica del anciano: fémur proximal, vertebral, radio distal y húmero proximal, instaurando, manteniendo o modificando tratamiento farmacológico, en los casos en los que esté indicado.
Disminuir así el número de segundas y terceras fracturas de este tipo a medio/largo plazo.

MÉTODO
Recopilar la información sobre el estado actual de las distintas guías de actuación en el paciente osteoporótico. Comprobar el porcentaje de pacientes que al ingreso reciben tratamiento.
Revisar el porcentaje de pacientes a los que se les prescribe tratamiento al alta en la actualidad.
Creación de un protocolo de tratamiento adecuado a las características del paciente, aplicable en nuestro entorno laboral.
Aplicación del citado protocolo al alta hospitalaria.
Comprobación, a través de la historia clínica electrónica y/o telefónicamente, de la adhesión al mismo y de la aparición de nuevas fracturas a medio/largo plazo.

INDICADORES
Número de fracturas osteoporóticas ingresadas en el tiempo de desarrollo del proyecto en el anciano (mayor de 65 años, fractura de baja energía vertebral, de fémur proximal, radio distal y húmero proximal).
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al inicio del estudio.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al inicio del estudio.
Porcentaje de dicho tratamiento que se ajusta al protocolo elaborado.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al finalizar el primer año del proyecto.
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al finalizar el primer año del estudio.
Número de fracturas posteriores con/sin aplicación del protocolo (a medio/largo plazo)

DURACIÓN
Inicio: Octubre 2016, final Septiembre 2017. Prorrogable para seguimiento a medio/largo plazo

Octubre/Noviembre/: Revisión bibliográfica sobre el tratamiento actual de la osteoporosis. Redacción de un protocolo actual para el manejo del mismo en prevención secundaria. Registro de los ingresos por fractura osteoporótica en mayores de 65 años, como grupo control.

Diciembre/Enero 2016: Estudio de la situación actual: porcentaje de pacientes con tratamiento al ingreso, porcentaje de los mismos ajustado a las recomendaciones actuales. Número de pacientes con tratamiento adecuado al alta.

Febrero/Septiembre 2017: Aplicación del protocolo redactado a los pacientes que cumplan criterios de inclusión.

Septiembre/Octubre 2017: Repetir estudio de número de pacientes con correcto tratamiento al alta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ANDRES AGUILAR EZQUERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HAMAM ALCOBER SAMI
HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO
MARTINEZ AZNAR CARMEN
CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se prosiguió con el tratamiento pautado en el año anterior en consonancia con los componentes del Proceso de Fractura Osteoporótica de Cadera (Traumatología, Medicina Interna, Anestesia, Unidad Sociosanitaria, Rehabilitación)

Se cuantificó el número de pacientes que ingresaron por sufrir una fractura de cadera osteoporótica en el periodo de tres meses similar al año anterior, para poder realizar una comparación de los resultados; recogiendo datos en cuanto al tratamiento para la osteoporosis que tenían pautado antes del ingreso.

Tras su intervención quirúrgica, se pautó el tratamiento mencionado y mediante entrevista telefónica o clínica se hizo el seguimiento para comprobar el cumplimiento a los 6 meses del alta hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Del total de 153 pacientes ingresados en el periodo de estudio, un 29,2% tomaban tratamiento para la osteoporosis de manera domiciliaria. Se implantó el tratamiento antiosteoporótico anteriormente comentado, haciendo un seguimiento a los 6 meses del alta. Durante el periodo de seguimiento 13 pacientes fallecieron, no pudiéndose recabar datos al respecto del cumplimiento farmacéutico; y 6 pacientes eran menores de 65 años. De los pacientes restantes, a los 6 meses del alta hospitalaria el 34,2% cumplían el tratamiento en su totalidad, el 31,4% lo hacían de manera parcial, tomando solamente alguno de los fármacos prescritos, y el 34,2% lo incumplían en su totalidad no tomando ninguno de los fármacos prescritos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante la realización de este proyecto se ha objetivado un muy bajo número de pacientes que tomaban tratamiento antiosteoporótico antes del ingreso. Dada la importancia socioeconómica que las fracturas de cadera representan, habría que estudiar los motivos por los que los pacientes en riesgo no toman un tratamiento adecuado. Asimismo, pese a la implantación de un tratamiento consensuado con los integrantes del Proceso de fractura de cadera del anciano, se aprecia un alto porcentaje de falta de adherencia total o parcial al tratamiento al final del seguimiento. Comparando estos resultados con los obtenidos en los mismos del año 2017, se observa una importante mejora en las cifras respecto a la población que tomaba tratamiento antiosteoporótico al ingreso (29,2% en 2018 respecto a 7,7% en 2017), lo que puede ser debido a la concienciación de la población sobre la importancia de la osteoporosis. Al alta hospitalaria, solamente un 10% no recibieron tratamiento antiosteoporótico, cifra que muestra el cumplimiento de los protocolos instaurados a nivel hospitalario. En el seguimiento a 6 meses, la proporción de pacientes que tomaba el tratamiento de manera parcial ha aumentado levemente (25,2% frente a 31,4% en 2018), mientras que el tratamiento en su totalidad lo han tomado el 34,2% frente al 45,3% en 2017. La tasa de incumplimiento total del tratamiento ha aumentado también de forma leve (34,2% en 2018 frente a 29,4% en 2017). Con todo esto podemos concluir que en los pacientes estudiados la prescripción de fármacos antiosteoporóticos al ingreso ha mejorado claramente, aunque todavía un elevado porcentaje de pacientes no cumple la terapia parcial o totalmente a los 6 meses de la fractura de cadera osteoporótica. Esto puede ser debido varios factores que convendría estudiar, como las patologías concomitantes de estos pacientes, su institucionalización al alta o el delicado estado de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/483 ===== ***

Nº de registro: 0483

Título
CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

AGUILAR EZQUERRA ANDRES, HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, RODA ROJO VICTOR, PEREZ JIMENO NURIA, LOPEZ SUBIAS JORGE, HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO, MARTINEZ AZNAR CARMEN, CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología ingresan anualmente un gran número de fracturas osteoporóticas (cerca de 600, sólo de cadera). Del mismo modo, resulta elevado el número de pacientes que sufrirán una segunda e incluso tercera fractura de las mismas características a lo largo de su vida. En la actualidad, existen medidas farmacológicas que han demostrado su efectividad en la disminución de la aparición de nuevas fracturas de este tipo. Sin embargo, la cantidad de pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento para su enfermedad osteoporótica, en el momento de su ingreso, es escaso, así como el número de los mismo a los que se les inicia tratamiento al alta. El proyecto persigue la implantación de un protocolo de tratamiento y seguimiento posthospitalario, con el objetivo de disminuir la incidencia de nuevas fracturas. A medio/largo plazo, se buscaría información sobre la efectividad de la pauta aplicada, así como de su rendimiento coste/beneficio.

RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar un correcto manejo de la enfermedad osteoporótica al alta, en el paciente ingresado por fractura osteoporótica del anciano: fémur proximal, vertebral, radio distal y húmero proximal, instaurando, manteniendo o modificando tratamiento farmacológico, en los casos en los que esté indicado.
Disminuir así el número de segundas y terceras fracturas de este tipo a medio/largo plazo.

MÉTODO

Recopilar la información sobre el estado actual de las distintas guías de actuación en el paciente osteoporótico. Comprobar el porcentaje de pacientes que al ingreso reciben tratamiento. Revisar el porcentaje de pacientes a los que se les prescribe tratamiento al alta en la actualidad. Creación de un protocolo de tratamiento adecuado a las características del paciente, aplicable en nuestro entorno laboral. Aplicación del citado protocolo al alta hospitalaria. Comprobación, a través de la historia clínica electrónica y/o telefónicamente, de la adhesión al mismo y de la aparición de nuevas fracturas a medio/largo plazo.

INDICADORES

Número de fracturas osteoporóticas ingresadas en el tiempo de desarrollo del proyecto en el anciano (mayor de 65 años, fractura de baja energía vertebral, de fémur proximal, radio distal y húmero proximal).
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al inicio del estudio.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al inicio del estudio.
Porcentaje de dicho tratamiento que se ajusta al protocolo elaborado.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al finalizar el primer año del proyecto.
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al finalizar el primer año del estudio.
Número de fracturas posteriores con/sin aplicación del protocolo (a medio/largo plazo)

DURACIÓN

Inicio:Octubre 2016, final Septiembre 2017. Prorrogable para seguimiento a medio/largo plazo

Octubre/Noviembre/: Revisión bibliográfica sobre el tratamiento actual de la osteoporosis. Redacción de un protocolo actual para el manejo del mismo en prevención secundaria. Registro de los ingresos por fractura osteoporótica en mayores de 65 años, como grupo control.

Diciembre/Enero 2016: Estudio de la situación actual: porcentaje de pacientes con tratamiento al ingreso, porcentaje de los mismos ajustado a las recomendaciones actuales. Número de pacientes con tratamiento adecuado al alta.

Febrero/Septiembre 2017: Aplicación del protocolo redactado a los pacientes que cumplan criterios de inclusión.

Septiembre/Octubre 2017: Repetir estudio de numero de pacientes con correcto tratamiento al alta.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRESIONADOS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE DIEGO PEÑA JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANGULO TABERNERO MARINA
CHARLEZ MARCO ALFREDO
LOSTE RAMOS ANTONIO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
TABUENCA SANCHEZ ANTONIO
RODRIGUEZ VELA JAVIER
CERDAN MORENO SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La principal actividad quirúrgica en la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet es la artrodesis de la columna lumbar en pacientes con patología degenerativa de columna lumbar. La artrodesis se consigue mediante la colocación de un montaje con tornillos películas es y barras metálicas y el aporte de injerto óseo hasta alcanzar la fusión de las articulaciones lumbares. En la mayor parte de los casos en estas cirugías es necesaria la ampliación del canal lumbar mediante la retirada del arco posterior de la vértebra y la liberación de las raíces nerviosas y elementos neutrales, esto es lo que definimos como descompresión.

El objetivo del trabajo planificado en 2016 (Z2 HOSP 500021 2016_0787A) era determinar las necesidades reales de transfusión en los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar de tres niveles con el fin de reducir el número de concentrados de hemátiles que de forma prequirúrgica se reservan para la realización de la cirugía.

Tras un año de trabajo no se encontraron diferencias en la necesidad de transfusiones en los pacientes intervenidos de artrodesis de tres y cuatro niveles, apareciendo otros factores que si podían determinar una mayor necesidad de transfusión destacando en especial el número de niveles a descomprimir, lo que nos hizo reorientar el proyecto y prolongar el estudio un año más.

Durante este último año, hemos continuado la recogida de pacientes intervenidos de artrodesis de columna lumbosacra con tres y cuatro niveles de fijación.

Para la recogida de datos se creó una base de Accés y posteriormente los datos fueron exportados a un archivo de Excel para su estudio.

De cada uno de los pacientes clasificado por su número de historia, se ha generado una tabla de Excel en la que se recogen datos de cada uno como edad, sexo, diagnóstico, número de niveles fijados, número de niveles descomprimidos, valores de hematocrito (Hto) y hemoglobina (Hb) prequirúrgico y a las 24h postoperatorio, necesidad de transfusión, número de concentrados transfundidos. Así mismo se recogieron otros datos como patologías del paciente o tratamientos que pudieran condicionar un mayor sangrado y un apartado de observaciones en el que anotar incidencias de la cirugía que aumentasen la hemorragia intraoperatoria.

Para la realización del estudio se revisaron los partes quirúrgicos desde septiembre de 2016 hasta diciembre de 2018 con una diagnóstico o indicación quirúrgica lo más homogénea posible excluyendo aquellos casos que pudieran ser más discordantes por diagnóstico y procedimiento, hasta obtener una muestra de 100 pacientes.

Una vez recogidos los datos, se ha realizado una valoración de la variación de las cifras de hematocrito y de hemoglobina cuantificando el descenso medio de las mismas.

Posteriormente para la valoración de los datos se han establecido diferentes grupos de los pacientes, clasificándolos de la siguiente manera: Grupo por sexo, grupo por niveles de fijación, grupo por niveles de ampliación, grupo por niveles de fijación y ampliación, grupo de pacientes transfundidos.

A partir de estos grupos se han obtenido los resultados que a continuación presentamos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sobre un total de 100 pacientes intervenidos de artrodesis de columna lumbar con una fijación de tres y cuatro niveles, el diagnóstico principal ha sido el de estenosis de canal con 82 pacientes seguido de 12 casos de síndrome de estenosis de nivel adyacente y 6 revisiones quirúrgicas por pseudoartrosis.

Del total de 100 pacientes 58 son hombres y 42 mujeres con una mediana de edad en el grupo total de 65 años (32-82).

Hemos observado que la diferencia entre el hematocrito preoperatorio y el postoperatorio desciende una media de 11,45%, al mismo tiempo que los valores de hemoglobina descienden una media de 3.73 g/dL. Tan solo 12 pacientes presentan cifras de hemoglobina preoperatoria iguales o inferiores a 13,00 g/dL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRESIONADOS

En el grupo total, tan solo han sido necesarias 7 transfusiones (7%) de los pacientes con un total de 10 concentrados de hematíes. Las variaciones analíticas presentadas en este grupo fueron muy superiores a las de la media de la muestra con un descenso del 15,06% de hematocrito y de 4,56g/dL en Hb.

También se ha observado que en ninguno de los casos que ha sido necesaria la transfusión esta se ha realizado de forma urgente, es decir, durante la cirugía o en el postoperatorio inmediato, sino que se han realizado en base a analíticas realizadas a las 24h post cirugía.

Cuando realizamos una distribución por sexo, no encontramos diferencias significativas en el número de transfusiones entre hombre y mujeres con 3 y 4 transfusiones respectivamente, aunque, el descenso de hematocrito y hemoglobina ha sido mayor en los hombres (11,9% - 4,01g/dL) que en las mujeres (10,84% - 3.35g/dL).

Si seguimos una distribución por niveles de fijación, se observa que, el mayor número de cirugías corresponde a las de 3 niveles de fijación con 67 pacientes frente a los 33 de cuatro niveles. Si atendemos a la variación de las cifras analíticas encontramos que en ambos casos se separan muy poco de la media global, estando las de 3 niveles ligeramente por debajo (-11,25% y -3.64g/dL), mientras que las de 4 niveles se encuentran algo sobre la media (-11,86% y 3,92g/dL).

Al estudiar esta distribución llama la atención que el número de transfusiones es similar en ambos grupos cuando el número de pacientes es el doble en uno que en otro. Así, encontramos que en los 67 pacientes con fijación a tres niveles han precisado 4 transfusiones mientras que en 33 pacientes con 4 niveles de fijación han precisado 3 transfusiones. Esto nos puede hacer plantear que a mayor número de niveles fijados puede ser necesarios mayor número de transfusiones.

Mucho más llamativos son los resultados cuando realizamos una clasificación en función de niveles de ampliación. Así, los grupos con solo fusión sin ampliación (4 pacientes) y los de fusión con 1 nivel de ampliación (26 pacientes) en ningún caso han precisado de transfusión

postoperatoria presentando unos valores de descenso de hematocrito y hemoglobina por debajo de la media del grupo total.

Cuando valoramos el grupo de 2 niveles de descompresión encontramos que es el más numeroso con 52 pacientes y que las cifras medias de descenso en los valores analíticos están muy próximos a la media del grupo con Hto -11,38% y Hb -3,72g/dL precisando un total de 4 transfusiones.

En el caso del grupo de 3 niveles de descompresión con 18 pacientes presentan cifras analíticas muy superiores a la media con Hto -13,87% y Hb -4,34g/dL precisando 3 transfusiones. Esto nos hace pensar que las descompresiones a tres niveles son más agresivas, de más duración y con mayor riesgo de sangrado.

Esto nos resulta indicativo de que es el número de niveles a descomprimir el que condiciona el sangrado y por lo tanto la necesidad de reservar sangre para la cirugía.

Finalmente agrupamos los pacientes por niveles de fijación y de ampliación apreciando que no han sido necesarias transfusiones en ninguno de los pacientes que se han fusionado a tres y cuatro niveles y no se ha realizado ampliación del canal raquídeo o solo se ha ampliado un nivel.

En estos 4 grupos se reúnen un total de 30 individuos con una media de descenso en los valores analíticos inferiores a la media entorno a descensos de 10,50% de Hto y 3,4g/dL de Hb.

Los resultados más interesantes aparecen al estudiar los grupos de dos y tres niveles de descompresión. El grupo más numeroso es el de tres niveles de fijación y 2 de ampliación, el tipo de cirugía más frecuente. Este grupo ha presentado un descenso de Hto de 11,29% y de Hb de 3,66 valores muy próximos a la media del grupo, siendo necesaria la transfusión en dos casos.

Si lo comparamos con el siguiente grupo tres niveles de fijación y tres niveles de descompresión, observamos que con casi cinco veces menos de población, ocho pacientes, han precisado el mismo número de transfusiones, 2, con un descenso en la analítica por encima de la media, 13,65% de Hto y 3,83g/dL de Hb. Lo que nos lleva a pensar que el factor realmente importante en la necesidad de transfusión es el número de niveles descomprimidos.

Algo similar ocurre en el grupo de fijación a cuatro niveles. En aquellos que han precisado descompresión a dos niveles, 13 pacientes, ha sido necesaria la transfusión en un caso. El descenso medio en los controles analíticos ha sido de -11,62% Hto y -3,91 g/dL Hb, valores ligeramente por encima de la media.

Del mismo modo en los 10 pacientes que han precisado una cirugía de fijación a cuatro niveles con descompresión de tres niveles, los descensos analíticos medios han sido de -14,05% Hto y de -4,75 g/dL Hb, valores muy superiores a la media y que han condicionado la necesidad de transfundir en dos casos.

Dado que el grupo de pacientes subsidiarios de cirugía de ampliación a dos niveles, es la cirugía más frecuente y por lo tanto el grupo más representativo y debido a que sus variaciones analíticas se encuentran muy próximas a la media, junto a que en ningún caso se ha precisado realizar la transfusión de forma urgente e independientemente del número de niveles a fusionar la reserva de concentrados de hematíes de forma

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRESIONADOS

prequirúrgica puede ser necesaria en aquellos pacientes que presenten valores analíticos preoperatorios bajos.

Así para establecer el valor analítico mínimo preoperatorio para realizar la reserva de sangre preoperatoria, consideramos la diferencia analítica entre el valor de la hemoglobina preoperatoria de cada paciente y el descenso medio de hemoglobina obtenido en el estudio con $-3,73\text{g/dL}$, pudiendo determinar como valor analítico mínimo para no reservar sangre de forma preoperatoria los 13 g/dL de Hb.

Tampoco hemos podido encontrar relación con la toma de medicación antiagregante o anticoagulante por parte de los pacientes ni con la presencia de patologías de base que pudieran condicionar un mayor sangrado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Atendiendo a los resultados presentados en el apartado anterior podemos decir que:

1.- Consideramos que el principal factor a tener en cuenta a la hora de realizar transfusiones sanguíneas en pacientes con cirugía de ampliación y fijación lumbar ha de ser el del número de niveles a descomprimir. Esto se debe a que la ampliación condiciona mayor duración de la intervención, cirugías más agresivas y por lo tanto mayor sangrado.

2.- No consideramos necesaria la reserva de sangre en pacientes subsidiarios de cirugía de columna lumbar que no precisen ampliación del canal lumbar o solo la requieran en un único nivel. Esto se debe a que las variaciones analíticas medias se encuentran por debajo de la media del grupo total y en el estudio no han precisado ninguna transfusión.

3.- Consideramos Necesaria la reserva de sangre en todos los pacientes subsidiarios de una cirugía que suponga una ampliación de tres niveles, independientemente del número de niveles a artrodesis. Es este grupo el que presenta mayor descenso en las cifras analíticas y el que más reservas de hematies ha consumido.

4.- En los pacientes subsidiarios de cirugía de ampliación a dos niveles, independientemente del número de niveles a fusionar consideramos necesaria la reserva de sangre preoperatorio si presentan un valor de Hb en la analítica preoperatorio igual o inferior a 13 g/dL .

5.- Si seguimos estas consideraciones tan solo hubiera sido necesario reservar concentrados de hematies en 11 casos que presentan cifras de Hb preoperatoria menor o igual de 13 g/dL y son subsidiarios de cirugías de ampliación a dos y tres niveles. Esto hubiera conllevado un importante ahorro tanto en recursos económicos como humanos.

7. OBSERVACIONES.

Para el desarrollo y puesta en marcha de este proyecto es necesaria la aceptación y colaboración por parte del servicio de anestesia, tanto para la preparación de los pacientes con sus protocolos de optimización como para determinar necesidades especiales en algún paciente y ser planteado como un protocolo clínico consensuado y aprobado por la dirección del centro.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/787 ===== ***

Nº de registro: 0787

Título
AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

Autores:
PEÑA JIMENEZ DIEGO, CHARLEZ MARCO ALFREDO, LOSTE RAMOS ANTONIO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, TABUENCA SANCHEZ ANTONIO, RODRIGUEZ VELA JAVIER, MARTINEZ AZNAR CARMEN, CERDAN MORENO SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: patología degenerativa de columna vertebral
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Ahorro economico en base a un mejor uso de los recursos

PROBLEMA
La principal actividad quirúrgica de la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet se basa en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRESIONADOS

la artrodesis lumbar en los casos de patología degenerativa de columna lumbar con 172 casos en el año 2015.

Este tipo de cirugía se realiza mediante un abordaje lumbar posterior, con la esquelización vertebral, ampliación del canal vertebral, la fijación mediante tornillos pediculares, el aporte de injerto óseo autólogo sobre un lecho sangrante y los drenajes aspirativos, producen una considerable pérdida de sangre, lo que ha hecho que como requisito para la realización de estas cirugías se solicite la reserva de dos concentrados de hemáties.

En nuestra experiencia clínica hemos apreciado que la necesidad de transfusión en este tipo de intervenciones es mucho menor que el volumen de concertados hemáticos que es preciso solicitar, siendo un factor determinante el número de niveles de fusión vertebral. Así, es más necesario el número de transfusiones en las cirugías que comprometen a tres o más niveles (49 casos), mientras que suele ser excepcional en cirugías de un nivel (54 casos) y dos niveles (51 casos), como se demostró en nuestro proyecto de calidad de la convocatoria anterior con solo 3 transfusiones (a las 24h, ninguna intraoperatoria) en 115 pacientes.

Así mismo en este proyecto se tomó como grupo control los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar de tres niveles (49 pacientes) en los que se apreció una baja tasa de transfusiones (3 casos), aunque debido al número de pacientes no es posible establecer una valoración definitiva, tan sólo un dato observacional al que nos proponemos dar explicación en este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es cuantificar las necesidades reales de transfusión sanguínea y valorar la variación en las cifras de hematocrito y hemoglobina del postoperatorio inmediato respecto a las iniciales preoperatorios en las artrodesis lumbares de tres niveles.

De forma secundaria se intentaran identificar otros elementos que pueden condicionar la necesidad tales como niveles a descomprimir, patologías intercurrentes o medicaciones.

Finalmente estimar el potencial ahorro y reducción del consumo de recursos que se obtendría de no realizar la reserva de concentrados de sangre y los valores de Hemoglobina y hematocrito preoperatorios que aumentan el riesgo de transfusión.

MÉTODO

Se recogerán los datos en los pacientes en una tabla de excel para su estudio estadístico

Los datos a recoger de cada paciente serán:

- Número de Historia
- Edad
- Sexo
- Hematocrito preoperatorio
- Hemoglobina preoperatoria
- Hematocrito postoperatorio
- Hemoglobina postoperatoria.
- Necesidad de transfusión postoperatoria (Si/No)
- Volumen de mililitros transfundidos
- Medicaciones habituales que alteren la coagulación.
- Patologías y condiciones físicas que supongan un mayor riesgo de sangrado.
- Incidencias quirúrgicas que hayan generado un mayor sangrado.
- Número de niveles descomprimidos.

INDICADORES

Los indicadores a controlar serán:

- 1.- Número de concentrados transfundidos.
- 2.- Variación de los parámetros analíticos de hematocrito y hemoglobina entre el preoperatorio y el postoperatorio.

Esta evaluación se realizará de forma sistemática al ingreso del paciente y a las 24h tras la cirugía, sin despreciar ningún paciente que precise de transfusión más allá del primer control analítico a las 24 horas, considerando el valor de la analítica previa a la transfusión como el que debe ser incluido en el estudio.

- 3.- Medicaciones, patologías o condiciones físicas del paciente que pueden generar mayor sangrado estableciéndolos como posibles factores de riesgo.
- 4.- Número de niveles descomprimidos como factor quirúrgico principal que puede aumentar el sangrado.
- 5.- Incidencias quirúrgicas que hayan provocado un mayor sangrado y hagan necesario excluir a los pacientes del estudio para una normalización del mismo

DURACIÓN

Se estima el comienzo del estudio con la normalización del ritmo de la actividad quirúrgica en el mes de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRESIONADOS

enero de 2017, tras el periodo navideño y su desarrollo durante un plazo de un año, estableciendo controles periódicos a los 3, 6 y 9 meses.

Con el fin de ampliar el número de pacientes se pueden incluir en este proyecto los 49 pacientes tomados como grupo control en el proyecto de mejora de la convocatoria anterior y que cumplen todos los requisitos previstos para el proyecto actual.

OBSERVACIONES

En el estudio han sido desestimados las cuantificaciones de sangrado intraoperatorias y la productividad de los drenajes ya que el empleo de abundante suero para lavado intraoperatorio cuyo residuo se evacua posteriormente en los drenajes y la utilización de gasas y compresas durante la cirugía condicionan estos valores como estimados y no reales, siendo más útil la valoración de los parámetros analíticos postoperatorios.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE DIEGO PEÑA JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHARLEZ MARCO ALFREDO
LOSTE RAMOS ANTONIO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
TABUENCA SANCHEZ ANTONIO
RODRIGUEZ VELA JAVIER
MARTINEZ AZNAR CARMEN
CERDAN MORENO SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el estudio se han cuantificado las necesidades reales de transfusión sanguínea en los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar a tres niveles.

Se estableció como población Diana los pacientes subsidiarios de artrodesis lumbar a tres niveles y un grupo control aquellos pacientes subsidiarios de artrodesis lumbar a cuatro niveles.

Dado el escaso número de pacientes para obtener un tamaño muestral suficiente se incorporaron pacientes ya recogidos en un estudio previo, así, se incorporaron pacientes intervenidos desde septiembre de 2015 hasta diciembre de 2017.

Para estos pacientes se realizó un formulario Acces de recogida de datos en especial los valores de hemoglobina y hematocrito pre y postquirúrgicos, la necesidad de transfusión y el número de concentrados utilizados junto a otros datos como las patologías médicas y tratamientos para la coagulación de la sangre y el número de niveles descomprimidos.

Con todos estos datos se estudió la diferencia entre los valores pre y postquirúrgicos y la relación con el número de transfusiones, de niveles ampliados, de tratamientos previstos y de patologías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En un total de 96 pacientes recogidos (73 de 3 niveles y 23 de 4 niveles), fueron necesarias 8 transfusiones, (14 concentrados de hematíes)

Encontramos un descenso medio de 10,570 puntos en el hematocrito y 3,557 puntos en la hemoglobina. En el grupo de tres niveles ese descenso será de 10,393 y 3,304 respectivamente mientras que en el de 4 niveles era de 11,139 y 3,726 sin poder establecer una relación estadísticamente significativa.

Tampoco se pudo establecer relación significativa entre la necesidad de transfusión o la variación de hematocrito y hemoglobina respecto a la presencia de patologías del paciente, sexo, edad o tratamientos para la coagulación.

Durante la realización del estudio se apreció que, aunque no teniendo valores significativos se podía establecer cierta relación entre la variación de las cifras de hematocrito y hemoglobina respecto al número de niveles descomprimidos para un mismo número de niveles fijados. Así, por ejemplo, para tres niveles de fijación las cifras de hematocrito y hemoglobina para un nivel de descompresión eran de 9,821 y 3,330 unidades frente a los 10,235 y 3,440 de dos niveles y los 12,978 y 4,400 de tres niveles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque sin ser estadísticamente significativa se puede establecer una relación entre el número de niveles fusionados y:

- La variación en las cifras de hematocrito y de hemoglobina en las artrodesis de tres y cuatro niveles.
- La necesidad de transfusión en las artrodesis tres y cuatro niveles.

No se puede determinar la necesidad real de transfusiones y con ello tampoco el planteamiento de ahorro de recursos que supondría no reservar concentrados de hematíes en función de unos valores medios de hematocrito y hemoglobina debido a dos condicionantes:

- El pequeño tamaño muestral en los diferentes grupos de fusión, que no nos permite inferir resultados extrapolables a la población total.
- La necesidad unificar diferentes diagnósticos y niveles de fusión para alcanzar cifras muestrales razonables.

Cabe destacar la posible relación entre el número de niveles vertebrales descomprimidos y la mayor variación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

en cifras de hematocrito y hemoglobina, así como la necesidad de transfusiones.

7. OBSERVACIONES.

Con todo esto, se puede plantear continuar el estudio en próximos ejercicios intentando alcanzar un tamaño muestral suficiente para extrapolar los resultados a la población y reorientar la evaluación de los datos en función no solo de los niveles fusionados, sino también en función del número de niveles descomprimidos y del diagnóstico inicial, acotando el estudio solo a procedimientos de artrodesis primaria, ya que la inclusión de otros tipos de cirugías puede alterar los resultados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/787 ===== ***

Nº de registro: 0787

Título
AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

Autores:
PEÑA JIMENEZ DIEGO, CHARLEZ MARCO ALFREDO, LOSTE RAMOS ANTONIO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, TABUENCA SANCHEZ ANTONIO, RODRIGUEZ VELA JAVIER, MARTINEZ AZNAR CARMEN, CERDAN MORENO SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: patología degenerativa de columna vertebral
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Ahorro economico en base a un mejor uso de los recursos

PROBLEMA

La principal actividad quirúrgica de la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet se basa en la artrodesis lumbar en los casos de patología degenerativa de columna lumbar con 172 casos en el año 2015.

Este tipo de cirugía se realiza mediante un abordaje lumbar posterior, con la esqueletización vertebral, ampliación del canal vertebral, la fijación mediante tornillos pediculares, el aporte de injerto óseo autólogo sobre un lecho sangrante y los drenajes aspirativos, producen una considerable pérdida de sangre, lo que ha hecho que como requisito para la realización de estas cirugías se solicite la reserva de dos concentrados de hematíes.

En nuestra experiencia clínica hemos apreciado que la necesidad de transfusión en este tipo de intervenciones es mucho menor que el volumen de concertados hemáticos que es preciso solicitar, siendo un factor determinante el número de niveles de fusión vertebral. Así, es más necesario el número de transfusiones en las cirugías que comprometen a tres o más niveles (49 casos), mientras que suele ser excepcional en cirugías de un nivel (54 casos) y dos niveles (51 casos), como se demostró en nuestro proyecto de calidad de la convocatoria anterior con solo 3 transfusiones (a las 24h, ninguna intraoperatoria) en 115 pacientes.

Así mismo en este proyecto se tomó como grupo control los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar de tres niveles (49 pacientes) en los que se apreció una baja tasa de transfusiones (3 casos), aunque debido al número de pacientes no es posible establecer una valoración definitiva, tan sólo un dato observacional al que nos proponemos dar explicación en este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es cuantificar las necesidades reales de transfusión sanguínea y valorar la variación en las cifras de hematocrito y hemoglobina del postoperatorio inmediato respecto a las iniciales preoperatorios en las artrodesis lumbares de tres niveles.

De forma secundaria se intentaran identificar otros elementos que pueden condicionar la necesidad tales como niveles a descomprimir, patologías intercurrentes o medicaciones.

Finalmente estimar el potencial ahorro y reducción del consumo de recursos que se obtendría de no realizar la reserva de concentrados de sangre y los valores de Hemoglobina y hematocrito preoperatorios que aumentan el riesgo de transfusión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

MÉTODO

Se recogerán los datos en los pacientes en una tabla de excel para su estudio estadístico

Los datos a recoger de cada paciente serán:

- Número de Historia
- Edad
- Sexo
- Hematocrito preoperatorio
- Hemoglobina preoperatoria
- Hematocrito postoperatorio
- Hemoglobina postoperatoria.
- Necesidad de transfusión postoperatoria (Si/No)
- Volumen de mililitros transfundidos
- Medicaciones habituales que alteren la coagulación.
- Patologías y condiciones físicas que supongan un mayor riesgo de sangrado.
- Incidencias quirúrgicas que hayan generado un mayor sangrado.
- Número de niveles descomprimidos.

INDICADORES

Los indicadores a controlar serán:

- 1.- Número de concentrados transfundidos.
- 2.- Variación de los parámetros analíticos de hematocrito y hemoglobina entre el preoperatorio y el postoperatorio.

Esta evaluación se realizará de forma sistemática al ingreso del paciente y a las 24h tras la cirugía, sin despreciar ningún paciente que precise de transfusión más allá del primer control analítico a las 24 horas, considerando el valor de la analítica previa a la transfusión como el que debe ser incluido en el estudio.

- 3.- Medicaciones, patologías o condiciones físicas del paciente que pueden generar mayor sangrado estableciéndolos como posibles factores de riesgo.
- 4.- Número de niveles descomprimidos como factor quirúrgico principal que puede aumentar el sangrado.
- 5.- Incidencias quirúrgicas que hayan provocado un mayor sangrado y hagan necesario excluir a los pacientes del estudio para una normalización del mismo

DURACIÓN

Se estima el comienzo del estudio con la normalización del ritmo de la actividad quirúrgica en el mes de enero de 2017, tras el periodo navideño y su desarrollo durante un plazo de un año, estableciendo controles periódicos a los 3, 6 y 9 meses.

Con el fin de ampliar el número de pacientes se pueden incluir en este proyecto los 49 pacientes tomados como grupo control en el proyecto de mejora de la convocatoria anterior y que cumplen todos los requisitos previstos para el proyecto actual.

OBSERVACIONES

En el estudio han sido desestimados las cuantificaciones de sangrado intraoperatorias y la productividad de los drenajes ya que el empleo de abundante suero para lavado intraoperatorio cuyo residuo se evacua posteriormente en los drenajes y la utilización de gasas y compresas durante la cirugía condicionan estos valores como estimados y no reales, siendo más útil la valoración de los parámetros analíticos postoperatorios.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0788

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ADRIAN MARTIN MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEÑA JIMENEZ DIEGO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
LOSTE RAMOS ANTONIO
GARCIA CANOVAS NOELIA
SANZ ROMERO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En consultas hemos identificado las principales dudas de pacientes y familiares respecto a su patología y tratamiento siendo la principal preocupación la capacidad funcional a largo plazo. A corto plazo los pacientes presentan preocupación por la actividad física que pueden realizar mientras que las familias ponen el foco en la posibilidad de progresión de la curva. En lo referente al tratamiento los pacientes aceptan en diferente grado el tratamiento ortopédico mientras que los familiares lo toman como seguro y definitivo a pesar de que se les explica su amplia variabilidad de resultados. La indicación de tratamiento quirúrgico es mejor aceptada por el paciente que realiza preguntas respecto al dolor y capacidad funcional después de operar, frente a las familias que presentan dudas sobre los riesgos de la cirugía.

En la planta durante el ingreso se ha podido observar una situación de ansiedad a la llegada por la incertidumbre y desconocimiento de los pasos a seguir y durante el tiempo de la cirugía, así como los pasos a seguir tras el alta hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez identificados las principales preguntas y dudas hemos realizado un tríptico informativo en el que de forma clara y precisa se explica la patología, la valoración diagnóstica, los diferentes tratamientos y la situación funcional posterior. Así mismo hemos ido adaptando nuestra explicación en la consulta a dar respuesta a las cuestiones sin separarnos de lo planteado en ese documento, que está pendiente de valoración oficial para ser entregado a los usuarios.

Así mismo hemos intentado disminuir la ansiedad de paciente y sobre todo familiares de cara al ingreso, así, se les cita en consulta de forma previa a la cirugía y se les explican los pasos a seguir durante el preoperatorio e ingreso. El día del ingreso son reevaluados por cirujanos, anestesistas y por el personal de enfermería de quirófano con el fin de establecer un mayor vínculo con el paciente y familia. Durante el proceso de la cirugía se realizan llamadas telefónicas a la familia de los pacientes (cada 2 horas aproximadamente) coincidiendo con los principales pasos de la cirugía y con el final de la misma. Una vez finalizada antes de que el paciente pase a la unidad de reanimación se autoriza a la familia a ver al paciente y se les informa del proceso quirúrgico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que la información recogida en tríptico nos resulta útil como facultativos para mostrar un discurso homogéneo y aclara dudas habituales y evitar el sesgo de la información que reciben familia y pacientes por otros medios

Así mismo consideramos que el contacto del personal de quirófano con el paciente y la familia al ingreso y de forma previa a la cirugía disminuye la ansiedad del momento y la comunicación periódica con la familia durante la cirugía, genera cierto grado de confort y seguridad con el equipo médico,

7. OBSERVACIONES.

En el momento actual estamos pendientes de presentar el tríptico informativo para su aceptación, así como de un segundo tríptico informativo referente al proceso de ingreso y cirugía

Por otro lado, estamos pendientes de la realización de un formulario de valoración de la satisfacción de los pacientes y familiares respecto a su patología, el tratamiento y la relación con los profesionales.

Atendiendo al escaso número de pacientes que se interviene de escoliosis es posible que pueda ser necesario tras cumplir los 12 meses restantes de estudio, prolongar un tiempo mayor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0788

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

*** ===== Resumen del proyecto 2016/788 ===== ***

Nº de registro: 0788

Título
MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores:
MARTIN MARTINEZ ADRIAN, PEÑA JIMENEZ DIEGO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, LOSTE RAMOS ANTONIO, GRACIA CANOVAS ISABEL NOELIA, SANZ ROMERO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE
Línea Estratégica : Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La escoliosis idiopática del adolescente (EIA) es una entidad patológica que afecta a niños en edad de crecimiento. Su tratamiento necesita la participación del paciente y de su familia.

Establecer el diagnóstico de EIA supone en muchos casos generar una situación de confusión y ansiedad en especial en los padres que son los que deben tomar la decisión sobre la salud de sus hijos.

Plantear un tratamiento ortopédico largo y tedioso mediante el empleo del corsé que genera en ocasiones el rechazo por parte del joven y el conflicto entre padres e hijos.

La indicación de la cirugía que supone el fracaso de los tratamientos previos y reorientar la situación generando nuevas dudas e incertidumbres que se ven agravadas por la firma del consentimiento informado.

El momento de la cirugía: El miedo a una cirugía cercana a las ocho horas con importantes riesgos y la separación del paciente/familia durante más de 12 horas, la evolución posterior y el régimen de vida a corto y largo plazo suponen dudas y estrés.

Estas dudas llevan a buscar información sobre la patología y los tratamientos de la misma. En la era de la comunicación en la que vivimos, el acceso a la información es extremadamente sencillo, pero el problema reside en la calidad, el rigor y el criterio de esa gran cantidad de información disponible, lo que en muchas ocasiones supone interpretaciones que no se ajustan a la realidad de la patología o de su tratamiento y que dificultan la comunicación entre paciente, familia y profesionales.

El alcanzar una mejora en la comunicación dentro del proceso de la escoliosis creemos que puede suponer una mejora en el cumplimiento de los tratamientos ortopédicos, una mejora en la relación entre el paciente, la familia y el personal sanitario y una mayor seguridad del paciente y la familia para hacer frente a la patología y su tratamiento y no limitarnos a la información legal necesaria incluida en el consentimiento informado. En resumen una mejora en la Calidad de la Asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es buscar nuevos métodos de comunicación para aportar una información clara, comprensible, rigurosa y suficiente a los pacientes y familias para comprender el proceso de la EIA, tomar decisiones y saber lo que ocurre en cada momento de dicho proceso reduciendo la ansiedad e incertidumbre. Mejorar la calidad de la asistencia a partir de una mejora en la comunicación.

MÉTODO

El procedimiento a seguir para alcanzar los objetivos ha sido planteado de la siguiente manera:

Identificar las dudas más frecuentes, los puntos que precisan de más aclaraciones y los momentos que generan mayor ansiedad para darles respuesta.

Establecer una pauta homogénea de información oral para los profesionales sobre la patología, sus tratamientos y evolución, en la que se recojan los puntos ya establecidos como dudas más frecuentes y se les dé respuesta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0788

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

Crear un soporte físico de información para el paciente y la familia, (A valorar en forma de tríptico o de archivo informático de imagen y texto ...) en el que se recoja de forma clara, rigurosa y comprensible la suficiente información sobre la patología, la evolución de la misma, los tratamientos y objetivos y aclaraciones de la dudas más frecuentes, así como un calendario de revisiones y controles del paciente, la cirugía, valoración anestésica, el ingreso y vida al alta y controles posteriores.

Establecer un contacto entre el paciente-familia y los profesionales que van a atenderle y establecer un canal de comunicación con la familia en especial durante la cirugía.

INDICADORES

Se realizará mediante encuestas diferentes dirigidas a familiares y pacientes en los que se evalúe tres parámetros en distintos momentos del seguimiento, (control en consultas a los 6 meses, previa a la cirugía y al alta). Los parámetros a valorar son:

Conocimientos aportados sobre la patología y su tratamiento.

Cumplimiento entre lo planificado y lo que se ha ajustado a la realidad del seguimiento.

Grado de satisfacción y calidad de la atención recibida

Así mismo en dichas encuestas se puede incluir un apartado de "sugerencias" que nos ayuden a mejorar y corregir mientras se realiza el proyecto.

DURACIÓN

El desarrollo del proyecto puede requerir de un periodo de tiempo no inferior a los 18 meses. Habitualmente los pacientes que se intervienen de escoliosis anualmente suelen ser unos 20 de los cuales no todos aunque sí la mayoría son EIA.

En 2-3 meses es posible tener identificadas los puntos más conflictivos y haber realizado los materiales de información. Estableciendo un calendario de recogida de datos a partir de los 6,12, y 18 meses posteriores con la interpretación de los resultados en dichos momentos y un posible balance final a los 24 meses.

OBSERVACIONES

En lo referente al soporte físico de la información consideramos que puede ser más útil un soporte informático en forma de archivo PDF en el que se incluyan imágenes y textos. Este soporte puede ser explicado en consultas, enviado a una dirección de e-mail o bien en una memoria USB del paciente con un coste cero.

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0805

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS CABALLERO BURBANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ DELGADO FERNANDO
CAMIN GOMEZ ANA
LATAPIA RALUY RAQUEL
LUNA TORRES CARMEN
ALDABAS SORIANO SILVIA
MIGUEL CIHUELO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

OBJETIVO 1: MEJORAR GESTIÓN DE LAS AGENDAS DE CONSULTAS EXTERNAS

- El Dr. Martínez Delgado se reunió con el Servicio de Admisión para solicitar la modificación de las agendas consultas externas.

- La Dra Caballero realizó formato de informe específico de la UR de alta de proceso de consultas externas

OBJETIVO 2: MEJORAR COMUNICACIÓN DE INDICACIONES DE MANEJO DEL POSTOPERATORIO INMEDIATO ENTRE QUIRÓFANO Y PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

- Se realiza reunión entre FEAS UR y personal de enfermería de quirófono y planta de hospitalización para concretar la forma mas eficaz de comunicación de las instrucciones postoperatorias dictadas en quirófono para manejo en planta.

OBJETIVO 3: IMPLANTACION DE SISTEMATICA DE CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

- Se realiza un formato específico para registrar el dolor postoperatorio y control de analgesia de rescate (Dr Martínez) y la Supervisora Carmen Luna informa a todo el personal de enfermería de su existencia y obligatoriedad de cumplimentarlo.

- Evaluación de las encuestas

OBJETIVO 4: OBTENER ALTO GRADO DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

- Elaboración de un formato de registro de satisfacción del paciente

- Se realiza reunión informativa con personal de enfermería de la planta que deberá entregar y recoger a cada paciente dicho formato.

- Análisis de las encuestas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

REVISION DE MARCADORES (Fórmulas aplicadas y método explicado en el proyecto inicial)

* Porcentaje de consultas con >25 pacientes: 52%.

OBJETIVO NO CUMPLIDO por ser > 10%

* Porcentaje de pacientes citados sin historia clínica: 2,54%

OBJETIVO CUMPLIDO por ser > 5%

* Porcentaje de pacientes dados de alta de planta con cita en consulta externa para revisión: 98'2%

OBJETIVO CUMPLIDO por ser > 95%

* Modificación de agenda de las consultas externas para albergar pacientes de alta hospitalaria: SI

OBJETIVO CUMPLIDO. Se acuerda realizar un formato en el que se recogerán los pacientes que deben ser citados tras el alta hospitalaria, el código de citación y la fecha de cita. Dicho formato será cumplimentado por la secretaria y enviado diariamente a citaciones.

* El informe específico de la UR de alta de proceso está hecho y se está utilizando ya en consultas de UR

OBJETIVO CUMPLIDO

* Porcentaje de intervenciones con instrucciones de manejo postoperatorio inexistentes o confusas: 2'3%

OBJETIVO CUMPLIDO por ser <5%

* Se comprueba la existencia de un formato específico para registrar el dolor postoperatorio y control de analgesia de rescate, por lo que el objetivo se ha cumplido.

* Porcentaje de pacientes con registro de dolor postoperatorio completo: 100%.

OBJETIVO CUMPLIDO por ser >90%

* La satisfacción con el tratamiento del dolor de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla ha sido de 4'68/5.

OBJETIVO CUMPLIDO por ser >3'5

* El grado de satisfacción en pacientes sometidos a prótesis total de rodilla ha sido de 4'57/5.

OBJETIVO CUMPLIDO por ser >3'5

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la revisión de los objetivos planteados para el año 2016 en nuestra Unidad, observamos que casi todos ellos han sido cumplidos. Tras nuevas revisiones hechas a lo largo del año 2017, hemos seguido cumpliéndolos y afianzándolos. Todo esto anima a la Unidad a continuar trabajando y a plantearnos nuevos objetivos ya presentes y futuros.

No obstante, queda pendiente conseguir que el número de pacientes citados en nuestras consultas sea controlado y se ajuste a los estándares marcados, por lo que hemos de continuar trabajando en ello.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0805

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Entrega y recogida de Registros.....Todos D.U.E.s
Evaluación de Encuestas.....Dr. Martínez

INDICADORES

OBJETIVO INDICADOR Y FÓRMULA

1.1.: Porcentaje de Consultas con más de 25 pacientes Citados
(Consultas con exceso/Total de consultas) x 100

Actual: N.C.; Objetivo:<10%

1.2.: Porcentaje de pacientes citados sin historia clínica

(Pacientes sin historia/Total de citas) x 100

Actual: N.C.; Objetivo: <5%

1.3.: Porcentaje de pacientes dados de alta desde planta con cita en consulta externa para revisión.

(Pacientes con cita /Total Altas de Hospitalización) x 100

Actual: N.C.; Objetivo: >95%

1.4.: Agendas modificadas para albergar pacientes de alta hospitalaria

Agenda Modificada (Sí/No)

Actual: No.; Objetivo: Si

1.5.: Existencia de Informe específico de la Unidad de Alta de Proceso para remitir a Atención Primaria

Informe Creado (Sí/No)

Actual: No.; Objetivo: Si

2.1.: Porcentaje de intervenciones con instrucciones de manejo postoperatorio inexistentes o confusas

(Instrucciones incorrectas/Total de Intervenciones) x 100

Actual:N.C.; Objetivo: <5%

3.1.:Existencia de Formato Específico para registrar dolor postoperatorio y control de analgesia de rescate (mórficos)

Formato existente (Sí/No)

Actual:No; Objetivo: Si

3.2.:Porcentaje de pacientes con registro de dolor postoperatorio completo

(Pacientes con registro/Total de Intervenciones) x 100

Actual:N.C.; Objetivo: >90%

3.3.: Satisfacción con el tratamiento del dolor de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla

Media de la? pregunta 5 Encuesta PTR / Total de Encuestas

Actual:N.C.; Objetivo: >3,5

4.1.: Satisfacción con el proceso de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla

Media de la? Puntuación Encuesta satisfacción PTR / Total de Encuestas

Actual:N.C.; Objetivo: >3,5

DURACIÓN

Auditoria interna: Febrero/abril 2017

Revisión por la Dirección: Abril 2017

Auditoria Externa: mayo/junio 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017

-Formación de los profesionales y sesiones de Unidad: Enero-Diciembre 2017

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados: trimestral

-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1401

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ATENCION PRIMARIA Y SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE CARLOS MARTIN HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GARCIA JOSE MARIA
MATEO AGUDO JESUS JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha puesto en marcha la interconsulta virtual Atención Primaria- Servicio de Traumatología mediante plataforma electrónica disponible en la historia clínica electrónica que permite la comunicación bidireccional médico de AP-Facultativo especialista.
Se ha cumplido el cronograma mediante periodo de prueba inicial con dos centros de salud (San Pablo y Puerta del Carmen) entre abril y septiembre de 2017 y extensión a todos los centros de salud del Sector Zaragoza II a partir de octubre de 2017.
Se han llevado a cabo reuniones con los coordinadores y facultativos de los centros de salud y con dirección y subdirección de atención primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador: Porcentaje de interconsultas virtuales resueltas sobre el total de interconsultas realizadas. Resultado 100%.
Resolución de un 40% de procesos sin necesidad de consulta presencial en Traumatología.
Disminución de un 40% entre septiembre 2017 y diciembre 2017 en el número de solicitudes de consulta remitidas por atención primaria.
Disminución de la demora para primera consulta en el Servicio de Traumatología en CCMM de especialidades Ramón y Cajal y San José.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La interconsulta virtual ha permitido mejorar sensiblemente la derivación de pacientes desde atención primaria al Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet, constituyendo una herramienta versátil que permite una comunicación directa entre médico de Ap y especialista y una mayor agilidad en el tránsito del paciente entre niveles asistenciales

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1401 ===== ***

Nº de registro: 1401

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ATENCION PRIMARIA Y SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Autores:
MARTIN HERNANDEZ CARLOS, PEREZ GARCIA ANASTASIO JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La derivación de pacientes desde Atención Primaria al Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del HUMS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1401

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ATENCION PRIMARIA Y SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

y a sus Centros de especialidades Médicas se realiza a menudo sin haberse realizado el tratamiento previo adecuado o sin las pruebas complementarias pertinentes, lo que origina un incremento innecesario de la frecuentación de las consultas de Atención especializada y un aumento de las molestias generadas a los pacientes como consecuencia de ello. Por otra parte, algunos de los pacientes enviados a consulta especializada podrían beneficiarse de un tratamiento adecuado facilitado por el especialista sin necesidad de cambiar de nivel asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar continuidad asistencial

Aumentar la eficiencia y calidad en la gestión de las patologías del Aparato Locomotor.

Disminuir la demora del buzón de citaciones de las consultas externas del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUMS.

Facilitar la accesibilidad del paciente a las consultas externas del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUMS.

Población diana: Pacientes de los Centros de AP que van a ser derivados al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUMS.

MÉTODO

Una consulta diaria dedicada a evaluar y responder las interconsultas de derivación de los centros de salud del sector Zaragoza II al Servicio de COT del HUMS.

Reuniones periódicas con los centros de Atención Primaria para optimización y seguimiento del proyecto.

INDICADORES

Número de interconsultas resueltas / número de interconsultas realizadas. Estándar =100%

Tiempo medio de respuesta de las interconsultas. Estándar < 7 días

DURACIÓN

Durante todo el año 2017 se evaluará la efectividad del proyecto en dos centros de salud.

Inicio: Abril 2017

Fin: Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0871

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE TRAUMATIZADO CON LESION GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ANDRES AGUILAR EZQUERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROCHE ALBERO ADRIAN
GARCIA MARTINEZ BEATRIZ
YUSTE BENAVENTE VALENTIN
JORDAN PALOMAR ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó un grupo de comunicación específico entre los miembros del grupo de trabajo, lo que permitió el conocimiento casi instantáneo de los casos clínicos por los cirujanos que debían tratarlos. Asimismo, se llevaron a cabo las reuniones planificadas para discutir los detalles de cada caso particular, tanto respecto al tipo de tratamiento que se requería, ya fuese quirúrgico o no, como respecto al momento y lugar idóneo de la intervención quirúrgica, en función de si se necesitaba un tratamiento mayormente traumatológico o de reparación de partes blandas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 12 pacientes fueron atendidos por el grupo de trabajo multidisciplinar, con un tiempo de interconsulta en todos los casos inferior a 48 horas. Seis pacientes pertenecían inicialmente al servicio de Traumatología y uno al de Cirugía Plástica; habiendo sido derivados de otros centros cinco. En seis pacientes se solicitaron pruebas diagnósticas adicionales, como angioTAC.

Un paciente fue tratado mediante terapias no quirúrgicas, con curas programadas por el servicio de Cirugía Plástica o terapia de vacío; y 6 requirieron una intervención quirúrgica conjunta para tratar los problemas de cobertura en el mismo acto que las fracturas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante la realización de este proyecto se ha objetivado el alto número de casos complejos que el Hospital Miguel Servet recibe, y la dificultad para su tratamiento en conjunto. El tiempo de atención al paciente ha mejorado susceptiblemente respecto al sistema anterior de hojas de interconsulta, que no garantizaban un tiempo mínimo hasta la consulta ni un seguimiento adecuado por el mismo grupo de profesionales. Asimismo, la creación de este grupo ha facilitado la coordinación entre dos servicios muy diferentes para la realización de intervenciones conjuntas, cosa que siempre es complicada sin la implicación directa de los médicos responsables. Por todo esto, creemos que las actividades realizadas por este grupo de trabajo han sido beneficiosas tanto para el paciente, acortando tiempos de espera y consensuando tratamientos, como para el hospital, minimizando el período de ingreso y facilitando la coordinación interdepartamental.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/871 ===== ***

Nº de registro: 0871

Título
ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE TRAUMATIZADO CON LESION GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS

Autores:
AGUILAR EZQUERRA ANDRES, ROCHE ALBERO ADRIAN, GARCIA MARTINEZ BEATRIZ, YUSTE BENAVENTE VALENTIN, JORDAN PALOMAR ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0871

1. TÍTULO

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE TRAUMATIZADO CON LESIÓN GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

El Hospital Miguel Servet, dado su volumen de pacientes e importancia como hospital de referencia, recibe gran cantidad de pacientes con traumatismos óseos que además asocian lesiones graves de tejidos blandos. Por otro lado, el servicio de Cirugía Plástica recibe pacientes trasladados de otros centros para tratamiento de lesiones de partes blandas que asocian lesiones óseas que requieren de tratamiento por parte del servicio de Traumatología. La particular patología de estos pacientes hace que hayan de ser tratados por ambos servicios ya sea de forma simultánea en la misma intervención quirúrgica o de manera escalonada, con la dificultad que conlleva respecto a organización de quirófanos y personal por ambos servicios. Por otro lado, los cuidados postoperatorios de las lesiones de tejidos blandos influyen muchas veces en el seguimiento habitual y evolución de las lesiones óseas.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto se pretende crear un grupo de trabajo mixto entre componentes de la unidad de Fracturas y cirujanos plásticos especializados en miembro inferior para optimizar el estudio y tratamiento de estos pacientes, coordinando las intervenciones quirúrgicas necesarias en el menor tiempo posible, para así reducir la estancia hospitalaria de estos pacientes, que muchas veces se alarga por la solicitud de pruebas diagnósticas adicionales y la dificultad respecto a la disponibilidad de quirófanos.

MÉTODO

Con este proyecto se pretende:

-Evaluación precoz de los pacientes ingresados en uno de los servicios por los especialistas del otro, en un máximo de 48 horas.

-Reuniones periódicas según dicte la idiosincrasia de los pacientes, pero con un mínimo de dos al mes, para el estudio detallado de los casos y valoración de su evolución.

-Discusión y en su caso, petición de pruebas diagnósticas adicionales desde el momento de su evaluación inicial para disminuir la estancia hospitalaria.

-Discusión del mejor momento para el tratamiento de cada una de las lesiones para planificar las intervenciones quirúrgicas y optimizar la ocupación de quirófanos, decidiendo si es más adecuado realizarse en el quirófano de Cirugía Plástica o Traumatología en función de las lesiones a tratar y la terapéutica a llevar a cabo.

-Puesta en común de la posible evolución de las lesiones para optimizar el tratamiento al alta.

INDICADORES

-Número de pacientes que cumplen el perfil antes expuesto.

-Número de pacientes en que se realizó evaluación precoz.

-Tiempo de demora entre el ingreso y la petición de las pruebas complementarias.

DURACIÓN

Inicio: Septiembre 2018

Final: Septiembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1100

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS PUERTAS DE URGENCIAS Y DERIVACIONES A CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MODREGO ARANDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACLERIGA GIMENEZ ANTONIO
GOMEZ BLANCO ANDRES
GARCIA CALVO VERONICA
AGUILAR EZQUERRA ANDRES
LALLANA DUPLA JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HA REALIZADO UN GRUPO PARA IDENTIFICACION DE LOS PRINCIPALES PROCESOS ATENDIDOS EN URGENCIAS., CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS Y ESTABLECIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A CONSULTAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HAN IDENTIFICADO Y CLASIFICADO LOS PRINCIPALES PROCESOS TRAUMATOLOGICOS ATENDIDOS EN URGENCIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA COLABORACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES SERVICIOS DE URGENCIAS, TRAUMATOLOGIA HA RESULTA QDO DIFICIL, LO MISMO QUE LA RECOGIDA DE LAS PATOLOGÍAS TRAUMATOLOGICAS ATENDIDAS EN URGENCIAS

7. OBSERVACIONES.
NINGUNA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1100 ===== ***

Nº de registro: 1100

Título
OPTIMIZACION DE LAS PUERTAS DE URGENCIAS Y DERIVACIONES A CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA

Autores:
MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER, LALLANA DUPLA JOSE JAVIER, GARCIA CALVO VERONICA, GOMEZ BLASCO ANDRES, AGUILAR EZQUERRA ANDRES, MONGE VAZQUEZ MARIA EUGENIA, GARCIA MARTINEZ BEATRIZ, LACLERIGA GIMENEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EXISTE UNA SOBRECARGA EVIDENTE DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS, CON AMPLIA VARIABILIDAD EN CUANTO A SUS DIAGNOSTICO, GRAVEDAD Y PROBLEMÁTICA SOCIAL. SIENDO EN MUCHOS CASOS ESTA VÍA LA ELEGIDA POR LOS PACIENTES COMO VÍA RÁPIDA DE ACCESO A COSULTAS PARA EVITAR LAS LARGAS DEMORAS DEL SISTEMA EXISTENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS
GENERAR UN SSITEMA DE IDENTIFICACIÓN, CLASIFICACIÓN Y DERIVACIÓN DE PACIENTES ENTRE URGENCIAS Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUAMTOLOGÍA QUE OPTIMIZE EL TRATAMIENTO DE LOS MISMOS EN BASE A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS.

MÉTODO
SE ESTABLECERÁ UNA COMISSION DE CALIDAD CON LA PARTICIPACION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, Y ADMISION SIN DESCARTAR LA PARTICIPACIÓN DE ATENCION PROMARIA SI FUERA PRECISO.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1100

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS PUERTAS DE URGENCIAS Y DERIVACIONES A CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICACION DE LOS PRINCIPALES PROCESOS ATENDIDOS EN URGENCIAS.
CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE ACUERDO A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS.
ESTABLECIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A CONSULTAS.
SEGUIMIENTO SEMANAL DURANTE LOS TRES PRIMEROS MESES Y POSTERIORMENTE MENSUAL DEL FUNCIONAMIENTO DE DICHO PROTOCOLO.
CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS INTEGRAL
CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIFICA DE TRAUMATOLOGIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DERIVADOS DE URGENCIA CON CRITERIOS DE ATENCIÓN ESPECÍFICA (FRACTURA RADIO, FRACTURA HÚMERO, FRACTURA MANO...)
CREACIÓN DE UN SISTEMA PARA LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA SOCIO-LABORAL CON COLABORACIÓN DE TRABAJADORES SOCIALES Y ATENCIÓN AL PACIENTE

INDICADORES

-PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS NO CONSIDERADO EL EPISODIO COMO URGENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO
- PACIENTES DERIVADOS A CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA INCORRECTAMENTE SEGÚN PROTOCOLO ELABORADO
-SEGUNDAS VISITAS EN URGENCIAS
-PACIENTES INCLASIFICABLES
-PACIENTES QUE NO ACUDEN A CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA TRAS LA DERIVACIÓN DESDE SERVICIO DE URGENCIAS
-PACIENTES INGRESADOS EN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DESDE CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA
-PACIENTES ATENDIDO EN URGENCIAS POR PROBLEMÁTICA SOCIO-LABORAL NO MÉDICA

DURACIÓN

3 MESES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UNA COMISIÓN INTEGRADA POR SERVICIO DE URGENCIAS, TRAUMATOLOGÍA, ADMISIÓN Y POSIBLEMENTE ATENCIÓN PRIMARIA PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS, ELABORAR PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA Y CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS
TRES MESES POSTERIORES PARA CREACIÓN DE CONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA CON CONTENIDO ESPECÍFICO (PATOLOGÍA TRAUMÁTICA ESPECIFICA POR SEGÚN EL TIPO DE FRACTURA, PATOLOGÍA CON PROBLEMÁTICA SOCIO-LABORAL...)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1102

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL NUMERO DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES ANCIANOS CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA, HUMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MODREGO ARANDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARRIDO SANTA MARIA ISAIAS
LUMBRERAS VIRGOS RUTH ELISA
ROCHE ALBERO ADRIAN
RIPALDA MARIN JORGE
CARBONEL BUENO IGNACIO
CORELLA ABENIA EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE HA CONSEGUIDO UN PROTOCOLO FARMACOLÓGICO PENDIENTE DE INICIAR SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA COLABORACIÓN ENTRE LOS MIEMBROS DEL GRUPO HA SIDO ESENCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO FARMACOLÓGICO EN LA PREVENCIÓN DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS DE HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL

7. OBSERVACIONES.

NINGUNA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1102 ===== ***

Nº de registro: 1102

Título

DISMINUCION DEL NUMERO DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES ANCIANOS CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPROTICA DE CADERA, HUMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL

Autores:

MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER, GARRIDO SANTA MARIA ISAIAS, LUMBRERAS VIRGOS RUTH ELISA, ROCHE ALBERO ADRIAN, RIPALDA MARIN JORGE, CARBONEL BUENO IGNACIO, CORELLA ABENIA EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Ancianos

Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EL ÍNDICE DE NUEVAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS TRAS UNA PRIMERA FRACTURA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL ES ELEVADO, CON CIFRAS QUE VARÍAN EN LA BIBLIOGRAFÍA MÉDICA ENTRE UNOS PORCENTAJES DEL 14% AL 86%. EXISTE UN DÉFICIT EN EL TRATAMIENTO PREVENTIVO FARMACOLÓGICO TRAS UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN EL ANCIANO. LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA TERAPEUTICO Y DE MEDIDAS HIGIENICAS PREVENTIVAS DISMINUIRÍA EL PORCENTAJE DE NUEVAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN EL ANCIANO TRAS UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA DE CADERA HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL POR FRAGILIDAD.

RESULTADOS ESPERADOS

- DISMINUIR EL NÚMERO DE FRACTURAS EN EL LOS PACIENTES ANCIANOS TRAS UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL POR FRAGILIDAD

- INSTAURAR UN PROTOCOLO TERAPEUTICO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1102

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL NUMERO DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES ANCIANOS CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA, HUMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL

OSTEOPORICA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL.

- INSTAURAR UNA GUIA DE RECOMENDACIONES DE ACTIVIDADES Y HABITOS CORRECTOS EN PACIENTES CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPORICA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL.

MÉTODO

EL PROYECTO DE MEJORA ABORDARÁ LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES:

SE ELABORARÁ UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREVENTIVO DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL POR FRAGILIDAD QUE SE INCLUIRÁ EN EL INFORME DE ALTA DEL MISMO. SE REALIZARÁ POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO TRAUMATOLÓGICO, GERIATRICO, FISIOTERAPEUTAS Y DE ENFERMERÍA UNA LABOR INFORMATIVA SOBRE LAS MEDIDAS DIETÉTICAS, POSTURALES, ALIMENTICIAS PREVENTIVAS PARA EVITAR NUEVAS FRACTURAS, ELABORANDOSE UNA HOJA INFORMATIVA AL ALTA DEL PACIENTE CON DICHAS RECOMENDACIONES.

INDICADORES

- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO EN SUCESIVAS CONSULTAS POSTALTA.
- PORCENTAJE DE PACIENTES REINGRESADOS POR FRACTURA OSTEOPOROTICA TRAS TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EL PRIMER AÑO

DURACIÓN

3 MESES PARA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y CREACIÓN DE UN GRUPO INTERDISCIPLINAR PARA LA ELABORACIÓN DE LA PAUTA TERAPEUTICA A SEGUIR COMO PREVENCIÓN DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL.

3 MESES PARA ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO FARMACOLÓGICO Y UNA HOJA INFORMATI HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL VA AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL.

1 MES PARA INFORMACIÓN A TODO EL PERSONAL MÉDICO, DE ENFERMERIA, FISIOTERÁPICO Y TRABAJADORES SOCIALES DE LAS RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS E HIGIENICO-DIETETICAS.

INICIO DEFINITIVO DE LAS PRESCRIPCIONES FARMACOLOGICAS Y HOJA DE RECOMENDACIONES EN EL INFORME DE ALTA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1107

1. TÍTULO

EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MARINA ANGULO TABERNERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEÑA JIMENEZ DIEGO
LOSTE RAMOS ANTONIO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
TABUENCA SANCHEZ ANTONIO
CHARLEZ MARCO ALFREDO
RODRIGUEZ VELA JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La actividad quirúrgica principal de la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet es la artrodesis de la columna lumbar en pacientes con patología degenerativa de columna lumbar. La artrodesis se consigue mediante la colocación de un montaje con tornillos pediculares y barras y el aporte de injerto óseo hasta alcanzar la fusión de las articulaciones lumbares. La colocación de estos tornillos durante la intervención se realiza con referencias anatómicas bajo control de escopia intraoperatoria. De manera rutinaria en el control postoperatorio se realiza una radiografía simple en proyecciones anteroposterior y lateral.

En ocasiones debido a las alteraciones anatómicas secundarias a la artrosis facetaria o inestabilidad vertebral la colocación de los implantes puede ser inadecuada, siendo el motivo de realización de nuevas pruebas diagnósticas (como radiografías adicionales, RMN y TC), re-intervenciones para retirada o recolocación de implantes mal posicionados, ciáticas postoperatorias o lesiones neurológicas que condicionan el buen resultado de la intervención. La tasa de mal posicionamiento de tornillos con escopia 2D ronda el 5,16%.

El O-ARM es un sistema de imágenes de tomografía computarizada (TC) intraoperatorio que puede proporcionar información e imágenes de alta calidad al cirujano y permitir la colocación navegada de implantes de columna como tornillos y dispositivos intersomáticos. Se calcula que el O-ARM puede reducir la tasa de mal posicionamiento de tornillos del 5,16% con la escopia 2D al 1,23% con el TAC intraoperatorio.

El objetivo del trabajo era evaluar hasta que punto es el O-ARM útil en la colocación de la instrumentación de columna comparado con el empleo de escopia intraoperatoria 2D y valorar si ello supone una reducción de las complicaciones.

Durante este año hemos recogido en una base de datos Excel, las cirugías de artrodesis realizadas con escopia 2D y O-ARM. De cada uno de los pacientes, codificados con su número de historia clínica, se recogieron datos demográficos como edad, sexo, diagnóstico, número de niveles fijados y descomprimidos, ciáticas iatrogénicas, pruebas postoperatorias extras y necesidad de reintervención para retirada o recolocación de los tornillos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para la realización del estudio se revisaron los partes quirúrgicos desde 1 de enero de 2018 a 31 de diciembre de 2018 observándose los siguientes resultados.

Se intervinieron un total de 201 pacientes de artrodesis de columna lumbar durante 2018. El 58% eran varones y el 42% mujeres con una edad media de 62 años. De ellos 25 (12,5%) se intervinieron con sistema O-ARM y 176 (87,5%) con sistema de radiografía 2D.

En el grupo de los pacientes intervenidos con escopia 2D hubo 6 (3,4%) casos de malposición de tornillo sintomática que requirieron, en todos ellos, de la realización de pruebas (RMN y TAC postoperatoria) y una reintervención para retirada/recolocación del mismo. No fue necesaria la realización de pruebas extras ni reintervenciones en el grupo de pacientes intervenidos con O-ARM.

Respecto al tiempo quirúrgico, el empleo del O-ARM vió incrementada la duración del tiempo quirúrgico en una media de 85 minutos, debido a la laboriosa colocación del paciente, la verificación del nivel con el O-ARM, problemas de manejo del ordenador por la curva de aprendizaje por parte de los técnicos de rayos, la realización del TC pre e intraoperatorio postoperatorio y la colocación adecuadamente en el campo quirúrgico de la estrella de referencia. Tras la colocación de los implantes el resto de la cirugía de descompresión transcurre sin cambios a la técnica habitual, considerándose por ellos las diferencias de duración en la cirugía atribuibles íntegramente al manejo del O-ARM.

No se ha observado diferencia en la estancia hospitalaria de los pacientes intervenidos con O-ARM a los intervenidos con escopia convencional siendo las estancias medias de 5,6 días y 5,2 días, respectivamente.

Como beneficio del empleo está la no radiación del equipo quirúrgico, no cuantificable debido a no llevar dosímetros, y la realización de un TC de control que asegura la adecuada colocación de los implantes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1107

1. TÍTULO

EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Hace falta mejorar la formación del equipo implicado en el manejo del O-ARM ya que supone un incremento del tiempo operatorio y un menor aprovechamiento del quirófano.

2. El O-ARM asegura, en nuestra experiencia, la adecuada colocación de los tornillos pediculares. Sería necesario un estudio con más artrodesis en el grupo de cirugía navegada para valorar estadísticamente los datos.

3. Nuestra unidad tiene una baja tasa de malposición de implantes en comparación con las observadas en la bibliografía. Por ello, debido al mayor tiempo quirúrgico de la técnica, proponemos el empleo del O-ARM en pacientes seleccionados, en los que la colocación de los implantes con escopia 2D puede verse dificultada. A este grupo pertenecerían los pacientes con mucha hipertrofia articular, muy obesos, escoliosis o alteraciones anatómicas (como reintervenciones, tumores, malformaciones vertebrales o infecciones), siendo estos los que mas riesgos de malposición de implantes tienen.

7. OBSERVACIONES.

Durante la realización del proyecto de mejora debido a la organización del servicio y la reducción generalizada de quirófanos, la unidad de columna vió disminuida en un 40-50% su actividad quirúrgica, lo que afecto a la realización del proyecto de mejora por verse disminuido el volumen de pacientes intervenidos, especialmente los del grupo O-ARM al solo tener un día a la semana el sistema de navegación asignado.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1107 ===== ***

Nº de registro: 1107

Título
EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA

Autores:
ANGULO TABERNERO MARINA, PEÑA JIMENEZ DIEGO, LOSTE RAMOS ANTONIO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, TABUENCA SANCHEZ ANTONIO, CHARLEZ MARCO ALFREDO, RODRIGUEZ VELA JAVIER, CERDAN MORENO SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la cirugía de columna es frecuente la colocación de implantes del tipo de tornillos o dispositivos intersomáticos. Habitualmente se colocan con referencias anatómicas y bajo control de escopia 2D intraoperatorio. Debido a las alteraciones anatómicas secundarias a la artrosis facetaria o inestabilidad en ocasiones la colocación puede ser inadecuada siendo el motivo de realización de nuevas pruebas diagnosticas (como Rx, RMN y TAC), re-intervenciones para retirada o recolocación de implantes mal posicionados, ciáticas postoperatorias o lesiones neurológicas que condicionan el buen resultado de la intervención.

El O-ARMN es un sistema de imágenes de tomografía computarizada (TC) intraoperatorio que puede proporcionar información e imágenes de alta calidad al cirujano y permitir la colocación navegada de implantes de columna como tornillos y dispositivos intersomáticos. Se calcula que el O-ARM puede reducir la tasa de mal posicionamiento de tornillos del 5,16% con la escopia 2D al 1,23% con el TAC intraoperatorio.

Queremos evaluar hasta que punto es el O-ARM útil en la colocación de la instrumentación de columna comparado con el empleo de escopia intraoperatoria 2D y valorar si ello supone una reducción de las complicaciones derivadas de ello.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana serían pacientes con indicación de artrodesis de columna con implantes en los que se emplea el navegador O-ARM o la escopia 2D convencional.

Gracias a la navegación intraoperatoria O-ARM esperamos observar una mejoría en los siguientes aspectos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1107

1. TÍTULO

EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA

comparándolos con intervenciones con realizadas con escopia convencional :

- El número de ciáticas postoperatorias atribuibles al mal posicionamiento de implantes
- El número de TAC y RMN postoperatorios atribuibles al mal posicionamiento de implantes.
- En la necesidad de re-intervención precoz para retirada o recolocacion de implantes por mal posicionamiento.
- En la necesidad de recolocar de manera intraoperatoria tornillos mal posicionados.

Tambien valoraremos si el empleo del navegador O-ARM supone un incremento en el tiempo operatorio, perdida hemática, necesidad transfusional, tiempo de ingreso o tasa de infecciones respecto a la cirugía con escopia.

MÉTODO

La realización del trabajo no supone un cambio importante en la actividad habitual de la Unidad de Columna, siendo la técnica quirúrgica y la indicación la misma independientemente de si la colocación del implante se realiza navegada con O-ARM o con la escopia convencional.

La planificación del estudio se basa en estratificar los pacientes en función de si la intervencion se realiza con O-ARM o escopia convencional. De esta manera analizaremos en cada grupo las complicaciones, el tiempo quirúrgico, clínica postoperatoria y la necesidad de recolocacion intraoperatoria de implantes.

INDICADORES

- Número de estudios de TAC y/o RMN postoperatorios
- Número de re-intervenciones precoces para retirada-modificación de implantess
- Número de ciáticas postoperatorias

Todas estas variables se registrarán en ambos grupos (escopia y O-ARM) y se expresarán respecto al total de pacientes intervenidos de cada grupo.

DURACIÓN

El proyecto tendrá una duración de un año, desde mayo de 2018, fecha de inició del empleo de la cirugía navegada con O-ARM en nuestro centro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1502

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

Fecha de entrada: 18/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN BUISAN FRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MIGUEL ROMEO CARMEN
FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA
DELGADO ALCALDE CRISTINA
ROMERA BELTRAN ANA CRISTINA
USON LUCEA SONIA
SUBIAS CADENAS DELIA
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 hemos definido el grupo de trabajo que iba a trabajar en este proyecto .Se han priorizado las intervenciones quirurgicas que se iban a incluir en los protocolos formato de fichas quirurgicas. Se ha buscado la mejor evidencia científica disponible y hemos contado con el juicio y valoracion de los profesionales que trabajan diariamente en el area y que son expertos en el tema. Tras llegar a un consenso se han elaborado las fichas quirurgicas de intervenciones del area de traumatologia, cirugia plastica y maxilofacial. Se han plastificado e incluido en la carpeta de protocolos quirurgicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los procedimientos quirurgicos que se han protocolizado, en formato de fichas quirurgicas durante el año 2018 han sido:

CIRUGIA PLASTICA:

1. Abdominoplastia
2. Colgajo DIEP (Deep Inferior Epigastrico Perforator)
3. Colgajo Musculocutaneo del Dorsal Ancho

MAXILOFACIAL:

1. Fractura Mandibular
2. Fractura Orbita /Orbitomalar
3. Intubacion Dificil
4. Quistectomia con o sin Extracciones
5. Reseccion de Tumor
6. Vaciamiento Cervical

TRAUMATOLOGIA:

1. Cerclaje de Rotula
2. Fractura Huesos Propios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con este proyecto hemos pretendido disminuir la variabilidad en la practica asistencial del equipo de enfermeria de los quirofanos de traumatologia, maxilofacial y cirugia plastica asi como facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores practicas y facilitar la incorporacion del personal de enfermeria a nuestra unidad. Consideramos que es una buena herramienta para la formacion del personal de enfermeria. Aunque el proyecto que se habia definido para este año se considera finalizado, hay que seguir elaborando fichas quirurgicas hasta completar la totalidad de las intervenciones quirurgicas que se realizan en el bloque quirurgico.

7. OBSERVACIONES.

Se sube a fecha de hoy por no recibir correo

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1502 ===== ***

Nº de registro: 1502

Título
ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

Autores:
BUISAN FRANCO MARIA CARMEN, MIGUEL ROMEO MARI CARMEN, FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA, DELGADO ALCALDE CRISTINA, ROMERA BELTRAN ANA CRISTINA, USON LUCEA SONIA, SUBIAS CADENAS DELIA, AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1502

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: QUIRURGICA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante los últimos años, se ha considerado que la variabilidad en la práctica clínica es un verdadero problema asistencial, ya que las diferencias en el tipo de cuidados aplicados, sugieren la existencia de prácticas subóptimas. Disminuir la misma debe ser un objetivo prioritario en cualquier organización sanitaria. Dentro de este marco conceptual vemos la necesidad de elaborar protocolos de enfermería en los quirófanos de trauma, c. plástica y maxilofacial, realizados por y para enfermeras, con el fin de poder contar con una herramienta útil y eficaz, que nos sirva de ayuda, como documento de consulta y formación, contribuyendo así a disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

Como objetivos nos marcamos
Disminuir la variabilidad en la práctica asistencial del equipo de enfermería de los quirófanos de traumatología, maxilofacial y cirugía plástica
Conducir la atención de enfermería en la dirección científica.
Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas
Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería por un trabajo bien hecho.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.

Priorización de las intervenciones quirúrgicas a protocolarizar.
Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema
Consenso y elaboración de los protocolos en formato fichas quirúrgicas sobre las técnicas quirúrgicas en el quirófano de trauma, c. plástica y maxilofacial

INDICADORES

Número de procedimientos quirúrgicos del quirófano que se han protocolarizado:
Como mínimo durante el año 2018 se protocolarizaran 10 intervenciones quirúrgicas de la especialidad

DURACIÓN

Definición del grupo de trabajo- Abril 2018
Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible- Mayo - Septiembre 2018
Valoración y juicio de los profesionales expertos en el tema: Mayo -Septiembre 2018
Elaboración fichas quirúrgicas - Octubre 2018 - Noviembre 2018
Evaluar el proyecto- Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Dado el número total de procedimientos existentes en el quirófano de traumatología - c. plástica y maxilofacial para poder completar el proyecto en todas las áreas se considerará un proyecto continuista para los próximos años

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0086

1. TÍTULO

MEJORA EN REFERENCIA A LA REHABILITACION DEL CODO, EN EL TTº DE FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HUMERO EN LA INFANCIA, TRAS LA RETIRADA DE LA INMOVILIZACION CON ESCAYOLA, CON TTº CONSERVADOR O QUIRURGICO

Fecha de entrada: 12/01/2020

2. RESPONSABLE VICTORIA EUGENIA GOMEZ PALACIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MALLEN ALBIR JOSE MARIA
PEÑA GIMENEZ ANA
SORIANO GRANDEL REBECA
MUÑOZ DE LA TORRE ELENA
GIL ALBAROVA JORGE
MARTIN HERNANDEZ CARLOS
ARAGÜES BRAVO J CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la realización de este proyecto de calidad, se le informó a la familia del mismo en la consulta, cuyo hijo presentara una fractura supracondílea de húmero. Inicialmente se comenta verbalmente y posteriormente se les proporciona un consentimiento informado para la participación del proyecto y una copia del mismo, que se llevan a casa.

Se le entrega posteriormente una infografía, con los ejercicios que debe realizar el paciente para la mejora del movimiento de la articulación del codo, cuantas repeticiones y cuantas veces, al día debe realizar cada uno de los ejercicios. Al aportar esta infografía, con dibujos, se hace más atractivo a los niños, que entienden mejor, y pueden realizar de la mejor forma los mismos.

Y tercero, antes de irse de la consulta, se les da una hoja-encuesta de valoración, que se les indica que rellenen junto a su hijo y que en la consulta de revisión del balance articular del codo, nos entregarán.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para comprobar el resultado alcanzado, con este proyecto, se recogieron las encuestas de satisfacción, de los primeros 50 pacientes que entraron a formar parte del proyecto, con firma de consentimiento y la realización de los ejercicios indicados en la infografía.

Respecto a las preguntas:

1. ¿Cree interesante dar la infografía- folio para la rehabilitación del codo tras fractura en la consulta?

El 100% de las encuestas decían SI, que era interesante la infografía recibida.

2. Si solo se le hubiera dado información verbal de los ejercicios. La realización de estos en casa, ¿serían más fácil de realizar o no?

En los 50 casos, indicaron, que era más fácil al tener la infografía, aunque dos casos (4%), referían que en ocasiones no usaban dicha infografía, por ya tenerla memorizada.

3. ¿Ha resultado de utilidad, la información del folio sobre los ejercicios de rehabilitación del codo? (puntuar del 1 al 10, siendo 1= nada útil y 10 = muy útil)

Respecto esta pregunta la nota media fue de 8,9 (intervalo 8-10).

4. La explicación de los ejercicios de rehabilitación del codo encontrados, ¿ha resultado clara? (puntuar del 1 al 10, siendo 1= nada clara y 10 = muy clara)

Respecto esta pregunta la nota media fue de 8,5 (intervalo (7-10)).

5. Realice una valoración general del folio-infografía, puntuándolo del 1 al 10, siendo 1= mala valoración y 10 = muy buena valoración general)

Respecto esta pregunta la nota media fue de 9,1 (intervalo (8-10)).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista de los resultados obtenidos, con la aceptación del proyecto y la encuesta de valoración con resultados tan altos. Se puede concluir que es un proyecto interesante para no sólo haberlo realizado en el año 2019, sino seguir realizándolo de aquí en adelante. Estando en nuestra consulta en el día a día esta infografía, para poder ayudar a nuestros pacientes con fractura supracondílea de húmero en la rehabilitación de su codo. Quizá se puede trabajar en mejorar la nota de la pregunta 4 de la hoja de valoración.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/86 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0086

1. TÍTULO

MEJORA EN REFERENCIA A LA REHABILITACION DEL CODO, EN EL TTº DE FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HUMERO EN LA INFANCIA, TRAS LA RETIRADA DE LA INMOVILIZACION CON ESCAYOLA, CON TTº CONSERVADOR O QUIRURGICO

Nº de registro: 0086

Título
MEJORA EN REFERENCIA A LA REHABILITACION DEL CODO, EN EL TTº DE LAS FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HUMERO EN LA INFANCIA, TRAS RETIRADA DE INMOVILIZACION CON ESCAYOLA, CON TTº CONSERVADOR O QUIRURGICO

Autores:
GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA, MALLEEN ALBIR JOSE MARIA, PEÑA GIMENEZ ANA, SORIANO GRANEL REBECA, MUÑOZ DE LA TORRE ELENA, GIL ALBAROVA JORGE, MARTIN HERNANDEZ CARLOS, ARAGÜES BRAVO J CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con fractura supracondilea de humero
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las fracturas supracondíleas de húmero, son las más frecuentes en el codo del niño y las segundas más frecuentes en general. Por lo que supone un gran reto para obtener los mejores resultados tras el tratamiento. Las posibilidades en el tratamiento de las mismas, van desde un tratamiento conservador mediante una escayola braquío-palmar, hasta un tratamiento en quirófano mediante reducción y osteosíntesis de la fractura. Tan importante es el tratamiento ya sea con escayola, o de forma quirúrgica. Como es el seguimiento de las mismas. Para obtener unos mejores resultados. Un punto importante es conseguir un balance articular lo más completo, para evitar secuelas.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto, es:

- Intentar mejorar el balance articular del codo, mediante la recomendación de ejercicios de rehabilitación del codo en el niño, en la consulta de traumatología infantil, tras la retirada de la escayola.
- Disminuir el número de derivaciones a la consulta de la sección de rehabilitación infantil.
- Aumentar la satisfacción de los pacientes y familias, con un seguimiento más completo y exhaustivo.

MÉTODO

a) Se ofrecerá al paciente y a la familia una infografía con ejercicios de rehabilitación del codo, con dibujos explicativos para los niños, para mejorar el balance articular tras la retirada de escayola. Y que sea útil, para un seguimiento correcto post- tratamiento.
b) Se pasará un cuestionario de valoración, en la consulta de revisión, para testear la efectividad de dicha infografía. Que será contestado por padres/tutores junto con el niño, sobre la ayuda que ha representado tener dichos ejercicios en soporte físico, para el correcto seguimiento. Y su idoneidad. Dicho cuestionario, tendrá diferentes apartados que se contestaran de forma numérica del 0 al 10.
c) Se pasará a los padres/ tutores un consentimiento informado, de participación en dicho proyecto. Explicando proceso y objetivo del mismo.

INDICADORES

Se contabilizará los resultados de los cuestionarios de valoración, recogidos en la consulta, al analizar el balance articular del codo del niño. Y de allí se desprenderán la utilidad de esta infografía en la mejora en la rehabilitación del codo del niño, en su balance articular.
Se emitirá un informe del resultado tras el análisis de estos cuestionarios.

DURACIÓN

Fecha de inicio: mayo 2019.
Fecha prevista de finalización: diciembre 2019.
Evaluación final: diciembre 2019.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0086

1. TÍTULO

MEJORA EN REFERENCIA A LA REHABILITACION DEL CODO, EN EL TTº DE FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HUMERO EN LA INFANCIA, TRAS LA RETIRADA DE LA INMOVILIZACION CON ESCAYOLA, CON TTº CONSERVADOR O QUIRURGICO

Los pacientes incluidos en el proyecto son niños, de 0 a 14 años, por lo que el consentimiento para la participación en el proyecto, será aceptado y firmado por los padres o tutores.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0087

1. TÍTULO

RESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DE LAS INMOVILIZACIONES CON ESCAYOLA, TRAS SU COLOCACION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGIA INFANTIL

Fecha de entrada: 12/01/2020

2. RESPONSABLE JORGE GIL ALBAROVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA
MALLEN ALBIR JOSE MARIA
SORIANO GRANEL REBECA
BOSQUE GRACIA CARMEN
MARTIN HERNANDEZ CARLOS
CAMPOS CALLEJA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la realización de este proyecto de calidad, tanto en el área de urgencias de traumatología del Hospital Infantil, como en las consultas externas de traumatología infantil, se disponía de un tríptico, con infografía de los cuidados que deben seguir los pacientes que están inmovilizados. Dicho tríptico se entrega a la familia para que puedan leerlo con su hijo y poder aclarar cuantas dudas puedan surgir. Además al final de la visita tanto en urgencias como en la consulta externa, se les indica a la familia que puntúen de forma general del 1 al 10 (siendo 1= nada útil y 10= muy útil) la nota al tríptico, entregado sobre los cuidados de la inmovilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para comprobar el resultado alcanzado en este proyecto, y su adecuación, en la disminución de asistencias en el servicio de urgencias, para cambio de escayola por deterioro ó por presentación de complicaciones derivadas de este mal cuidado, ó en la consulta externa. Se estudian 50 pacientes de forma aleatoria. La aleatorización consistía en que el último niño visto en la consulta del último día de consulta de diciembre (30 de diciembre) saca 5 números de una caja, en dicha caja hay papeles con números del 1 al 31 (que corresponden a los días del mes). De esos 5 días, se sacan los 10 pacientes primeros atendidos con inmovilización, que se les diera el tríptico y puntuaran de forma global la adecuación del mismo. Se revisan que dichos pacientes diera una puntuación global y se hace una media. Al igual que se comprueba que dichos pacientes no hubieran acudido de nuevo a urgencias ó a la consulta externa, por deterioro ó alteración de la inmovilización, hasta la finalización del tratamiento. Si el paciente a estudio, en el momento de realización de la recogida de datos el 2 de enero de 2020, no hubiera finalizado el tratamiento con inmovilización. Se coge el paciente número 11 ó sucesivo de cada uno de los 5 días a estudio.
La puntuación media global del tríptico fue 8,9, intervalo entre 8 y 10.
Ningún paciente acudió a urgencias ó a consultas externas, por deterioro ó alteración de la inmovilización, hasta la finalización del tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista de los resultados obtenidos, con la gran aceptación del proyecto, por parte de las familias y los niños. La nota de valoración final con resultados tan altos. Y sobre todo que no hayan tenido que acudir de nuevo al servicio de urgencias ó consultas, haciendo un tratamiento correcto para su lesión, con un correcto cuidado y manejo de la inmovilización. Se puede concluir que es un proyecto interesante para seguir realizándolo de aquí en adelante. Estando este tríptico, tanto en el área de urgencias de traumatología como en la consulta externa de traumatología infantil, para poder ayudar a nuestros pacientes que precisen inmovilización por patología traumática. En un correcto tratamiento y por lo tanto una mejora, para la correcta evolución de la lesión del niño.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/87 ===== ***

Nº de registro: 0087

Título
RESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DE LAS INMOVILIZACIONES CON ESCAYOLA, TRAS SU COLOCACION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGIA INFANTIL

Autores:
GIL ALBAROVA JORGE, GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA, MALLEN ALBIR JOSE MARIA, SORIANO GRANEL REBECA, BOSQUE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0087

1. TÍTULO

RESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DE LAS INMOVILIZACIONES CON ESCAYOLA, TRAS SU COLOCACION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGIA INFANTIL

GRACIA CARMEN, MARTIN HERNANDEZ CARLOS, CAMPOS CALLEJA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que son tratados mediante escayola, por presentar fracturas.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tratamiento de las fracturas en los niños, pasa muy frecuentemente, por la colocación de una escayola. Dicha inmovilización escayolada, necesita unos cuidados propios. Porque el deterioro de la misma, supone un incorrecto tratamiento de la fractura, con un resultado futuro que se puede ver afecto por el deterioro de esta. Por tanto, una educación sobre el correcto cuidado de la escayola, será un punto positivo para el resultado final en el tratamiento de las fracturas en la infancia.

RESULTADOS ESPERADOS
- Intentar aportar información sobre los cuidados que requiere una escayola, tras su colocación para el tratamiento de una fractura.
- Explicar cómo ciertas actuaciones (mojar escayola, rascarse con objetos punzantes...), puede alterar el resultado final en el tratamiento de la fractura. Añadiendo complicaciones, que con el seguimiento unas correctas normas, no suelen aparecer.
- Evitar que con responsabilidad sobre el cuidado de la escayola, no surjan visitas al servicio de urgencias, por deterioro de la escayola, aparición de heridas... Disminuyendo la actividad asistencial innecesaria.

MÉTODO
Se ofrecerá al paciente y a la familia una infografía con dibujos sobre los puntos a tener en cuenta, para el correcto cuidado de la escayola, una vez se coloca tanto en el servicio de urgencias del Hospital Infantil, como en las consultas externas de traumatología infantil.
La iconografía se adaptará con dibujos y explicaciones, para niños, a los que va dirigido este proyecto.

INDICADORES
Se contabilizará si dicho tríptico con explicaciones sobre cuidados de la escayola, afectan de forma positiva en la población infantil, que se le trata con escayola, por presentar una fractura. Con una disminución de asistencias en el servicio de urgencias, para cambio de escayola por deterioro o por presentación de complicaciones derivadas de este mal cuidado.

DURACIÓN
Fecha de inicio: Mayo 2019.
Fecha prevista de finalización: diciembre 2019.
Evaluación final: diciembre 2019.

OBSERVACIONES
Los pacientes incluidos en el proyecto son niños, de 0 a 14 años, por lo que se explicará dicha iconografía (tríptico explicativo) tanto al paciente como a los padres/tutores.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0342

1. TÍTULO

CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE DIEGO PEÑA JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANGULO TABERNERO MARINA
CHARLEZ MARCO ALFREDO
LOSTE RAMOS ANTONIO FERNANDO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
TABUENCA SANCHEZ ANTONIO
RODRIGUEZ VELA JAVIER
CERDAN MORENO SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Bloqueo Epidural Caudal (BEC) consiste en la inyección de un cóctel de anestésicos y corticoides en el interior del canal raquídeo a través del Hiato Sacro, con el fin de paliar una situación clínica de dolor lumbociático motivado por distintas patologías.

El objetivo marcado fue cuantificar cuantos de los BEC realizados en la Unidad de Columna pueden ser considerados como tratamiento definitivo al no incluir posteriormente a los pacientes en una lista de espera quirúrgica de cirugía de columna, bien para realizar otro BEC o bien una cirugía, en un periodo de tiempo de seis meses o no haber sido intervenidos de forma precoz en el caso de los pacientes ingresados de urgencia.

Otro objetivo fue cuantificar el periodo medio de control de la sintomatología clínica de estos pacientes, valorando el tiempo entre la realización del BEC y el momento de la inclusión en lista de espera quirúrgica o la cirugía.

Un tercer objetivo fue cuantificar el número de infiltraciones por paciente que han sido necesarias para controlar la clínica en el periodo de tiempo establecido y cuántos de ellos pueden ser considerados como tratamiento definitivo, determinando así el valor de los BEC en tandas o como terapia aislada.

Para alcanzar estos objetivos fue necesario realizar una serie de actividades que a continuación se detallan.

Entre el 1 de enero y el 1 de octubre de 2019 se han realizado Bloqueos Epidurales Caudales (BEC) a 171 pacientes, mediante la infiltración en quirófano y bajo control radiológico de una mezcla de corticoides y anestésicos por parte de los componentes de la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet.

En una base de datos tipo Excel se han recogido los datos correspondientes a los pacientes, su diagnóstico, el número de BEC que se les ha realizado, la fecha de los mismos, el carácter urgente o programado y el resultado final, cirugía, inclusión en lista de espera para otro procedimiento, citas sucesivas o alta.

Se ha realizado seguimiento en consultas, por los miembros del grupo de trabajo, con una primera valoración al mes y sucesivas revisiones (mínimo a los seis meses). Las fechas han sido recogidas en la tabla Excel así como las acciones realizadas en cada una de las consultas.

Se han contabilizado el número de días desde la realización del primer BEC o del último BEC sucesivo (espaciados un máximo de 7-10 días) hasta la realización de la cirugía o la inclusión en lista de espera para otros procedimientos, considerando esos días como el tiempo libre de clínica o de control de la sintomatología.

Una vez recogidos todos los datos se estableció como seguimiento un periodo mínimo de seis meses, lo que nos ha permitido realizar el trabajo desde las tablas Excel con un total de 140 pacientes intervenidos entre el 7 de enero y el 16 de julio de 2019.

Todos los datos recogidos, así como los resultados obtenidos han sido plasmados en tablas y diagramas en Power Point, con el fin de exponer los resultados a los especialistas que puedan realizar estos procedimientos en forma de sesiones clínicas y poder dar claridad a los objetivos de este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Inicialmente se recogieron un total de 171 pacientes entre el 1 de enero y el 1 de octubre de 2019. De ellos, fueron excluidos 3 casos de pacientes programados que ya habían sido incluidos en lista de espera para cirugía de forma previa a la realización del bloqueo y en los que debido a un empeoramiento clínico se había planteado la realización de un BEC para control clínico urgente, por lo que se trataba claramente de un procedimiento paliativo de la clínica hasta la realización de la cirugía. Del mismo modo fueron excluidos 7 pacientes que habían sido infiltrados previamente al inicio del estudio con un tiempo desde el BEC anterior inferior a los 6 meses. Otros 21 pacientes han sido excluidos del estudio debido a que no se podía completar el control de tiempo mínimo de seguimiento de 6 meses, lo que corresponde a los pacientes intervenidos entre el 17 de julio y el 1 de octubre de 2019. Por lo tanto, los pacientes incluidos en este estudio son aquellos intervenidos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0342

1. TÍTULO

CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA

entre el 1 de enero y el 16 de julio de 2019.

Así, el estudio se ha realizado sobre un total de 140 pacientes a los que se les realizó un BEC y han sido controlados durante un mínimo de 6 meses (180) días, presentando una media de 142 días de control de los síntomas. A los 6 meses, un total de 92 pacientes continuaban con control de la clínica, esto supone que en un 65,71% de los casos, lo que podemos considerar como un tratamiento definitivo a los 6 meses. Tan solo en 10 casos se han realizado bloqueos sucesivos, todos ellos en pacientes urgentes.

De los 140 pacientes, el 20% (28 casos), corresponden a procedimientos realizados sobre pacientes ingresados de urgencia.

El periodo medio de control de los síntomas en los pacientes urgentes fue de 116 día. Cinco casos (17,85% de los pacientes urgentes) precisaron cirugía urgente con el diagnóstico principal de Hernia discal Extruida operados en los 7 días posteriores al BEC. De los 28 pacientes urgentes 23, no han sido subsidiarios de tratamiento quirúrgico (82,15%) presentando una media de 141 días de control de síntomas con los diagnósticos de estenosis de canal, discopatías protrusivas y hernias discales no extruidas. De los 28 pacientes urgentes, 17 casos (60,71%) presentan clínica controlada a los 180 días.

De los 23 pacientes no operados, 6 (26,08%) han sido incluidos en lista de espera quirúrgica para la realización de otros BEC o infiltración foraminal. Los 17 restantes (73,91%) permanecen con clínica controlada a los 180 días.

En lo referente a los bloqueos sucesivos, de los 28 casos, en 10 de ellos se realizaron BEC sucesivos con un periodo de tiempo de 7 a 10 días entre los bloqueos. Un caso precisó de tres BEC sucesivos, permaneciendo con control de la sintomatología clínica a los 180 días. En 9 casos se realizaron dos BEC sucesivos 2 de ellos precisaron de cirugía urgente, 3 de ellos presentaron mejoría clínica relativa con inclusión en lista de espera para nuevo BEC a los 40 días. En 4 de ellos continúan con control de los síntomas a los 180 días.

Estos resultados pueden ser indicativos de que la realización de bloqueos sucesivos puede ser considerado como un procedimiento paliativo del dolor, que permite un control temporal de la clínica en aquellos pacientes que presentan una clínica aguda. Dado que han sido pocos los casos en los que se han practicado bloqueos sucesivos no es posible determinar si las tandas seriadas de BEC son mejores que los procedimientos únicos.

De los 140 pacientes, un 80%, (112 casos), corresponden a pacientes a los que se les ha realizado un BEC de forma programada como tratamiento paliativo del dolor. El tiempo medio de control de la clínica en estos pacientes ha sido de 148 días.

De los 112 casos, en el control a los 6 meses, 75 de ellos permanecían con control de la clínica, es decir en un 66,96% de los casos podemos considerar el BEC como un procedimiento definitivo.

Solo un caso precisó de una cirugía con carácter urgente, dos casos precisaron de la realización de un segundo BEC de forma urgente por exacerbación de la clínica a los 60 y 90 días respectivamente y un paciente fue remitido a unidad de dolor para continuar con tratamientos paliativos, entre ellos nuevos bloqueos, por lo que ha sido considerado como un paciente que ha precisado ya tratamiento posterior al BEC contabilizando hasta el momento de derivación a la Unidad de dolor como el tiempo de control de los síntomas (30 días). No se han realizado bloqueos sucesivos en este grupo.

De los 112 pacientes programados, un 29,46% de los casos (33 pacientes), aparecen incluidos en listas de espera tras la realización del Bloqueo Epidural. 14 de ellos fueron incluidos en lista de espera para la realización de un nuevo BEC con una media de 94 días de control de la sintomatología, mientras que otros 14 fueron incluidos en lista de espera para la realización de una cirugía de ampliación y fusión vertebral con una media de 60 días de control de la clínica.

Por otro lado hay cinco pacientes de este grupo que fueron incluidos simultáneamente para la realización de un BEC y para la realización de una cirugía de fusión y descompresión y que han sido considerados como pacientes que podían presentar mejoría clínica mantenida con la infiltración, de hecho ninguno de ellos ha sido intervenido en los 6 meses posteriores a la realización del bloqueo, pero que su patología de base es considerada como quirúrgica y a la hora de ser valorados se han incorporado a los pacientes que tras el bloqueo pasan a lista de espera quirúrgica.

Atendiendo a lo anteriormente expuesto y con el fin de dar respuesta a los objetivos marcados podemos decir, que el Bloqueo Epidural Caudal, puede ser considerado como un tratamiento definitivo a los 6 meses en un 65,71% de los casos, siendo ligeramente mayor este porcentaje (66,96%) en los pacientes en los que se realizó de forma programada como tratamiento paliativo del dolor lumbociático crónico en pacientes con patología degenerativa de columna. Si lo comparamos con el grupo de pacientes en los que le BEC fue planteado como tratamiento urgente del dolor lumbociático agudo, en un 60,71% de los casos se ha controlado la clínica a los 6 meses.

Si valoramos la respuesta al tratamiento, podemos decir, que la media de días de control de los síntomas es de 142 días para el total del grupo, siendo muy similar, 148 días para el grupo de pacientes programados y claramente inferior, 116 días, en el grupo de pacientes urgentes. Esto lleva a plantearnos que la patología de base puede condicionar el resultado de este procedimiento, siendo su respuesta a mayor largo plazo en pacientes con patología crónica (estenosis de canal, protrusiones discales crónicas, estenosis del receso ...) y presentando un carácter más paliativo en los pacientes con una patología aguda (protrusiones discales agudas.)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0342

1. TÍTULO

CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA

En lo referente al número de bloqueos por paciente, tan solo en 10 casos se han realizado bloqueos sucesivos, lo que no nos permite determinar si son más eficaces que la infiltración única ya que es muy escaso el número de pacientes como para realizar una comparativa.

Dentro de los resultados obtenidos, llama la atención que en el caso de los pacientes a los que se les realizó un BEC urgente, 5 casos han precisado de cirugía urgente, todos han sido bajo el mismo diagnóstico, Hernia discal Extruida, lo que nos indica que el BEC en estos casos ha presentado un carácter claramente paliativo para facilitar el control del dolor hasta la intervención. Del mismo modo llama la atención en este grupo de urgentes, que los pacientes que no han precisado cirugía tras el BEC se comportan como pacientes con patología crónica con una media de días de control de los síntomas de 141 días similar a los del grupo total, lo que refuerza el planteamiento de este procedimiento como un tratamiento paliativo de control de la clínica.

En el caso de los pacientes programados llama la atención que los aquellos que han alcanzado los 6 meses con control de la clínica y han sido revisados con posterioridad a esa fecha, presentan una buena situación clínica sin ser incluidos en lista de espera para nuevos procedimientos al menos entre los 9 meses y el año, lo que puede resultar interesante a la hora de planificar nuevos estudios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusiones podemos determinar que el Bloqueo Epidural Caudal debe ser considerado como un procedimiento paliativo del dolor lumbociático independientemente de la patología de columna que lo esté generando.

Hemos encontrado que en aproximadamente un 65% de los casos conseguimos controlar los síntomas a medio plazo (6 meses), lo que nos puede resultar útil en aquellos pacientes que presentan un dolor lumbociático crónico, como es el caso de los pacientes programados, así mismo, es útil en aquellos pacientes que, por edad, patología de base o rechazo de cirugía precisan de un control de la clínica pudiendo realizar bloqueos epidurales periódicos espaciados en el tiempo.

En el caso de los pacientes urgentes se han controlado los síntomas en aproximadamente un 60% de los casos. En este grupo ha sido útil para mejorar la situación clínica hasta completar el diagnóstico y realizar la intervención en los pacientes con patología subsidiaria de cirugía y en aquellos que no han sido quirúrgicos poder manejarlos posteriormente como pacientes con patología crónica, ya que los resultados de este grupo tras la infiltración se equiparan a los de los pacientes programados en el número medio de días de control de síntomas.

Independientemente del número de pacientes que han alcanzado los seis meses con control de la clínica la media de control de la clínica es similar en el grupo total (142 días), en el grupo de pacientes programados (148 días) y en el grupo de pacientes urgentes que no han sido intervenidos de forma urgente (141 días).

En lo referente a la comparación de bloqueo único con bloqueos sucesivos no hemos podido alcanzar resultados dado que solo se han realizado bloqueos sucesivos en diez pacientes urgentes con una finalidad de control de síntomas.

7. OBSERVACIONES.

Un dato que hemos observado fuera del estudio, es que, en aquellos pacientes a los que se les ha realizado revisiones periódicas hasta un mínimo de 9 meses (15 de enero de 2020), es decir, los que fueron infiltrados entre el 1 de enero y el 15 de abril de 2019, un 85,71% de ellos, continúan con control de la clínica si seguimos los criterios anteriormente expuestos.

Por lo tanto consideramos que puede ser interesante continuar este estudio para valorar los resultados al año de la realización de los bloqueos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/342 ===== ***

Nº de registro: 0342

Título
CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA

Autores:
PEÑA JIMENEZ DIEGO, ANGULO TABERNERO MARINA, CHARLEZ MARCO ALFREDO, LOSTE RAMOS ANTONIO FERNANDO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, TABUENCA SANCHEZ ANTONIO, RODRIGUEZ VELA JAVIER, CERDAN MORENO SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA DEL APARATO LOCOMOTOR / COLUMNA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0342

1. TÍTULO

CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA

Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El síntoma más frecuente en las patologías de columna es el dolor, en especial el dolor irradiado a extremidades inferiores. Entre las principales causas de dolor lumbociático encontramos la estenosis de canal y la hernia discal, procesos potencialmente quirúrgicos.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, los pacientes diagnosticados de esas patologías son incluidos en listas de espera quirúrgicas que conllevan una larga demora hasta su tratamiento definitivo, debiendo convivir con un dolor persistente para el que reclaman un tratamiento que les permita sobrellevar dicha situación.

En otras ocasiones la edad, condición física o patologías concomitantes del paciente desaconsejan una intervención quirúrgica de columna o bien el paciente no desea someterse a ella, pero sí solicitan tratamientos para mejorar su situación clínica.

Otras veces, los pacientes ingresan desde urgencias, presentado un primer episodio de dolor lumbociático que no se controla satisfactoriamente con los tratamientos habituales y pueden precisar de un tratamiento analgésico menos habitual.

Ante este tipo de situaciones venimos aplicando un procedimiento terapéutico de carácter paliativo como es el Bloqueo Epidural Caudal (BEC) que consiste en la inyección de un cóctel de anestésicos y corticoides en el interior del canal raquídeo con el fin de paliar una situación clínica de dolor lumbociático motivado por distintas patologías.

Este procedimiento para su realización precisa de un espacio de quirófano, el empleo de técnicas básicas de imagen como ecografía o rayos X y control por los anestesistas. Sin embargo, aunque no carente de ellos, los riesgos y complicaciones de la técnica son mínimos, pudiendo realizarse de forma ambulatoria. En ocasiones no es suficiente un solo BEC, siendo necesario repetir el procedimiento una o dos veces en un corto periodo de tiempo.

En nuestra experiencia clínica, hemos observado que el empleo de esta técnica ha conseguido mejorar la calidad de vida de muchos de los pacientes reduciendo el dolor y aumentando su capacidad funcional e incluso en muchos casos casos evitando una cirugía de columna.

Así, nuestro planteamiento es cuantificar cual es resultado real de este procedimiento en lo que se refiere a control del dolor, el número de BEC necesarios por paciente y a su uso como terapia definitiva y no sólo paliativa.

RESULTADOS ESPERADOS

Cuantificar cuantos de los BEC realizados en Unidad de Columna pueden ser considerados como tratamiento definitivo al no incluir posteriormente a los pacientes en una lista de espera quirúrgica de cirugía de columna en un periodo de tiempo determinado, o no haber sido intervenidos quirúrgicamente de forma precoz en el caso de los pacientes ingresados de urgencia.

Cuantificar cuál es el periodo medio de control de los síntomas, valorando el tiempo entre la realización del BEC y el momento de inclusión en lista de espera quirúrgica o la cirugía.

Cuantificar el número de infiltraciones por paciente han sido necesarias para controlar la clínica en el periodo de tiempo establecido y cuantas de ellas pueden ser considerados como tratamiento definitivo, determinando así el valor de los BEC en tandas o su uso como terapia aislada.

MÉTODO

Recopilar todos los BEC que se realizan en la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet durante 6 meses y realizar su seguimiento en consultas con un mínimo de una revisión a los 2 meses y realizando un seguimiento de entre 6 y 12 meses recogiendo los siguientes datos:

Número de Historia.
Nombre y Apellidos.
Edad.
Sexo.
Diagnóstico.
Fecha de BEC.
Número de revisiones en consultas.
BEC sucesivos (Si/No)
BEC sucesivos (Número)
Fecha de siguientes BEC.
Inclusión en lista de espera quirúrgica. (Si/No)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0342

1. TÍTULO

CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS DEL BLOQUEO EPIDURAL CAUDAL: TERAPIA PALIATIVA O CURATIVA

Fecha de inclusión en lista de espera.
Cirugía Urgente Si/No

INDICADORES

Los indicadores para obtener resultados serán:

El número de BEC en cada paciente.

El número de días entre el primer BEC y la inclusión en lista de espera para BEC sucesivos.

El número de días entre el BEC y la inclusión en lista de espera quirúrgica para cirugía.

El número de BEC no incluidos en lista de espera quirúrgica.

DURACIÓN

Se establece una recogida de datos durante 6 meses y un seguimiento en visitas sucesivas en consultas en torno a los 2 meses y visitas sucesivas según necesidad del paciente pudiendo comenzar a obtener resultados a partir de los seis meses de inclusión del primer paciente alcanzando un año de seguimiento.

OBSERVACIONES

Aunque no se incluye en los objetivos, se puede plantear una valoración subjetiva de los resultados si se entrega a los pacientes una escala EVA del dolor y es revisada de forma previa al BEC, a los dos meses y a los 6 y 12 meses.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0563

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE CIRUGIA URGENTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE JAVIER SAMI HAMAM ALCOBER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BAGUENA GARCIA ALICIA
CARDONA MALFEY RAFAEL
PEREZ GARCIA JOSE MARIA
MARTINEZ VILLEN GREGORIO
MARTIN JUSTE PABLO
HAMAM ALCOBER NADIA
ROMANOS PEREZ JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Recopilada información sobre el material quirúrgico disponible en depósito en el Hospital Universitario Miguel Servet.

Diseño de una base de datos que ha permitido su recogida y búsqueda específica

Realizadas fotografías del contenido de cada set quirúrgico.

Recogida información respecto al rotulado y denominación de cada caja.

Obtenidas las técnicas quirúrgicas de uso de cada implante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Cantidad incluida base datos 75%
2. %fotografías 100%. Todos los materiales indexados incluyeron fotografías del mismo
3. % técnica quirúrgica 90%. En 2 ocasiones no se localizó la técnica quirúrgica detallada del material.
4. Difusión no comenzada

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El continuo cambio de material a emplear dificulta en gran medida su correcta catalogación. La cantidad incluida es aproximada, ya que continuamente se añaden nuevos recursos y se retiran otros. Falta información al profesional sobre el nuevo material existente. Sería recomendable notificar a los profesionales de cada nueva incorporación realizada al arsenal de osteosíntesis.

El "peso" en memoria de fotografías, impide su colocación en los buzones compartidos en red. Sería necesario diseñar alguna otra forma para su acceso. Esto impide la difusión entre los profesionales. Podría ser objeto de un nuevo proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/563 ===== ***

Nº de registro: 0563

Título

TITULO PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE CIRUGIA URGENTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Autores:

HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, BAGUENA GARCIA ALICIA, MARTINEZ VILLEN GREGORIO, CARDONA MALFEY RAFAEL, GARRIDO SANTA MARIA ISAIAS, MARTIN JUSTE PABLO, ROMANOS PEREZ JAVIER, PEREZ GARCIA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Adecuación
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0563

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE CIRUGIA URGENTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología dispone de un amplísimo arsenal de material utilizado en los procesos quirúrgicos para la realización de osteosíntesis, tanto en cirugía urgente (fracturas), como en cirugía programada. Dicho material se encuentra en un constante proceso de renovación, tanto por los cambios generados por las propias casas comerciales, como debido a la aparición de nuevos avances técnicos, . En ocasiones, resulta difícil para el cirujano elegir el implante idóneo para un caso concreto, al desconocer todas las posibilidades disponibles en ese momento preciso. Del mismo modo, no es extraño que el facultativo solicite un material específico, y haya problemas a la hora de localizarlo, obligando a la apertura de varios sets quirúrgicos hasta encontrar lo buscado. Esto causa aumentos del tiempo quirúrgico y requiere la reesterilización de material no utilizado, lo que aumenta también el coste económico.

Se propone indexar el material utilizado en cirugía urgente, disponible en depósito, e incluirlo en una herramienta informática que permita su búsqueda por región anatómica (hombro, rodilla...) y por el tipo de material (placa, clavo, tornillos...), pudiendo acceder al mismo en cualquier momento. Se incluirían también las técnicas quirúrgicas de cada implante, imágenes del contenido de la caja y una breve descripción práctica de su uso.

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar información al especialista sobre los distintos materiales disponibles en el hospital con los que solucionar la patología concreta de su paciente.

Agilizar la búsqueda y disponibilidad de dicho material.

Reducir la apertura y pérdida de esterilidad innecesaria de implantes no apropiados.

Facilitar la planificación preoperatoria.

Reducir el tiempo quirúrgico empleado.

MÉTODO

Recopilar la información sobre el material quirúrgico disponible en depósito en el Hospital Universitario Miguel Servet.

Diseñar una base de datos que permita su recogida y búsqueda específica.

Realizar fotografías del contenido de cada set quirúrgico.

Recoger la información respecto al rotulado y denominación de cada caja.

Obtener las técnicas quirúrgicas de uso de cada implante.

Trasladar la información al citado soporte informático.

INDICADORES

Cantidad del material disponible que es incluido en la base de datos diseñada.

Porcentaje que incluye fotografías del contenido.

Porcentaje que incluye la técnica quirúrgica.

Recolección de encuestas de nivel de uso y satisfacción percibida por el personal de quirófano (médico, enfermería, auxiliar...)

DURACIÓN

Inicio: mayo 2019, final mayo 2020.

Mayo/junio 2019: realización y diseño del soporte informático de recogida de información (Base de datos, página web...) así como de las herramientas de búsqueda.

Julio/agosto 2019: Recolección de los datos existentes sobre material osteosíntesis disponible en depósito.

Julio 2019/abril 2020: Incorporación de datos al soporte diseñado, añadiendo fotografías, técnicas quirúrgicas y notas técnicas.

Marzo 2020: Ofertar la herramienta diseñada a los profesionales sanitarios, dando a conocer su existencia y promoviendo su uso.

Abril 2020: Registrar el uso realizado y el grado de satisfacción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0563

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE CIRUGIA URGENTE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0677

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE LA DISFAGIA, PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS EL EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA LUZ CALVO GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALVEZ HERRANDO MARIA ELENA
MONGE VAZQUEZ ALEJANDRA
PAMPLONA CURIEL EUGENIA
PALOMAR MONTALAR VICTORIA
CORTES CARRASCON ANA
BIMBELA SERRANO MARIA TERESA
GARCIA NAVALON PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la realización del proyecto se realizaron diversas actividades, cumpliendo el calendario fijado:
-Se elaboraron carteles plastificados con información dirigida a los familiares/cuidadores de los pacientes con FOC, los cuales se colocaban en el cabecero del paciente al ingreso.
-Detección de disfagia durante el ingreso por los profesionales implicados en el cuidado del paciente.
-Se creó una base de datos en Excel para el registro y evaluación de la actividad.
-Se realizó el registro en caso de disfagia en la gráfica de enfermería y en la hoja de observaciones, así como una adecuación de la dieta y los líquidos a la nueva situación detectada.
-Se informó al personal de la unidad de las directrices del proyecto de forma verbal.
Los recursos utilizados fueron materiales (cartelería: folios y plastificación de los mismos) y humanos (Enfermeras, TCAEs, FEAS de Medicina Interna que atienden a pacientes con FOC y Enfermeras de la Unidad de Nutrición y Dietética del HUMS).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores usados:

1. Registro de todos los pacientes FOC en periodo de estudio.			
Standar	100	Resultado	100
2. Paciente/cuidador principal informado/total pacientes con FOC.			
Standar	100	Resultado	100
3. Pacientes con FOC con cartel preventivo de broncoaspiración (amarillo) al ingreso.			
Standar	100	Resultado	100
4. Registro de todos los pacientes con FOC y disfagia en el periodo de estudio.			
Standar	100	Resultado	100
5. Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia con cartel de recomendaciones (rojo).			
Standar	90	Resultado	100
6. Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia con complicaciones relacionadas.			
Standar	10	Resultado	0,5
7. Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia con modificación dieta/textura registrados en historia clínica del paciente.			
Standar	80	Resultado	100

Creemos que las acciones puestas en marcha en este proyecto han tenido un efecto muy positivo en la salud de los pacientes con FOC.

No existía un registro previo de los casos de broncoaspiración en la unidad, pero sí era un problema evidente y relativamente frecuente. Se ha observado una disminución de los casos a lo largo del año 2019 durante el cual se ha desarrollado el proyecto. De un total de 528 pacientes ingresados en la unidad con FOC entre marzo del 2019 y enero del 2020 sólo 3 presentaron complicaciones (broncoaspiración), siendo dos de ellas relacionadas con factores propios del paciente y una por incumplimiento de las recomendaciones indicadas en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las acciones emprendidas (colocación de carteles al ingreso e información a paciente/familia/cuidadores) seguirán aplicándose en la unidad, ya que los beneficios para el paciente han sido importantes. Reforzaremos en el personal de la unidad la importancia de seguir con dichas actividades y se informará al personal de nueva incorporación.

Creemos que hay muchas otras unidades donde también hay pacientes de edad avanzada que podrían beneficiarse de nuestro proyecto, ya que es fácil de implantar, el coste es muy bajo y el efecto positivo para el paciente es notable.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0677

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE LA DISFAGIA, PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS EL EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/677 ===== ***

Nº de registro: 0677

Título
IDENTIFICACION PRECOZ DE LA DISFAGIA, PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS EN EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Autores:
CALVO GONZALEZ MARIA LUZ, GALVEZ HERRANDO MARIA ELENA, MONGE VAZQUEZ ALEJANDRA, PAMPLONA CURIEL EUGENIA, PALOMAR MONTALAR VICTORIA, CORTES CARRASCON ANA, BIMBELA SERRANO MARIA TERESA, GARCIA NAVALON PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ANCIANO FRAGIL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La fractura de cadera es una de las patologías más frecuentes en la población anciana. Actualmente se diagnostican 720 casos anuales por cada 100.000 mayores de 60 años. La incidencia aumenta con la edad y es tres veces más frecuente en mujeres.

La disfagia orofaríngea (DOF) es un síntoma que se refiere a la dificultad para mover el bolo alimentario desde la boca al estómago. Se ha estimado una prevalencia de disfagia en ancianos sanos entre el 7 y el 22%. La disfagia es uno de los síntomas que aparece en enfermedades neurológicas y neurodegenerativas que acontecen con más frecuencia en edades avanzadas. En este sentido, diferentes estudios muestran una prevalencia de disfagia entre el 28 y el 73% tras un accidente cerebrovascular (ACV), hasta del 84% en demencias y del 52% en enfermos de Parkinson. Un reciente estudio de cohortes muestra una prevalencia de disfagia del 34% en el postoperatorio de fractura de cadera.

La disfagia puede tener importantes repercusiones clínicas y comprometer la seguridad del enfermo causando atragantamientos, infecciones respiratorias y broncoaspiraciones (grave complicación con un 50% de mortalidad). También puede determinar que la alimentación/hidratación resulte ineficaz para cubrir las necesidades nutricionales, que se encuentran aumentadas en la Fractura Osteoporótica de Cadera (FOC).

La identificación precoz de la disfagia es un paso fundamental a la hora de prevenir complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

- El paciente/cuidador principal conocerá las medidas preventivas de broncoaspiración al ingreso y durante toda su estancia en la planta 6ª HRTQ.
- Identificar precozmente las dificultades en la deglución en los pacientes con FOC ingresados en la planta que se alimentan por vía oral, mediante test de disfagia.
- Favorecer la aplicación de medidas dietéticas preventivas a los pacientes con disfagia, uso de espesantes.
- Analizar la aparición de complicaciones relacionadas con disfagia en los pacientes ingresados con FOC.

POBLACIÓN DIANA.

- Edad:
 - = de 75 años.
 - < 75 años con pluripatología acompañante (coexistencia =3 enfermedades crónicas).
- Sexo: Ambos sexos.
- Tipo de población o pacientes: Paciente con FOC ingresados en la planta 6ª del Hospital de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet

MÉTODO

- Se elaborarán unos carteles plastificados y reutilizables en color amarillo y rojo: En los carteles de color amarillo aparecerán unas precauciones generales para evitar situaciones de riesgo de broncoaspiración.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0677

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE LA DISFAGIA, PROCEDIMIENTO CLAVE EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS EL EL PACIENTE CON FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

En los carteles de color rojo, además, se les sumarán precauciones específicas en caso de disfagia.

- Se colocará en el cabecero de la cama de cada paciente con FOC que ingrese en la unidad, el cartel con las Recomendaciones generales para prevenir la disfagia (color amarillo).
- Si durante el ingreso se identificasen dificultades en la deglución de algún paciente, se retirará el cartel amarillo y se colocará el cartel rojo, donde se indican las recomendaciones específicas en caso de disfagia. Se registrará en la gráfica de enfermería y en la hoja de observaciones de enfermería la detección de disfagia en el paciente y la adecuación de la dieta y la ingesta de líquidos.
- Se comunicará cada caso nuevo de disfagia al médico internista responsable del paciente y al médico de Nutrición (para prescripción de espesante).
- Se creará una base de datos de pacientes en Excel para registro y evaluación

INDICADORES

Registro de todos los pacientes con FOC en periodo de estudio

- . Pacientes con FOC con cartel preventivo de broncoaspiración (amarillo) al ingreso estándar 100%
- . Paciente-cuidador principal informado/Total pacientes con FOC estándar 100
- . Registro de todos los pacientes con FOC y disfagia en el periodo de estudio estándar 100
- . Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia con cartel recomendaciones (rojo) estándar 100%
- . Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia con complicaciones (broncoaspiración, neumonía por broncoaspiración) relacionadas estándar < 10 %
- . Pacientes con FOC diagnosticados de disfagia con modificación dieta/textura registrados en Historia clínica del paciente estándar 80%

DURACIÓN

- Elaboración de carteles Abril 2019
- Inicio de actividad Mayo 2019
- Realización de actividad Continua a lo largo del año
- Evaluación Trimestral

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0748

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA DEL HALLUX VALGUS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE NURIA PEREZ JIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MARTINEZ BEATRIZ
PEREZ GARCIA JOSE MARIA
DE BLAS SANTIBAÑEZ ESTHER
PASCUAL LOPEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades efectuadas desde abril del 2019 son:
- Realización del folleto de Protocolo de Cuidados tras la cirugía de Hallux Valgus con las pautas a seguir, antes y después, de la intervención quirúrgica.
- Entrega del folleto de Protocolo de Cuidados, junto con el consentimiento informado de la cirugía, en el momento de inclusión del paciente en la lista de espera quirúrgica.
- Entrega del folleto de Protocolo de Cuidados, junto al informe de alta, con sus correspondientes citas para curas.
- Monitorización de los indicadores primarios y secundarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados han sido:
- Realización, aprobación y difusión del folleto de Protocolo de Cuidados tras la cirugía de Hallux Valgus por parte del equipo multidisciplinar de Pie y Tobillo.
- Gran acogida y aceptación del Protocolo de Cuidados por parte de los pacientes.
- Seguimiento satisfactorio de los indicadores, primarios y secundarios, desde abril del 2019. Gracias a ello, será posible la realización de publicaciones científicas futuras.
- No se ha detectado ningún problema durante el desarrollo del Proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos encontramos realmente satisfechos con la realización y puesta en práctica de este Proyecto de Mejora ya que se logró poner en marcha al completo en abril del 2019 gracias a la implicación y dedicación de todos los componentes de este equipo de mejora.

7. OBSERVACIONES.
Damos por finalizado este Proyecto de Mejora pero el equipo de Pie y Tobillo continuará con la difusión del Protocolo de Cuidados y monitorización de los indicadores como práctica clínica habitual.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/748 ===== ***

Nº de registro: 0748

Título
PROTOCOLO DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGIA DEL HALLUX VALGUS

Autores:
PEREZ JIMENO NURIA, GARCIA MARTINEZ BEATRIZ, PEREZ GARCIA JOSE MARIA, DE BLAS SANTIBAÑEZ ESTHER, PASCUAL LOPEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la cirugía electiva del hallux valgus se considera de gran importancia el manejo de la herida quirúrgica y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0748

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA DEL HALLUX VALGUS

de las partes blandas en el postoperatorio para evitar las posibles y frecuentes complicaciones relacionadas con las mismas.

Al ser la cirugía del hallux valgus considerada una cirugía menor el paciente no le da a las recomendaciones generales la importancia que tienen, por lo que aparecen con mayor frecuencia de lo esperado infecciones o una evolución tórpida que alarga el tiempo de recuperación.

En base a esto, se han desarrollado en otros centros hospitalarios protocolos de cuidados similares al que queremos implantar en nuestro servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general del proyecto es la aplicación de un Protocolo de cuidados en el tratamiento postoperatorio del hallux valgus que homogenice la práctica de los mismos, así como la concienciación de la importancia de los mismos en los pacientes.

Estimamos, con este proyecto, se pueda reducir la incidencia de complicaciones y que ello pueda repercutir en un menor número de visitas médicas y un menor tiempo de recuperación.

MÉTODO

El Protocolo de Cuidados tras la cirugía del Hallux Valgus constará de:

- En el momento de la inclusión en lista de espera quirúrgica, se le dará al paciente, junto al consentimiento informado, un folleto con las pautas a seguir antes y después de la cirugía.
- Tras la cirugía, junto al informe de Alta, se le dará al paciente un nuevo folleto con las recomendaciones y las citas para las curas.

INDICADORES

Para monitorizar el proyecto seguiremos una serie de indicadores:

1os:

- Infecciones de herida quirúrgica
- Dehiscencias de herida quirúrgica
- Días de baja laboral (vuelta a vida habitual)

2os:

- Consultas en sala de curas
- Días de hospitalización

DURACIÓN

La fecha prevista de inicio es abril de 2019. Durante el primer trimestre: Periodo de explicación y adaptación. Segundo trimestre: Periodo de aplicación y recogida de datos. Tercer trimestre: Periodo de aplicación, recogida de datos y análisis de los mismos para comprobación de su efectividad.

El tiempo de duración será indefinido, siempre y cuando se demuestre la disminución de la incidencia de complicaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0944

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIRÓFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ISAIAS GARRIDO SANTA MARIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BRICIO MEDRANO CARMEN
VALENTIN FRANCO ALBERTO JAVIER
LOPEZ ARPAL BLANCA
RUBIO FERNANDEZ RAQUEL
HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI
GOMEZ BLASCO ANDRES
GARCIA CALVO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El servicio de Traumatología del Hospital Miguel Servet cuenta con 5 quirófanos diarios en los que habitualmente se realizan unas 3 intervenciones cada uno, además de otros 2 quirófanos de tarde. Por lo tanto, se genera un volumen importante de plástico y papel-cartón que se podría derivar para su correcto reciclado. Pensamos que debemos contribuir sobre todo a que todo el plástico no se trate como los residuos normales, porque su tiempo estimado de degradación es muy largo. Por ello es una de las lacras medio-ambientales que debemos combatir en el siglo XXI.

Nuestro proyecto de mejora de puesta en marcha del reciclaje de residuos en los quirófanos de Traumatología comenzó poniéndonos en contacto con la supervisión de enfermería de quirófanos para saber si era viable nuestra idea de comenzar el reciclaje. Les pareció una buena iniciativa que podía ser viable. A través de las supervisoras conseguimos los recipientes y las bolsas de colores diferenciadas (amarillo para plásticos, transparente para papel-cartón y verde para resto de residuos biológicos quirúrgicos).

El siguiente paso fue reunirnos con el personal de enfermería de los quirófanos de traumatología para explicarles nuestro proyecto y pedirles su colaboración. La acogida fue mayoritariamente buena pero no todo el personal estaba dispuesto a colaborar porque supone un trabajo extra el separar los residuos durante la preparación de los quirófanos y con frecuencia este trabajo se tiene que realizar contrarreloj para no retrasar las cirugías. La mayor parte de los residuos de plástico que podemos separar son los que componen los envoltorios de los paños quirúrgicos y del material desechable que se abre al principio de la cirugía. En cuanto al papel, de la misma manera podemos separar las cajas y papeles que envuelven las prótesis y material quirúrgico que se utilizan durante la cirugía. Por ello la mayor parte de los residuos segregados los obtenemos antes de empezar las cirugías, porque en cuanto algún elemento se mancha con algún líquido biológico no debe separarse para llevar a reciclar, sino que se envía con el resto de residuos de quirófano que llevan un proceso diferente para su eliminación.

Se eligió de forma voluntaria un responsable de enfermería en cada quirófano para tener más control y motivación de la nueva actividad. Estos voluntarios son miembros que componen el equipo de mejora.

Una vez asegurada la primera fase de la separación de los residuos hablamos con el servicio de limpieza de los quirófanos. La verdad es que el personal de la empresa subcontratada fue muy dispuesto y no tuvieron ningún problema en colaborar con esta tarea.

También me comuniqué con los responsables de logística y el personal que lleva los residuos del quirófano hasta la zona centralizada de basuras del hospital y nos garantizaron que mantendrían las bolsas separadas hasta la salida de los mismos del hospital, que son llevados al parque tecnológico de reciclaje que el ayuntamiento tiene dispuesto en el polígono de La Cartuja.

Una vez garantizados todos los eslabones de la cadena de transporte de los residuos y tras comprobar que nuestro proyecto estaba aprobado e incluido en los objetivos del servicio comenzamos el trabajo. No ha sido fácil ir concienciando al personal implicado de la importancia del reciclaje para que los plásticos y el papel no se junten con el resto de residuos biológicos que se producen en el quirófano. Además, si estos residuos están en una cirugía contaminada, se destruyen mediante la incineración. Y de este modo disminuimos la contaminación que inducimos en nuestro trabajo de cirujanos.

Los tiempos que teníamos como objetivo, han sido cumplidos porque el inicio de esta actividad de separación y reciclaje comenzó nada más aprobar el proyecto y su porcentaje de cumplimiento y seguimiento ha ido aumentando a lo largo del año de desarrollo que llevamos en marcha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos realizado varias mediciones del peso de los residuos separados de plástico y papel-cartón en un quirófano de traumatología tras las tres intervenciones de un día de trabajo. Obtuvimos como resultado una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0944

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS

media de 4 kg en una bolsa de 100 litros de capacidad (que son las que se usan habitualmente) de plástico y 3,5 kg de papel-cartón.

He de decir que la cantidad de residuos obtenidos es muy variable dependiendo del tipo de intervenciones que se realizan, y del número de intervenciones que se realizan en cada quirófano (se producen más residuos si se hacen más cirugías que si hay menos aunque sean más largas porque es en la preparación de las mismas donde más residuos se generan). Así cuando se implanta una prótesis de rodilla o cadera aumentan los residuos porque hay muchos más envoltorios de las diferentes piezas del material implantado y en otras cirugías es menor la cantidad posible de residuos que podemos reciclar.

Por ello determinamos otro indicador que aun siendo menos cualitativo y quizá un poco subjetivo nos parece más indicativo del éxito de nuestro proyecto. Nos referimos al porcentaje de basura reciclada de la posible cantidad total de basura reciclable. La cantidad total de basura reciclable es difícil de determinar con exactitud porque en traumatología hay más de 50 intervenciones diferentes y a su vez éstas tienen variantes en cuanto al instrumental y paños que se utilizan. Por ello es imposible objetivar lo que no se separa ya que va por otro circuito y está manchado con líquidos biológicos. Para intentar objetivar esa cantidad hicimos una medición de los residuos que podríamos obtener de las intervenciones más frecuentes y así acercarnos a una estimación más real.

-Porcentaje de la basura reciclada. En el informe de seguimiento que realizamos a los 6 meses de iniciar el proyecto reportamos un 60% de basura reciclada del total que podríamos haber conseguido. En la evaluación final, nos reunimos todos los miembros del equipo de mejora y tras recoger todas nuestras observaciones determinamos que conseguimos un 75% de la basura posible para ser reciclada en los quirófanos.

Este resultado nos parece satisfactorio porque supone un volumen de residuos importante que hemos conseguido reciclar este primer año. De esta forma hemos evitado que se mezclase con el resto de residuos y así fuese imposible su reciclaje.

En resumen, hemos conseguido reciclar tres cuartas partes de los residuos que el año pasado desechábamos, disminuyendo así la contaminación que esto provoca y reutilizando las materias primas que contienen con la consiguiente reducción, por ejemplo, de la deforestación para obtener celulosa para el papel-cartón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a la colaboración de diferentes estamentos (enfermería, personal de limpieza, cirujanos y los encargados del transporte de los residuos) hemos conseguido poner en marcha el reciclaje de los residuos en los quirófanos de Traumatología.

Los resultados se pueden mejorar. Es importante seguir incrementado el porcentaje de basura que conseguimos llevar a reciclar, pero más importante es mantener la adherencia a esta actividad en el tiempo. A este respecto hemos de decir que el cambio de personal de enfermería que hemos sufrido ha incidido negativamente en nuestros resultados porque el personal nuevo tiene que aprender el funcionamiento del quirófano y este último paso de reciclar los residuos fácilmente lo pasan por alto por sentirse agobiados por el trabajo y la presión del quirófano. Por este motivo sería deseable que el personal de enfermería no cambiase tanto para así mejorar los resultados.

Finalmente he de decir que estamos orgullosos de haber iniciado esta tarea que, creo, va en beneficio de todos a largo plazo y es una responsabilidad cívica. Por ello hemos puesto nuestro granito de arena para disminuir la huella ecológica en nuestro trabajo de mejorar la salud de los aragoneses.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/944 ===== ***

Nº de registro: 0944

Título
PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS

Autores:
GARRIDO SANTA MARIA ISAIAS, BRICIO MEDRANO CARMEN, VALENTIN FRANCO ALBERTO, LOPEZ ARPAL BLANCA, RUBIO FERNANDEZ RAQUEL, HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, GOMEZ BLASCO ANDRES, GARCIA CALVO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0944

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS

Otro Tipo Patología: Reciclaje de residuos quirurgicos en quirófanos de traumatologia

Línea Estratégica .: Otras

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos: Para el bloque quirurgico

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Actualmente en los quirófanos de Traumatología del Hospital Miguel Servet NO se separan los residuos de todos los envoltorios del material quirúrgico que diariamente se usan para las intervenciones. La mayor parte de los envoltorios de todos los paños quirúrgicos, del material de osteosíntesis y del material protésico son de plástico y de papel-cartón.

Creemos que podemos colaborar en la separación de residuos que se producen en el quirófano para evitar que el plástico y el papel vayan junto con el resto de residuos que se manchan con líquidos y restos biológicos y que, por lo tanto, siguen otro proceso de tratamiento para su eliminación.

Traumatología cuenta con 5 quirófanos diarios en los que habitualmente se realizan unas 3 intervenciones. Por lo tanto, se genera un volumen importante de plástico y papel-cartón que se podría derivar para su correcto reciclado. Pensamos que debemos contribuir sobre todo a que todo el plástico no se trate como los residuos normales, porque su tiempo estimado de degradación es muy largo. Por ello es una de las lacras medio-ambientales que debemos combatir en el siglo XXI para evitar que nos veamos en un mundo rodeados de residuos de plástico.

RESULTADOS ESPERADOS

-Separar los residuos de plástico y papel-cartón que se generan en la apertura de los envoltorios de todo el material e instrumental quirúrgico, así como de los sueros y medicación utilizados en los quirófanos de Traumatología del HUMS.

-Mantener en bolsas separadas e identificables los residuos para que el personal de limpieza los recoja y los lleve hasta la zona donde el hospital organiza los residuos para finalmente enviarlos al Complejo de tratamiento de residuos urbanos de Zaragoza.

MÉTODO

Sabemos que es difícil concienciar a todo el mundo de la importancia del reciclaje y que es una labor extra en el quirófano, donde además en ocasiones el tiempo para comenzar una intervención debe ser lo más breve posible. Es por ello que necesitamos la colaboración y el compromiso del equipo de enfermería. En este sentido hemos comenzado hablando con las supervisoras de quirófano para saber primero si esta labor era posible en ese entorno y para disponer de los cubos de reciclaje, además de organizar el circuito que deben seguir los residuos.

Posteriormente hemos pedido un voluntario responsable de cada quirófano de Traumatología para que se haga cargo de iniciar y animar cada día a esta tarea de separar el plástico y el papel-cartón que sobre todo se debe hacer al inicio de cada cirugía. Por ello están reflejados como colaboradores de este proyecto de mejora 4 miembros del equipo de enfermería.

Además hemos hablado con los responsables de logística y limpieza del hospital para asegurar que, tras la separación de los residuos, éstos se mantengan segregados hasta que lleguen a la planta de reciclaje.

En todos estos escalones hemos recibido una buena acogida a nuestra iniciativa y todos los estamentos están dispuestos a colaborar, ya que es una labor de todos y del día a día.

INDICADORES

Valorar el peso de los residuos separados de plástico y papel-cartón en un quirófano al inicio, a los 6 meses de implantación de este proyecto y al año.

Porcentaje de la basura reciclada del total.

DURACIÓN

Inicio inmediato ya que los recursos que necesitamos para empezar ya los tenemos (cubos y bolsas de colores para separar el plástico y el papel-cartón del resto de residuos que se generan en el quirófano) y se ha hablado con todos los estamentos que componen los eslabones de la cadena de reciclaje. Falta llevarla a cabo y ver la adherencia y cumplimiento de esta tarea.

Vamos a empezar esta ardua tarea poco a poco y asegurarnos de que se comienza a reciclar todos los residuos que sean posibles y que la separación de los mismos sea correcta y no se mezclen en ningunos de los eslabones de la cadena.

La duración es de un año y podríamos prolongarlo posteriormente.

OBSERVACIONES

Agradecemos al Dr Benedí que comenzó en solitario esta labor hace tiempo que ha servido para inspirar esta iniciativa.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0944

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL RECICLAJE DE RESIDUOS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA DEL HUMS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1081

1. TÍTULO

GESTION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN LA COORDINACION Y COMUNICACION ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN BUISAN FRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAÑADA ASENSIO VANESA
FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA
JIMENEZ JIMENEZ NOELIA
LOPEZ ARPAL BLANCA
MONTAÑES MARIN EVA MARIA
VILAR SIERRA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Se ha definido el grupo de trabajo y nuestro proyecto de mejora.
2-Hemos realizado reuniones calendarizadas para definir y consensuar los puntos definidos en el proyecto:
2.1-Vinculación a través del sistema informático de los listados del instrumental quirúrgico entre el servicio de esterilización y el bloque quirúrgico (Desde Abril hasta Diciembre de 2019).
2.2-Unificación nomenclatura de los contenedores y sets quirúrgicos siguiendo un criterio único (Desde Abril hasta Diciembre de 2019).
2.3-Cambio de etiquetas de los contenedores y sets quirúrgicos en esterilización (Desde Abril hasta Diciembre de 2019) .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a los resultados obtenidos, partiendo de los objetivos que nos marcamos en el proyecto, los cuales fueron:
-Dirigir estrategias para la reducción de incidencias relacionadas con el instrumental quirúrgico, fomentando el trabajo en equipo y la comunicación.
-Alinear las necesidades y requerimientos del servicio de esterilización y el bloque quirúrgico en relación a la gestión del instrumental quirúrgico
-Establecer mecanismos de coordinación y comunicación efectiva entre la central de esterilización y el bloque quirúrgico.
Y acorde con los indicadores de evaluación y medición que planteamos, podemos decir:
1-Se cuenta con un único inventario del instrumental quirúrgico disponible en el Hospital Universitario Miguel Servet actualizado y accesible para el servicio de esterilización y el bloque quirúrgico. En proceso (90%).
2-Se ha unificado la nomenclatura de los contenedores y sets quirúrgicos de traumatología .En fase de realización (20%).
Los contenedores y sets quirúrgicos nuevos recibidos a partir de la fecha de inicio del proyecto tienen la nomenclatura unificada en un 100%.
3-Normalizar y listar el contenido de las cajas de instrumental quirúrgico por procesos.En vías de desarrollo.
4-Sesiones impartidas en relación a la gestión del instrumental quirúrgico. Mínimo 1-SI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora se siente satisfecho con el trabajo realizado, las actividades llevadas a cabo han sido las adecuadas para el proyecto.
No obstante el equipo ha concluido que el proyecto es muy ambicioso, puesto que el material existente para revisión es muy numeroso y por otro lado, nos llega prácticamente a diario, instrumental nuevo que debemos supervisar para que su nomenclatura y organización sean las adecuadas.
El mayor problema que nos estamos encontrando es poder revisar los instrumentales con tranquilidad; ya que debemos romper la cadena de esterilización del material y el volumen de trabajo diario del bloque quirúrgico es frenético en todos los turnos, lo que impide disponer del material sin correr el riesgo de que ese material sea necesario a lo largo de la jornada y no de tiempo a su esterilización.
Por otra parte, para la sostenibilidad del proyecto, sería interesante la ampliación del número de personas implicadas en el.
Resumiendo, solicitaremos la ampliación del proyecto a lo largo de 2020 para poder trabajar de forma segura y a un ritmo que podamos compatibilizar con el ritmo quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1081 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1081

1. TÍTULO

GESTION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN LA COORDINACION Y COMUNICACION ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

Nº de registro: 1081

Título
GESTION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO. MEJORA EN LA COORDINACION Y COMUNICACION ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

Autores:
BUISAN FRANCO CARMEN, FRANCO SUSANA, MONTAÑES EVA MARIA, BRICIO MEDRANO CARMEN, LOPEZ BLANCA, VILAR SIERRA PILAR, CAÑADA VANESA, JIMENO JIMENEZ NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología: profesionales
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los eventos adversos, fácilmente evitables, dentro de los procesos quirúrgicos son los relacionados con la gestión del instrumental. Estos se producen tanto en el bloque quirúrgico como en el servicio de esterilización, generándose, cuando ocurre, un ambiente incómodo y de tensión que origina innumerables llamadas telefónicas, chequeos repetitivos, comprobaciones innecesarias, esperas innecesarias, prolongación de los tiempos quirúrgicos, aumento de costes e insatisfacción del equipo por un trabajo no realizado correctamente.

Hablamos de una gestión del instrumental quirúrgico óptima cuando:

1. Contamos con un inventario de todo el instrumental disponible permanentemente actualizado.
 2. Sabemos con qué recursos contamos en cada momento
 3. Tenemos agrupados el instrumental quirúrgico en "contenedores quirúrgicos" o "sets de instrumental" o cualquier otra unidad trazable.
 4. Conocemos el estado del material en qué situación de superficie y funcionalidad se encuentra dicho material
- En la actualidad la gestión de este material en el Hospital Universitario Miguel Servet es muy compleja por varios motivos:
1. Necesidad de cubrir actividad en todas las especialidades quirúrgicas las 24 horas del día, 365 días al año.
 2. Imposibilidad de prever la demanda a medio y largo plazo, especialmente las urgencias
 3. Imposibilidad de tener, en el bloque quirúrgico, un inventario actualizado permanentemente de todo el material quirúrgico
 4. Necesidad de tener un alto nivel de conocimiento sobre todo de material quirúrgico disponible en las cajas de instrumental para su correcta gestión
 5. Desconocimiento del material suministrado por los proveedores en concepto de depósito
 6. Inadecuada y compleja identificación del material, de las cajas y los set quirúrgicos tanto en el bloque quirúrgico como en la central de esterilización.

Dentro de este marco conceptual se hace imprescindible definir estrategias que nos permita una gestión del instrumental quirúrgico más eficiente así como una comunicación efectiva entre el personal del servicio de esterilización y del bloque quirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS

- General
- Dirigir estrategias para la reducción de incidencias relacionadas con el instrumental quirúrgico, fomentando el trabajo en equipo y la comunicación
- Específicos
- Alinear las necesidades y requerimientos del servicio de esterilización y el bloque quirúrgico en relación a la gestión del instrumental quirúrgico.
 - Establecer mecanismos de coordinación y comunicación efectiva entre la central de esterilización y el bloque quirúrgico.

MÉTODO

El proyecto se iniciará en el año 2019 en el bloque quirúrgico A

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1081

1. TÍTULO

GESTION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN LA COORDINACION Y COMUNICACION ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

1. Actualizar el inventario del instrumental quirúrgico disponible en el HUMS que sea accesible tanto para el servicio de esterilización como para el bloque quirúrgico
2. Normalizar y listar el contenido de las cajas de instrumental quirúrgico por procesos.
3. Modificar y unificar la nomenclatura de los contenedores / sets quirúrgicos para el bloque quirúrgico y el servicio de esterilización
4. Dar a conocer la cantidad de instrumental quirúrgico existente, por proceso quirúrgico, para que se programe el parte quirúrgico teniendo en cuenta los tiempos de esterilización en caso de dos o más procesos iguales en el mismo quirófano

INDICADORES

- Se cuenta con un único inventario del instrumental quirúrgico disponible en el HUMS actualizado accesible para el servicio de esterilización y el bloque quirúrgico - SI
- Se han unificado la nomenclatura de los contenedores y sets quirúrgicos de traumatología - Se han unificado el 80% de los contenedores
- Normalizar y listar el contenido de las cajas de instrumental quirúrgico por procesos. Se ha listado el instrumental quirúrgico, disponible en los contenedores o set Quirúrgicos utilizado en los procesos más habituales de traumatología
- Sesiones impartidas en relación a la gestión del instrumental quirúrgico: Mínimo 1

DURACIÓN

- Actualización inventario : Abril - Octubre 2019
- Unificar la nomenclatura de los contenedores y sets quirúrgicos de trauma Junio - Octubre 2019
- Se ha listado el instrumental quirúrgico, disponible en los contenedores o set quirúrgicos de traumatología - Junio - Noviembre 2019
- Sesiones formativas: Noviembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1091

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA PROTESIS TOTAL DE TOBILLO EN LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA LA ARTROPATIA TIBIOASTRAGALINA SEVERA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE MARIA PEREZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA MARTINEZ BEATRIZ
CARDONA MALFEY RAFAEL
SAMI HAMAM ALCOBER RAFAEL
PEREZ JIMENO NURIA
MARTINEZ VILLEN GREGORIO
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A partir del segundo semestre el equipo de pie y tobillo ha asistido a varias cirugías en directo y a varios cursos relacionados con la prótesis de tobillo.:

- Integra Ankle days. Bruselas, 10-11 de Mayo de 2019.
- International Foot and ankle arthroscopy. Arthrolab. Munich 19 de Junio de 2019.
- Workshop de Cirugía de Pie y Tobillo. MEDCOM TECH. Hospital MAZ de Zaragoza. 3 de Octubre .
- Curso "Vías de abordaje de la extremidad Inferior en COT" Zaragoza, 21-22 de Noviembre de 2019
- Ankle Arthroplasty: State of the art. Barcelona 30-31 de Enero de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A lo largo de este año se ha realizado y presentado el Estudio de Monitorización de la Prótesis de Tobillo, con el que se ha conseguido que el Hospital Universitario Miguel Servet sea Hospital de Referencia para dicha patología

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

I. En ese estudio mencionado se han descrito los: Criterios de inclusión y de exclusión.

II. Variables del estudio

II.1 Fase pre-intervención

II.2 Fase de intervención

II.3 Fase de seguimiento

III. Análisis estadístico

Y se recoge el Modelo de Consentimiento Informado, el Manual de recogida de datos y la 3 Escala AOFAS

7. OBSERVACIONES.

La primera cirugía se llevará a cabo el 20/02/20.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1091 ===== ***

Nº de registro: 1091

Título
INCORPORACION DE LA PROTESIS TOTAL DE TOBILLO EN LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA LA ARTROPATIA TIBIOASTRAGALINA SEVERA

Autores:
PEREZ GARCIA JOSE MARIA, GARCIA MARTINEZ BEATRIZ, CARDONA MALFEY RAFAEL, HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, PEREZ JIMENO NURIA, MARTINEZ VILLEN GREGORIO, MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, ORTEGA LAHUERTA PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: aArtropatía degenerativa severa del tobillo
Línea Estratégica ..: Otras
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1091

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA PROTESIS TOTAL DE TOBILLO EN LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA LA ARTROPATIA TIBIOASTRAGALINA SEVERA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La artropatía degenerativa severa del tobillo, es un problema con el que suele enfrentarse el médico ortopedista, y más aún el especialista en tobillo y pie. Esta puede ser de origen primario, o lo que es más frecuente secundaria a diversas causas, dentro de las cuales la artritis postraumática y la artritis inflamatoria específica (como la artritis reumatoidea) son las más frecuentes.

Durante casi todo el siglo pasado, el "gold standard" para el tratamiento de esta patología con sintomatología rebelde a los métodos conservadores, fue la artrodesis del tobillo. En nuestro medio aún hoy sigue siendo la cirugía de elección para estos pacientes. La misma permite correcta alineación del miembro, con un tobillo indoloro a expensas de perder su movilidad. De cualquier modo, las posibles complicaciones de ésta cirugía, y las consecuencias a largo plazo en las articulaciones vecinas (fundamentalmente subastragalina), hacen que la misma si bien es bien tolerada, no sea inocua y mucho menos esté exenta de complicaciones y secuelas.

Comenzaron a surgir luego distintas opciones para el tratamiento de esta patología, dentro de las cuales se pueden mencionar las osteotomías correctivas y de descarga, la artrodiastasis del tobillo, la artroscopía, la viscosuplementación, la artroplastia diastásante, las queilectomías, el reemplazo por aloinjerto, y sobre todo el reemplazo protésico del tobillo,

Con respecto al desarrollo protésico, es fundamentalmente a partir de la década del setenta, que se comenzó con las artroplastias protésicas del tobillo. Las prótesis de primera generación (fundamentalmente constreñidas y cementadas) fueron abandonadas por la alta incidencia de fracasos, como el aflojamiento precoz y los malos resultados a corto plazo, por lo que hasta la década del '90, los ortopedistas fuimos reacios a dicha indicación. Luego surgieron prótesis de segunda generación, que demostraron mejores resultados a mediano plazo (más del 85% de supervivencia protésica a más de 6 años) según las publicaciones.

En el momento actual, las prótesis con inserto de polietileno (menisco libre) presentan mejor índice de supervivencia, lo que estaría determinado fundamentalmente por la disminución del stress prótesis-hueso, la poca resección ósea con superficie de contacto total, la transmisión de fuerzas a través de movimientos de traslación y leves rotaciones del inserto intermedio, y la correcta alineación con estabilidad del tobillo.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad de vida, de forma importante, en aquellos pacientes: con artritis sistémicas del tobillo, como es la artritis reumatoidea, osteoartritis primaria o secundaria (postraumática) del tobillo, sobre todo con afectación bilateral en los que la artrodesis incapacitaría funcionalmente en grado severo..

Es una cirugía no está exenta de complicaciones, y que el largo plazo así como el desarrollo tecnológico futuro, nos brindará la aceptación o no del método. Sin embargo, creo que no podemos dar la espalda al desarrollo de esta posibilidad, y a las publicaciones serias que avalan el uso de la misma. Es cierto que según los diversos autores la curva de aprendizaje de esta técnica es larga, y debemos ser cautos en la indicación correcta y la realización idónea de la misma para minimizar las complicaciones y esperar resultados favorables.

MÉTODO

Recopilar la información existente sobre los diferentes tipos y modelos de prótesis existentes: indicaciones, contraindicaciones absolutas y relativas, así como las complicaciones

Diseñar una base de datos que permita la recogida y búsqueda específica de pacientes diana.

Ofertar la técnica a los diferentes Servicios de la Comunidad Autónoma y limítrofes como Centro de Referencia

INDICADORES

Número de intervenciones.

Resultados incluyendo las complicaciones

Encuestas a nivel del paciente

Recolección de encuestas de nivel de uso y satisfacción percibida por el personal de quirófano (médico, enfermería auxiliar...) y de hospitalización

DURACIÓN

Inicio mayo 2019, final mayo 2020.

Mayo/junio 2019: Puesta en marcha de la técnica quirúrgica, incluyendo la formación en los Centros de Referencia y los datos existentes sobre los modelos actuales de prótesis de tobillo

Julio/agosto 2019: Coordinación con los Servicios de Reumatología, Anestesia y Unidades de Cirugía Ortopédica (Unidad de Fracturas y Tobillo y Pie).

Septiembre 2019/abril 2020: Base de datos con los pacientes diana e Incorporación de la técnica al Servicio

Abril 2020: Ofertar la mejora diseñada a los profesionales sanitarios, dando a conocer su existencia y promoviendo su uso, como Centro de Referencia.

Mayo 2020: Registrar el uso realizado y el grado de satisfacción.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1091

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA PROTESIS TOTAL DE TOBILLO EN LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA PARA LA ARTROPATIA TIBIOASTRAGALINA SEVERA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0239

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE RAFAEL FERNANDEZ ATUAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORONA BELLOSTAS CAROLINA
RUIZ DE TEMIÑO MARIA MERCEDES
GONZALEZ GARCIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Presentación/exposición por parte de un miembro del servicio de una actualización sobre el tema, seguido de una puesta en común, discusión y resolución conjunta o elaboración de conclusiones. - Se realizaron 23 sesiones desde mayo hasta Diciembre 2018.

En caso de sesiones con la colaboración de otros servicios, se alternarán ponentes de las distintas especialidades.
Inclusión y participación activa del personal de enfermería tanto de planta como de quirófano. Se realizaron sesiones conjuntas con anestesia pediátrica, traumatología pediátrica, pediatría.

Encuestas de satisfacción- Se realizaron encuestas de satisfacción a todos los asistentes.

Se creará una base de presentaciones para su acceso permanente. - Hasta el momento todas las sesiones estan almacenadas y de acceso a todos los miembros del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizaron 23 sesiones desde mayo hasta Diciembre 2018.
Se realizaron sesiones conjuntas con anestesia pediátrica, traumatología pediátrica, pediatría.
Se realizaron un mínimo de 3 sesiones mensuales con la excepción de los meses de Julio y Agosto.
Se creó la base de sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las sesiones han sido valoradas positivamente por los miembros del servicio y personal hospitalario. Por lo que se ha dado seguimiento al proyecto, se han iniciados nuevos planes de sesiones para el primer semestre del 2019.

Mejoras: Ampliar las sesiones conjuntas con otros servicios de pediatría de Aragón.
Aumentar las sesiones entre servicio s hospitalarios.
Aumentar la asistencia a los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/239 ===== ***

Nº de registro: 0239

Título
FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Autores:
FERNANDEZ ATUAN RAFAEL, CORONA BELLOSTAS CAROLINA, RUIZ DE TEMIÑO MARIA MERCEDES, GONZALEZ GARCIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0239

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las sesiones multidisciplinarias dentro de los servicios desempeñan un papel cada vez más importante como punto de encuentro para que los miembros sanitarios del servicio, puedan interactuar y aprender unos de otros.

En la práctica de la asistencia hospitalaria, hay un cuerpo básico de conocimientos tanto desde el punto de vista clínico como científico que todos los sanitarios compartimos. Además existe un nexo de disciplinas transversales y temas relacionados la práctica clínica que puede compartirse en las sesiones multidisciplinarias del servicio.

Actualmente la falta de sesiones clínicas tiene como consecuencia una falta de homogeneidad en los tratamientos entre los diferentes miembros del servicio y comunicación subóptima entre los mismos. La consecuencia es confusión en otros miembros de apoyo como enfermería como también pacientes. Este proyecto está diseñado para designar de manera periódica sesiones clínicas de actualización en los temas pertinentes a nuestra práctica clínica y tiene como beneficio adicional ser parte del programa académico de miembros del servicio en formación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Compartir las actualizaciones diagnóstico-terapéuticas en los procesos más prevalentes y que generan actuación multidisciplinaria coordinada.
- Favorecer la comunicación entre los miembros del servicio, facilitando además la interacción entre distintos servicios y unidades de nuestro hospital.
- Proporcionar actualización en procesos diagnósticos y terapéuticos
- Actualizar los conocimientos en investigación sanitaria
- Comunicar los diferentes procedimientos, normas de actuación, procesos y protocolos relevantes para todos los profesionales del servicio
- Fomentar el uso de las guías y protocolos clínicos
- Potenciar la retroinformación a los profesionales del servicio

MÉTODO

Reuniones de trabajo para la formulación del temario y asignación de ponentes.

Presentación/exposición por parte de un miembro del servicio de una actualización sobre el tema, seguido de una puesta en común, discusión y resolución conjunta o elaboración de conclusiones.

En caso de sesiones con la colaboración de otros servicios, se alternarán ponentes de las distintas especialidades. Inclusión y participación activa del personal de enfermería tanto de planta como de quirófano.

Se realizarían un mínimo de 3 sesiones mensuales y máximo de 5 sesiones al mes con la excepción de los meses de Julio y Agosto.

Encuestas de satisfacción, valoración de objetivos conseguidos y detección de nuevas oportunidades de mejora.

Se creará una base de presentaciones para su acceso permanente.

INDICADORES

- Las sesiones clínicas serán evaluadas mediante encuestas de satisfacción al final del programa.
 - Asistencia de un mínimo de 3 miembros del servicio - 80%

DURACIÓN

Inicio - 1 de Mayo 2018 - Finalización 31 de Mayo 2019

1- Reuniones de trabajo con miembros del servicio para formulación de temario y asignación de ponentes MAYO - JUNIO 2018.

2- Inicio de sesiones JUNIO 2018

3- Continuación de sesiones SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2018

4 - Continuación de sesiones ENERO - MAYO 2019

5 - Encuestas de satisfacción, valoración de objetivos conseguidos y detección de nuevas oportunidades de mejora. MAYO 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0239

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0569

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE CAROLINA CORONA BELLOSTAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ATUAN RAFAEL
BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO
GONZALEZ RUIZ YUREMA
RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES
ANQUELA GRACIA RUTH
MONTESINOS GUILLEN MARIA JOSE
GONZALEZ ESGUEDA AINARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones periódicas con el IIS para consecución con grupo de investigación que es paso previo a iniciar actividad quirúrgica e investigadora en las instalaciones del CIBA.
Desarrollo de un simulador específico para cirugía toracoscópica neonatal mediante la impresión 3d de un tórax de neonato y utilización de vísceras torácica de coneja madre de aproximadamente 2 kg en las se han realizado varias actividades formativas por parte de los adjuntos y residentes del servicio. Contacto con la Universidad de Zaragoza dentro del programa PING SALUD para ofertar el proyecto de mejora de nuestro simulador de atresia de esófago, hasta el momento no se ha asignado el proyecto a ningún alumno.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Constitución como grupo de investigación dentro del ISS.
Al menos 10 sesiones de entrenamiento en simulador específico para atresia de esófago.
Primera sesión de entrenamiento "piloto" en modelo animal porcino en las instalaciones del CIBA:
Mejora de la cartera de servicios en cirugía laparoscópica del Servicio de Cirugía Pediátrica: se han realizado nuevas técnicas, como una colectomía total por enfermedad de Hirschsprung en una paciente un año de edad.
Apendicectomías realizadas por vía laparoscópica durante este año > 90%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se han podido conseguir todos los objetivos del programa y seguir el calendario previsto debido a que no hemos podido disponer de presupuesto para la realización de las actividades formativas.
Se solicitó una beca a la Fundación Eugenio Rodríguez Pascual, solicitud que no resultó seleccionada.
Mediante la constitución de grupo de investigación es posible que tengamos acceso a otras becas a través del IIS, que permitirían seguir con el programa previsto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/569 ===== ***

Nº de registro: 0569

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Autores:
CORONA BELLOSTAS CAROLINA, FERNANDEZ ATUAN RAFAEL, BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO, GONZALEZ RUIZ YUREMA, RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES, ANQUELA GRACIA RUTH, MONTESINOS GUILLEN MARIA JOSE, GONZALEZ ESGUEDA AINARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología Quirúrgica Infantil
Línea Estratégica ..: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0569

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía mínimamente invasiva (CMI) supone una mejora en la calidad de la atención al paciente, ya que produce menos dolor postoperatorio, mejor resultado estético, y una recuperación más precoz de la actividad habitual. Al mismo tiempo, conlleva una introducción constante de novedades tecnológicas que condicionan un cambio en las habilidades y en la forma en la que éstas se aprenden, suponiendo a veces un detrimento de la seguridad del paciente en los inicios de la curva de aprendizaje. Este problema es más acusado en Cirugía Pediátrica, en donde coexiste la complejidad secundaria al pequeño tamaño del paciente y el escaso volumen de patología, alargándose la curva de aprendizaje. Consideramos necesario un apoyo constante a la formación y entrenamiento en las técnicas de CMI para mejorar el tiempo quirúrgico y la seguridad del paciente pediátrico sometido a este tipo de cirugía.

RESULTADOS ESPERADOS

Ampliación de la cartera de servicios de Cirugía Pediátrica en el ámbito de la cirugía mínimamente invasiva, manteniendo estándares de seguridad del paciente.
Desarrollo de un programa de entrenamiento en cirugía laparoscópica y toracoscópica en neonatos y pacientes pediátricos de bajo peso mediante simuladores y modelo animal, en colaboración con el CIBA.
Colaboración con la UZ para el desarrollo de una línea de diseño de simuladores específicos para el entrenamiento en cirugía neonatal y en el paciente pediátrico de bajo peso.

MÉTODO

Implementación de un programa de entrenamiento en CMI específico para el paciente neonatal y pediátrico, que incluya a los trabajadores del Servicio de Cirugía Pediátrica. Los cirujanos tendrán al menos una sesión mensual de entrenamiento en técnicas mínimamente invasivas estructurado según niveles de dificultad, haciendo uso de simuladores físicos, virtuales, y animal de experimentación.
Coordinación constante con la UZ mediante un plan de trabajo con reuniones de periodicidad mensual para el desarrollo de simuladores específicos para las patologías neonatales más complejas, como la atresia de esófago.
Protocolización del proceso y del material necesario para las técnicas más habituales.
Entrenamiento del personal de enfermería y auxiliar de Quirófano y Hospitalización en el manejo del nuevo material y los nuevos procedimientos.

INDICADORES

La monitorización del proyecto se realizará en base al tiempo quirúrgico, morbilidad perioperatoria y el tiempo de hospitalización obtenido de la revisión de las historias clínicas de los pacientes en los que se realice alguna de las siguientes intervenciones quirúrgicas:

Piloromiotomía por estenosis hipertrófica de píloro
Cierre de fístula y anastomosis término-terminal por atresia de esófago
Apendicectomía
Lobectomía pulmonar
Colecistectomía
Funduplicatura Nissen
Nefrectomía
Estenosis pieloureteral
Esperamos que en estas patologías se produzca un aumento de los casos realizados con mínima invasión sin aumentar las complicaciones

DURACIÓN

Inicio 1 de marzo de 2018- Final 1 marzo 2019
Marzo 2018: Reuniones de trabajo con personal del CIBA para definir la metodología de las sesiones de entrenamiento que se realizarán en sus instalaciones. Reuniones de trabajo con investigadores de la UZ para puesta en común de los objetivos de desarrollo de simuladores.
Abril-Junio 2018: Primeras sesiones de entrenamiento: Participación del personal en al menos tres sesiones de entrenamiento en animal y tres sesiones de entrenamiento en simulador durante este periodo.
Junio 2018: Revisión del cumplimiento de los objetivos en cuanto a diseño de sistemas de simulación y primera valoración de los criterios de morbimortalidad, tiempo quirúrgico y anestésico en las cirugías mencionadas.
Julio-Septiembre 2018: Formación a personal de enfermería en cuanto a estandarización de procedimientos mínimamente invasivos en patologías concretas.
Septiembre-Enero 2019: Calendario de sesiones de entrenamiento orientados a patologías y técnicas concretas según los déficits encontrados.
Febrero 2019: Revisión de objetivos conseguidos y detección de nuevas oportunidades de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0569

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0789

1. TÍTULO

EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES RUIZ DE TEMIÑO BRAVO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ ANDRES ARMANDO
GONZALEZ GARCIA MARIA JOSE
BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una Hoja de Valoración de criterios de Alta, consensuada por todos los componentes del equipo, y se han establecido los criterios de su aplicación.
Se ha realizado la instrucción al personal de enfermería de la Unidad de CMA en la Planta de Cirugía Pediátrica y al personal de la unidad de CSI (Edificio Multifuncional) que atiende pacientes pediátricos.
Se ha realizado su implantación desde Septiembre 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La implantación de un método de evaluación de los criterios de Alta de los pacientes sometidos a CMA nos ha permitido:
- Agilizar el Alta en pacientes en los que su situación clínica lo permite y que suponen el mayor porcentaje de pacientes.
- Transmitir confianza a las familias, al percibir que se han evaluado previamente unos criterios objetivos de Alta que se han cumplido en el paciente.
- Detectar en el momento adecuado los pacientes que, aunque en número escaso, no han cumplido los criterios de Alta y han tenido que ser ingresados, mejorando así la seguridad clínica del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que la implantación de unos Criterios de Alta de CMA en pediatría contribuye a la seguridad clínica de nuestros pacientes en procedimientos de CMA.
Está pendiente la evaluación de indicadores (Valoración correcta de Alta y de Ingresos y % de ingresos).
La aplicación de esta Evaluación está supeditada al cumplimiento del Protocolo de CMA en Pacientes Pediátricos, especialmente en las indicaciones de CMA por procedimiento y condiciones del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/789 ===== ***

Nº de registro: 0789

Título
EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

Autores:
RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES, SANCHEZ ANDRES ARMANDO, GONZALEZ GARCIA MARIA JOSE, BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CIRUGIA PROGRAMADA CMA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía pediátrica realizada en régimen ambulatorio o sin ingreso acorta la estancia hospitalaria, reduce la exposición a infecciones nosocomiales, permite la participación activa de los padres, logra un elevado grado de satisfacción del paciente y reduce los costes totales del proceso.
Sin embargo hemos detectado en su puesta en práctica que no existen criterios que establezcan las condiciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0789

1. TÍTULO

EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

en las que debe encontrarse el paciente en el momento del Alta de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) o Cirugía sin Ingreso (CSI). Del mismo modo tampoco están especificadas que condiciones impedirían el Alta de la Unidad y serían motivo de ingreso del paciente. Este problema condiciona en algunos casos retrasos innecesarios del Alta o, con menor frecuencia, pacientes que se van de Alta sin cumplir alguna condición que ocasionalmente es motivo de reingreso.

Con este proyecto pretendemos mejorar la seguridad del paciente, estableciendo criterios de Alta bien definidos, evaluables por el personal de enfermería, que aplicados en el momento adecuado después de la cirugía, permitan discriminar fácilmente si el paciente cumple condiciones para poder trasladarse a su domicilio o por el contrario son motivo de que el médico valore el ingreso del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Pretendemos discriminar con agilidad y en el momento adecuado, los pacientes pediátricos a los que se puede dar el Alta después de Cirugía Ambulatoria, de aquéllos que no reúnen condiciones de Alta y debe valorarse su ingreso. Este proyecto es aplicable a todos los pacientes intervenidos en la Unidad de CMA o CSI del Servicio de Cirugía Pediátrica (Planta 3ª del HI y Quirófanos CSI Multifuncional).

MÉTODO

- Realizar una Hoja de Valoración de Criterios de Alta, que incluya los aspectos esenciales que deben reunir los pacientes de acuerdo con la evidencia disponible, consensuando su contenido entre los facultativos del Servicio de Cirugía Pediátrica, el Servicio de Anestesiología y la Supervisión de Enfermería.
- Consensuar su aplicación por los facultativos y el personal de Enfermería.
- Instruir al personal de enfermería en las Unidades de Cirugía Ambulatoria del Servicio de Cirugía Pediátrica en el modo de aplicación.
- Iniciar su aplicación en la Unidades de CMA/CSI

INDICADORES

CRITERIO

Valoración correcta de ALTA

INDICADOR

nº de pacientes de ALTA que reúnen criterios en la Valoración de Criterios de Alta x 100 / nº total de pacientes de ALTA

FUENTE

Hoja de Valoración de Alta

Informe de Alta

ESTANDAR

>95%

CRITERIO

Valoración correcta de INGRESO

INDICADOR

nº de pacientes que INGRESAN tras Cirugía Ambulatoria que NO reúnen criterios de Alta x 100 / nº total de pacientes que ingresan FUENTE

Hoja de Valoración de Alta

Informe de Alta

ESTANDAR

>95%

CRITERIO

% valorado de INGRESOS tras Cirugía Ambulatoria

INDICADOR

Nº pacientes que no reúnen criterios de Alta x 100 / nº total de pacientes intervenidos

FUENTE

Hoja de Valoración de Alta

Informe de Alta <5%

DURACIÓN

- Elaboración Hoja de Valoración de Criterios de Alta. Dr. Sánchez, Dra. Ruiz de Temiño (Mayo 2018)
- Consensuarla por Servicio de Cirugía Pediátrica, Anestesiología y Supervisión de Enfermería Mª José Dra. Ruiz de Temiño, González Mª José (Mayo-Junio)
- Instruir personal de Enfermería Dr. Bragagnini (Julio)
- Implantar su aplicación por los facultativos y el personal de Enfermería (Dr. Bragagnini) (Septiembre)
- Evaluación (Marzo 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0789

1. TÍTULO

EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1390

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR ATRESIA DE ESÓFAGO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MERCEDES RUIZ DE TEMIÑO BRAVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALCEDO GONZALEZ JAVIER
BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO
FERNANDEZ ATUAN RAFAEL
CORONA BELLOSTAS CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Redacción de un Protocolo de Transferencia y seguimiento en la vida adulta de los pacientes intervenidos por Atresia de esófago, de forma consensuada por los componentes del equipo del Servicio de Cirugía Pediátrica y el Servicio de Aparato Digestivo, Sección de Motilidad y Patología Funcional. Este protocolo se ha enviado a la Unidad de Calidad asistencial del HUMS.
- Elaboración de un Documento informativo sobre la Atresia de esófago, en formato folleto con lenguaje comprensible para el paciente, incluyendo la clasificación, tratamiento, complicaciones, evolución y seguimiento en la vida adulta.
- Listado de pacientes intervenidos por Atresia de Esófago.
- Se ha iniciado la planificación de citas de transferencia en las Consultas Externas de Cirugía Pediátrica y el Circuito de transferencia de acuerdo al Protocolo.
- El Servicio de Cirugía Pediátrica ha organizado la Jornada de Atresia de Esófago para familias y pacientes (8/6/19) en el Edificio de Docencia del Hospital Miguel Servet (HUMS), presentando una ponencia sobre la Transición a la vida adulta en la Atresia de esófago.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La implantación de un Protocolo de transferencia y seguimiento en la vida adulta de los pacientes intervenidos por atresia de esófago nos ha permitido:

- Iniciar el seguimiento sistematizado que requieren los pacientes intervenidos por atresia de esófago al nacimiento mayores de 15 años.
- Consensuar entre los Servicios participantes los criterios (edad, evaluación, periodicidad, etc) que requiere el seguimiento de estos pacientes.
- Coordinar la información entre los servicios implicados mediante un Informe de transferencia.
- Mejorar y Adecuar la información del paciente sobre su proceso, entregando un documento escrito.
- Mejorar la satisfacción de paciente con la información y con la confianza de recibir la asistencia necesaria en su proceso después de la edad pediátrica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto nos ha permitido establecer canales de comunicación entre diferentes Servicios con el objetivo de dar continuidad asistencial en el tiempo a una patología compleja y crónica, que se inicia al comienzo de la vida y se prolonga en la edad adulta, contribuyendo así a mejorar la calidad asistencial. La experiencia lograda con este proyecto nos facilitará el desarrollo de protocolos de transferencia en otros procesos crónicos complejos que requieren un seguimiento en la vida adulta. Está pendiente la evaluación de los indicadores ya establecidos en el Protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1390 ===== ***

Nº de registro: 1390

Título
PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR ATRESIA DE ESOFAGO

Autores:
RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES, ALCEDO GONZALEZ JAVIER, BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO, FERNANDEZ ATUAN RAFAEL, CORONA BELLOSTAS CAROLINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1390

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR ATRESIA DE ESÓFAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología: Patología Esofagogástrica
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atresia de esófago (AE) es una de las anomalías congénitas más frecuentes del aparato digestivo (1/2.400-4.500 nacimientos), en la que desde hace varias décadas se ha logrado una elevada supervivencia (> 90%) que nos lleva a poner la atención en los problemas de morbilidad y calidad de vida a largo plazo.

Los problemas respiratorios y nutricionales predominan en los primeros años de vida, pero los problemas gastrointestinales pueden prolongarse durante la adolescencia y la vida adulta. Las complicaciones más frecuentes son el reflujo gastroesofágico, la esofagitis péptica, el esófago de Barrett, la estenosis esofágica, los trastornos de la deglución, la disfagia y la dismotilidad esofágica y gástrica. En la edad adulta se añade el problema del posible adenocarcinoma y carcinoma epidermoide esofágico.

En el momento actual no existe un protocolo de seguimiento de esta morbilidad después de los primeros años de vida. Algunos pacientes pasan a la vida adulta y olvidan la anomalía congénita esofágica de la que fueron intervenidos y el control de los problemas asociados que debería continuarse a lo largo de su vida.

Este proyecto pretende dar respuesta a la necesidad de un seguimiento multidisciplinar sistematizado, realizando una transferencia que dirija y oriente correctamente al paciente desde la asistencia ofrecida durante la infancia y adolescencia por los Servicios de Cirugía Pediátrica y Pediatría, a la Atención especializada de adultos, en la que el Servicio de Digestivo dispone de los principales recursos necesarios para atender estos problemas en esta etapa de su vida.

RESULTADOS ESPERADOS

- Protocolizar el seguimiento a largo plazo de los pacientes intervenidos por Atresia de esófago.
- Mejorar en los pacientes intervenidos por Atresia de esófago la información sobre su patología y la morbilidad que debe controlarse en la edad adulta.
- Establecer un Protocolo de Transferencia de los pacientes desde los Servicios de Cirugía Pediátrica y Pediatría al Servicio de Aparato Digestivo en la edad adulta.

MÉTODO

- Protocolo consensuado de seguimiento para detectar precozmente y tratar los problemas a largo plazo de los pacientes intervenidos por Atresia de Esófago a partir de los 15 años.
- Folleto informativo comprensible para el paciente y sus familiares sobre la Atresia de Esófago, su tratamiento y evolución, y los problemas de salud relacionados con esta patología a controlar en la vida adulta.
- Protocolo de Transferencia, definiendo criterios de edad, información clave a incluir en el Informe Clínico de Transferencia y Agenda de Consultas Externas de derivación.
- Listado de pacientes intervenidos por Atresia de Esófago, con registro de edad.
- Sesión Clínica conjunta con los Servicios de Cirugía Pediátrica, Aparato Digestivo y Unidad de Gastroenterología Pediátrica, de los pacientes a transferir.
- Planificación de Cita de última revisión en la Consulta de Cirugía Pediátrica, para actualizar evolución clínica y pruebas complementarias; explicación y entrega de folleto informativo; indicar la Consulta del Servicio de Digestivo donde se continuará la asistencia (Consulta Monográfica de Motilidad Digestiva).
- Informe Clínico de Transferencia con el resumen actualizado de la evolución clínica y pruebas complementarias por el Servicio de Cirugía Pediátrica, que se guardará en la HCE.
- Planificación de Cita de Transferencia en la Consulta de Aparato Digestivo (Consulta Monográfica de Motilidad Digestiva).

INDICADORES

- Criterio: Cumplimiento de Transferencia de Pacientes.
Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años transferidos según protocolo/ Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años. (Estándar 90%)
 - Criterio: Cumplimiento de la Información a los Pacientes.
Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años que han recibido información específica/ Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años. (Estándar 90%)
- Fuente de datos: Listado de pacientes intervenidos por Atresia de Esófago. Revisión HCE.
- Criterio: Satisfacción de los Pacientes.
Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años satisfechos con la información recibida y protocolo de transferencia/ Pacientes intervenidos por Atresia de esófago > 15 años.
- Fuente de datos: Encuesta de Satisfacción.

DURACIÓN

- Inicio: Protocolo seguimiento a largo plazo: Abril-Mayo 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1390

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR ATRESIA DE ESÓFAGO

- Folleto informativo sobre Atresia de Esófago: Mayo 2019.
- Protocolo de Transferencia: Mayo 2019.
- Lstado de pacientes intervenidos por Atresia de esófago con registro de > o próximos a 15 años.
- Iniciar aplicación: A partir de Junio 2019.
- Evaluación en Abril 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0485

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE VALENTIN YUSTE BENAVENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NEGREDO QUINTANA ISABEL
JORDAN PALOMAR ELENA IRENE
LANZON LAGA ALBERTO
GONZALEZ RAMOS PEDRO
PARDO GARCIA INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Desde la puesta en marcha de este proyecto de mejora de calidad, se ha desarrollado una unidad interdisciplinar ginecología-cirugía plástica destinada a la reconstrucción vulvar inmediata tras vulvectomía.

- Cumpliendo las fechas previstas en el proyecto, se ha desarrollado un protocolo de evaluación preparatoria y reconstrucción inmediata. Dicho protocolo ha sido aprobado por la comisión de calidad del Hospital Universitario Miguel Servet y se encuentra disponible para todos los profesionales.

- Se han protocolizado las características de las paciente susceptibles de reconstrucción inmediata. Asimismo, se ha establecido la evaluación preparatoria sistemática de dichas pacientes por el Servicio de Cirugía Plástica, así como su reconstrucción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Desde la puesta en marcha del protocolo se han intervenido a 9 pacientes de vulvectomía uni o bilateral asociada a reconstrucción inmediata. Atendiendo a los indicadores establecidos en el proyecto:

- El 100% de las reconstrucciones vulvares realizadas fueron inmediatas.

- El 88'8% de las pacientes sometidas a reconstrucción inmediata fueron valoradas con anterioridad y en consultas externas por parte del Servicio de Cirugía Plástica.

Atendiendo a estos criterios, se ha cumplido hasta la fecha todos los objetivos establecidos en el proyecto de calidad. Se ha observado, asimismo, una reducción considerable en el tiempo de hospitalización de estas pacientes, debida a la menor necesidad de curas de enfermería. Estamos a la espera de obtener un mayor volumen de pacientes para realizar una comparación de la estancia media actual con respecto a la previa a este proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El proyecto ha tenido unos resultados satisfactorios, suponiendo una reducción en costes sanitarios y una ganancia en calidad de vida considerables para estas pacientes.

- Se ha observado que muchas de las pacientes presentan carencias nutricionales secundarias a su avanzada edad y proceso oncológico, que pueden dificultar la correcta cicatrización postoperatoria. Se valorará la inclusión del estudio nutricional de las pacientes como parte de la valoración preparatoria por parte del Servicio de Cirugía Plástica.

- De cara a la realización del proyecto, cabría tener en cuenta que solo existe un servicio de cirugía plástica en nuestra comunidad, y que por tanto su extensión pasaría por dar a conocer dicha unidad a otros centros de nuestro entorno.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/485 ===== ***

Nº de registro: 0485

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0485

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR

Autores:
YUSTE BENAVENTE VALENTIN, NEGREDO QUINTANA ISABEL, JORDAN PALOMAR ELENA IRENE, LANZON LAGA ALBERTO, GONZALEZ RAMOS PEDRO, PARDO GARCIA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las neoplasias/lesiones de vulva son un problema de salud frecuente en la población femenina y supone un gran número de consultas en los Servicios de Ginecología. Además, el Servicio de Ginecología del HUMS es el centro de referencia para el tratamiento de las neoplasias malignas de vulva en Aragón. El tratamiento de dichas neoplasias es sobre todo quirúrgico, requiriendo de la realización de una vulvotomía, hemivulvotomía, tumorectomía... Dichas intervenciones, debido a las características del procedimiento y los tejidos afectados, pueden asociarse con una alta incidencia de dehiscencia y defectos de cobertura del área intervenida.

Las complicaciones descritas, en los casos más graves, van a requerir del uso de colgajos regionales para su cobertura, que son valorados y seleccionados por el cirujano plástico en dependencia de las características del defecto. Sin embargo, al hallarse los defectos de cobertura de forma postoperatoria, la reconstrucción se realizará de forma diferida, lo cual supone una prolongación en la estancia hospitalaria de la paciente y, lo que es más importante, pueden retrasar la aplicación de otros tratamientos oncológicos como la radioterapia. Frente a esta situación, nos encontramos con la reconstrucción inmediata, que se realiza en el mismo acto quirúrgico que la extirpación tumoral, pero que requiere de la evaluación preoperatoria de las pacientes por el Servicio de Cirugía Plástica y de colaboración interdepartamental con el Servicio de Ginecología, debido a la necesidad de seleccionar la técnica reconstructiva previamente a la exéresis tumoral.

Debido a motivos organizativos y de coordinación, hasta ahora la mayoría de estas técnicas se realizan de forma diferida. Actualmente, el Servicio de Cirugía Plástica cuenta con la capacidad de realizarlas de forma inmediata, para lo cual es necesaria la implementación de un sistema de coordinación entre el Servicio de Ginecología y el Servicio de Cirugía Plástica.

Nuestra intención es implementar la evaluación preoperatoria por parte del Servicio de Cirugía Plástica de las pacientes que van a ser sometidas a cirugía de la vulva por parte del Servicio de Ginecología, en el Hospital Universitario Miguel Servet, así como la reconstrucción inmediata de dichas pacientes en caso de considerarse necesaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Evaluación preoperatoria de las pacientes sometidas a cirugía vulvar por parte del servicio de Cirugía Plástica.
- Que, dentro de las pacientes en las que se requiera una reconstrucción vulvar, la reconstrucción inmediata represente al menos un 75%.
- Lograr una colaboración estrecha entre los miembros de los Servicio de Ginecología y de Cirugía Plástica.

MÉTODO

- Protocolización de las características de aquellas pacientes valoradas por el Servicio de Ginecología para decidir su remisión al Servicio de Cirugía Plástica.
- Protocolización de la evaluación preoperatoria de las pacientes sometidas a cirugía de la vulva por parte del Servicio de Cirugía Plástica, así como de la reconstrucción inmediata y seguimiento postoperatorio por parte de dicho servicio.

INDICADORES

- Proporción de pacientes sometidas a vulvotomía y otras intervenciones sobre la vulva, que cumplen los criterios establecidos en el protocolo, evaluadas preoperatoriamente por parte del Servicio de Cirugía Plástica.
- Proporción de las pacientes sometidas a reconstrucción vulvar inmediata frente a diferida.

DURACIÓN

- Protocolización la reconstrucción vulvar inmediata en el Hospital Universitario Miguel Server antes de diciembre de 2016.
- Tras 6 meses de la realización de dicho protocolo y el inicio de dicha actividad, se realizará una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0485

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR

evaluación de los indicadores establecidos.

- Tras 1 año se evaluarán nuevamente los indicadores establecidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1440

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ALBERTO AGULLO DOMINGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONCLUS FUERTES ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas han estado centradas primero en la posibilidad real de poder llevar a cabo la consulta con los equipos informáticos que existen en la actualidad así como con el ancho de banda existente. La respuesta ha sido negativa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como ya he comentado en la actualidad NO se puede hacer este tipo de consulta con los equipos de los que disponemos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las posibilidades de efectuar videoconferencia en directo con los equipos informáticos actuales es nula, por lo que vamos a rediseñar el proyecto para empezar una fase de prueba con fotos enviadas a posteriori de los casos que se presenten.
Asímismo se van a actualizar los equipos en breve y veremos las expectativas que se presenten

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1440 ===== ***

Nº de registro: 1440

Título
CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS

Autores:
AGULLO DOMINGO ALBERTO, MONCLUS FUERTES ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Quemados incluida en el Servicio de Cirugía Plástica del HUMS es una Unidad CSUR y de referencia desde hace años. La población que cubre radica en nuestra Comunidad Autónoma y Provincias/Comunidades limítrofes. Dadas las características de dispersión geográfica de Aragón muchos pacientes deben de desplazarse muchos kilómetros para ser evaluados en esta Consulta Especializada.
La creación de esta Consulta Telemática evitaría muchos desplazamientos de muchos pacientes de fuera de Zaragoza con el consiguiente aumento de la satisfacción del paciente y la disminución de los costes del proceso

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de Consulta Telemática de Quemaduras
Población diana: todos aquellos pacientes de la Comunidad que han sufrido una lesión por quemadura cuyo domicilio está fuera de Zaragoza o hay una imposibilidad manifiesta de desplazamiento a la Consulta de Quemados y que precisan atención especializada

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1440

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMÁTICA DE QUEMADOS

Creación de la Consulta Telemática
Adecuación de equipos informáticos
Formación del personal
Publicitación del proyecto
Organización citas, días, horas....
Encuesta de satisfacción a profesionales sanitarios
Corrección de desviaciones
Extensión del proyecto a CCEE de Cirugía Plástica

INDICADORES

Existencia de Consulta Online : si/no
Nº de consultas totales online
Proporción sobre consultas totales de quemados: nº consultas online x 100/ nº consultas totales

DURACIÓN

Adecuación informática para videoconferencia online: 2-3 meses (septiembre)
Formación personal: septiembre 2017
Inicio consulta Online: septiembre/octubre 2017
Encuesta satisfacción: Diciembre 2017/Enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1440

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMÁTICA DE QUEMADOS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ALBERTO AGULLO DOMINGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONCLUS FUERTES ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 por fin se he procedido a cambiar los equipos informáticos que se habían quedado obsoletos así como el software. Con los actuales podría implementarse una consulta en tiempo real de telemedicina. No obstante el ancho de banda es insuficiente para ello además de surgir problemas legales sobre la protección de datos en la videoconferencia
Se han realizado no obstante alguna consulta por no en tiempo real sino en diferido, a través de envío de imágenes por correo electrónico (institucional) u otros medios (posibles problemas de protección de datos)
Existe una comunicación fluida entre las Unidades de Quemados que son CSUR y hay intercambio de datos y casos entre ellas. Nuevamente nos encontramos con la falta de un estándar entre Comunidades Autónomas tanto en la historia clínica electrónica como en imágenes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a los indicadores que se plantearon.
- Existencia de Consulta Online: NO
- N° consultas totales: 0
- Proporción entre consultas totales de quemados: 0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Servicio sigue muy interesado en poder contar con esta consulta, se evitarían muchos desplazamientos de pacientes (dispersión geográfica de Aragón) y el Hospital podría reducir sus índices de primeras/sucesivas Esperamos implementación de los equipos informáticos. Si tras la encuesta de satisfacción las cifras son buenas, se podría lanzar la idea a las Consultas Externas de Cirugía Plástica dentro del conjunto de Consulta Virtual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1440 ===== ***

N° de registro: 1440

Título
CONSULTA TELEMÁTICA DE QUEMADOS

Autores:
AGULLO DOMINGO ALBERTO, MONCLUS FUERTES ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Quemados incluida en el Servicio de Cirugía Plástica del HUMS es una Unidad CSUR y de referencia desde hace años. La población que cubre radica en nuestra Comunidad Autónoma y Provincias/Comunidades limítrofes. Dadas las características de dispersión geográfica de Aragón muchos pacientes deben de desplazarse muchos kilómetros para ser evaluados en esta Consulta Especializada.
La creación de esta Consulta Telemática evitaría muchos desplazamientos de muchos pacientes de fuera de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1440

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMÁTICA DE QUEMADOS

Zaragoza con el consiguiente aumento de la satisfacción del paciente y la disminución de los costes del proceso

RESULTADOS ESPERADOS

Creación de Consulta Telemática de Quemaduras

Población diana: todos aquellos pacientes de la Comunidad que han sufrido una lesión por quemadura cuyo domicilio está fuera de Zaragoza o hay una imposibilidad manifiesta de desplazamiento a la Consulta de Quemados y que precisan atención especializada

MÉTODO

Creación de la Consulta Telemática

Adecuación de equipos informáticos

Formación del personal

Publicitación del proyecto

Organización citas, días, horas.....

Encuesta de satisfacción a profesionales sanitarios

Corrección de desviaciones

Extensión del proyecto a CCEE de Cirugía Plástica

INDICADORES

Existencia de Consulta Online : si/no

Nº de consultas totales online

Proporción sobre consultas totales de quemados: nº consultas online x 100/ nº consultas totales

DURACIÓN

Adecuación informática para videoconferencia online: 2-3 meses (septiembre)

Formación personal: septiembre 2017

Inicio consulta Online: septiembre/octubre 2017

Encuesta satisfacción: Diciembre 2017/Enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0803

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE VALENTIN YUSTE BENAVENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARBONEL BERNAL ROBERTO
BERNAL MARTINEZ ALVARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó una revisión sistemática de toda la literatura referente a manejo ambulatorio y con ingreso hospitalario de los pacientes con tumores cutáneos, así como de la seguridad de los procedimientos ambulatorios.
- Con dicha revisión se confeccionó una guía preliminar del manejo de los pacientes con tumores cutáneos, que fue consensuada con los facultativos del Servicio de Cirugía Plástica.
- Tras dicho consenso, se realizó un protocolo de manejo de dichos pacientes titulado "Protocolo para la unificación de criterios en el manejo operatorio de pacientes sometidos a cirugía de neoplasias cutáneas del Servicio de Cirugía Plástica".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desarrollo e implantación de un protocolo de unificación de criterios en el manejo de los pacientes intervenidos por neoplasias dermatológicas, que pretende aumentar la proporción de pacientes intervenidos de forma ambulatoria y descargar las listas de espera del Servicio de Cirugía Plástica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración inicial evidencia la existencia previa de un consumo de recursos en pacientes hospitalizados que podían haber sido intervenidos de forma ambulatoria. Ha existido un consenso intraservicio en la indicación de intervenir a la mayoría de dichos pacientes de forma ambulatoria.
Sin embargo, resulta necesaria la evaluación del impacto del protocolo desarrollado mediante el indicador propuesto en este proyecto durante un periodo de 6 meses a 1 año.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto se va a continuar durante el año 2019 de cara a valorar el impacto sobre la indicación de cirugía ambulatoria o con ingreso durante un periodo de un año completo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/803 ===== ***

Nº de registro: 0803

Título
UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS

Autores:
YUSTE BENAVENTE VALENTIN, AGULLO DOMINGO ALBERTO, CARBONELL BERNAL ROBERTO, BERNAL MARTINEZ ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía dermatológica supone un enorme volumen de la patología intervenida por el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Miguel Servet, generando una carga asistencial considerable.

Si bien es cierto que existen muchos factores que pueden intervenir en el tipo de intervención y las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0803

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS

condiciones en que se debe realizar, una gran proporción de estas intervenciones se puede realizar de forma ambulatoria o en sala blanca. Sin embargo y en último término, la decisión del proceso que seguirá el paciente para ser intervenido dependerá del facultativo que realice la valoración. Esto supone en muchas ocasiones que pacientes con las mismas características puedan ser intervenidos de forma ambulatoria o causando ingreso hospitalario.

Por lo previamente expuesto, consideramos que existe un campo de mejora en la unificación de criterios intraservicio, de cara a detectar aquellos pacientes que pueden ser intervenidos con un menor consumo de recursos. Esto no solo supondrá un menor gasto, si no que además permitirá agilizar las listas de espera de aquellos procesos que deban ser intervenidos causando ingreso.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar el criterio en cirugía dermatológica por parte del Servicio de Cirugía Plástica.
- Disminuir la variabilidad clínica.
- Disminución en el número de pacientes intervenidos por cirugía dermatológica causando ingreso.
- Aumentar la seguridad de aquellos pacientes con comorbilidades que van a ser sometidos a una intervención ambulatoria.

MÉTODO

- Realizar una revisión sistemática de toda la bibliografía indexada referente a la indicación y seguridad de los procedimientos de cirugía dermatológica en sala blanca y ambulatorios en cirugía plástica.
- A partir de la revisión sistemática, se creará una guía preliminar que será consensuada con el Servicio de Cirugía Plástica.
- Una vez consensuada, se creará un protocolo de unificación de criterios en cirugía dermatológica del Servicio de Cirugía Plástica.
- Creación de un proceso para la valoración de pacientes con comorbilidades susceptibles de ser intervenidos en sala blanca.

INDICADORES

- Publicación de un protocolo de unificación de criterios en cirugía dermatológica.
- Presentación del protocolo al Servicio de Cirugía Plástica y al Servicio de Anestesia y Reanimación mediante sesión clínica.
- Indicador de cirugía con ingreso evitables <15%.

* Indicador de cirugía con ingreso evitables= Número de intervenciones con ingreso para cirugía dermatológica potencialmente evitables x 100/ Número de intervenciones con ingreso para cirugía dermatológica totales.

DURACIÓN

- Creación de protocolo de unificación de criterios en Cirugía Plástica antes de Noviembre de 2017.
- Presentación del protocolo en los Servicios implicados durante el mes siguiente a su publicación.
- Revisión de la lista de espera quirúrgica para proceso dermatológico generada 6 meses tras la publicación del protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1224

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA CONSULTA QUIRÚRGICA DE ALTA RESOLUCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ALBERTO AGULLO DOMINGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMEZ-ESCOLAR LARRAÑAGA LUCIA
BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS
RODRIGUEZ MARQUEZ GUILLERMO
MIGUEL CORRALES PILAR
PERALES ENGUITA ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo de este Acuerdo de Gestión era mejorar los resultados anteriores con la optimización de los filtros de pacientes derivados, facilitando el cribado y mejora de outputs tanto para los ratios de consulta como de satisfacción del paciente. Además se pretendía contribuir al control de las Listas de Espera Quirúrgica (mejora del índice entradas/salidas) así como el índice de consultas primeras/sucesivas

Actividades realizadas

Hemos considerado que este proyecto tiene que continuar como Acuerdo de Gestión otro año más puesto que se han analizado más pacientes de los que inicialmente se quería y se ha pensado en intentar unificar el documento de derivación con los ítems requeridos, incluso pensar en hacerlo todo visa telemática como parte de la Historia Clínica Electrónica.

1º Agrupar y estudiar la actividad 2016-2018 analizando los resultados

Se ha procedido al estudio y análisis de los pacientes intervenidos entre mayo de 2016 a abril del año 2019 lo que supone 3 años de Alta Resolución que creemos significativos para su análisis. Nos basamos en el artículo ya comentado (Cir. plást. iberolatinoam.-Vol. 44 - No 3, págs 335-338, 2018)

2º Actuación sobre cada fase del proceso:

Una vez estudiados los resultados se ha procedido a analizar las fases del proyecto

- Derivación pacientes por Dermatología : elaborar documento tipo para envío del paciente por dermatología que posea los ítems básicos e imprescindibles para la inclusión en el circuito. Pendiente de realizar en la continuación del proyecto este año 2020, pues se quieren introducir ítems nuevos, adaptar el documento a uno general de derivación a nuestro Servicio

- Filtro de pacientes: rediseñar condiciones de inclusión: edad, tipo patología, toma de anticoagulantes/antiagregantes, domicilio paciente, situación social. Realizado como parte de los resultados.

- Consulta/cirugía: optimizar programación quirúrgica evitando suspensiones, estudiar ampliación de sesiones. Se realizará cuando se analicen todos los resultados quirúrgicas

- Derivación a Dermatología: creación documento tipo estandarizado. Pendiente para la continuación del proyecto 2020

- Control biopsias por si paciente o patología fuera subsidiaria de tratamiento en el Servicio o derivación a otro que no fuera Dermatología. Realizado

3º Creación/mantenimiento de Base de Datos del proceso

Proyecto 2020 cuando se establezcan los ítems definitivos

4º Evaluación de resultados de nueva propuesta

Como actividad final cuando se modifiquen los ítems se procederá a su comparación con más enfermos intervenidos bajo las nuevas propuestas. Pendiente de Acuerdos del 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Del análisis de los resultados de los tres años (2016-2018) y comparándolos con los que ya se habían cosechado el año anterior, se deduce los siguientes aspectos:

- Número total de pacientes seleccionados para las Consultas de Alta Resolución. 1386

- Pacientes que han sido intervenidos 1195. Esto supone un 86% de los seleccionados, lo que mejora los resultados del estudio. Aún así queda un 14% de pacientes "mal seleccionados" o filtrados en los que hay que incidir para minimizarlos en lo máximo.

- De los 1195 pacientes intervenidos 251 han sido recitados o derivados a otras Consultas por varias razones, desde que la AP mostraba exéresis incompleta hasta resultados AP que exigían otro tipo de actuaciones. Supone un 21% del total de intervenidos. Estos pacientes se "salen" del circuito puro de Alta Resolución pero hay que contar con que esta cifra será difícilmente rebajada.

- Pacientes suspendidos, es decir seleccionados previamente para Alta Resolución que posteriormente no se han intervenido: 191 (13,7% de los pacientes). Razones principales y corregibles:

o 99 pacientes cuya lesión no era subsidiaria de tratamiento con Anestesia local (fundamentalmente por el tamaño) 7,1 % de los seleccionados

o 28 reprogramados con otro día con anestesia local (2%) debido probablemente por mal filtro o información errónea de la anticoagulación/antiagregación previa

o El resto de pacientes son en su mayoría falta de asistencia por parte del paciente o suspensión de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1224

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA CONSULTA QUIRÚRGICA DE ALTA RESOLUCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

sesión quirúrgica por parte de la organización. Suponen un 4,6 %.

Respecto a los indicadores propuestos, tenemos:

- Índice de beneficiados de la consulta de alta resolución. (a/b)x100:
a= pacientes citados a la consulta de alta resolución
b= pacientes con criterios para ser atendidos en la consulta de alta resolución
Objetivo >90%

No se ha realizado, porque creemos que pierde su valor al ser muy subjetivo

- Índice de aprovechamiento de la consulta de alta resolución (a/b)x100:
a= pacientes intervenidos en sala blanca el mismo día tras ser valorados en la consulta de alta resolución
b= pacientes seleccionados para la consulta de alta resolución
Objetivo >70%

Índice obtenido : 86%

- Consultas sucesivas tras la consulta/cirugía de alta resolución. (a/b):
a= no total de consultas sucesivas
b= no de pacientes intervenidos en la consulta de alta resolución
Objetivo <1,25

Índice obtenido: se ha conseguido rebajar el índice de 1,25 propuesto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Del análisis de los resultados e índices obtenidos creemos que este proyecto debe de continuar este año 2020 para poder terminar lo previsto e incluso añadir nuevos aspectos que han podido quedarse en el tintero.

La selección de pacientes debe implementarse de otra manera que asegure que la práctica totalidad de los pacientes se pueda intervenir y a ese 14% que no se interviene por varias razones se minimice en lo posible.

Los criterios de selección han cambiado: no sólo se intervienen pacientes de fuera de Zaragoza sino hay que incluir criterios de edad o motivos laborales (poblaciones diana). Ha aumentado mucho la media de los pacientes intervenidos, hecho que coincide con el envejecimiento de la población, que además es más propensa a este tipo de lesiones

Se ha disminuido mucho las suspensiones quirúrgicas por causa de la organización (contando también con la variabilidad de la práctica clínica de los cirujanos)

Se puede añadir al programa aspectos como la derivación de estos pacientes de manera telemática. Ya se practica la TeleDermatología y nosotros podemos tener un hueco en ese sentido.

El documento para remitir a los pacientes debe ser consensado con los Dermatólogos dejando bien claros los criterios de remisión o derivación. También pensamos que este documento se puede incluir en un formato común a nuestra Especialidad.

De cualquier manera son 1195 pacientes que aunque pasaron por las Listas de Demanda Quirúrgica lo fueron brevemente contribuyendo a disminuir los ratios y medias. Por parte de los pacientes, gran satisfacción de evaluarlos e intervenirlos el mismo día.

Mejora de las Consultas Externas: disminución evidente del índice primeras/sucesivas, contribuyendo a su mejor gestión y disminución de citaciones.

7. OBSERVACIONES.

Proponemos la continuación de este Proyecto en 2020 dentro de los Acuerdos de Gestión, al que añadiremos aspectos que hemos considerado interesantes o útiles a posteriori

Serán plasmados en el documento que se enviará como tal en su momento

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1224 ===== ***

Nº de registro: 1224

Título
OPTIMIZACION DE LA CONSULTA QUIRURGICA DE ALTA RESOLUCION DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

Autores:
AGULLO DOMINGO ALBERTO, GOMEZ-ESCOLAR LARRAÑAGA LUCIA, BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS, RODRIGUEZ MARQUEZ GUILLERMO, MIGUEL CORRALES PILAR, PERALES ENGUITA ALBA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1224

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA CONSULTA QUIRÚRGICA DE ALTA RESOLUCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el año 2015 viene funcionando la Consulta de Alta Resolución en la que se revisan y se intervienen en mismo día de la citación pacientes derivados a Cirugía Plástica principalmente oncológicos y que fue motivo de un proyecto de mejora de Calidad del año 2015. Esta Consulta ha demostrado su utilidad tanto para el Hospital (disminución de consultas y mejora índice primeras/sucesivas), como para los pacientes (mínimos desplazamientos, resolución del problema) Posteriormente han ido surgiendo necesidades de corrección del proyecto original para un buen y mejor funcionamiento y aprovechamiento de la Consulta, como el incluir otros procesos preferentes, cirugía de mano con anestesia local y, centrándolo en los pacientes, ampliar la oferta no sólo a los residentes de fuera de Zaragoza sino a la población en general. Asimismo se pretende cambiar el modelo/documento de derivación para facilitar el cribado/selección de pacientes en el proceso Se han publicado (Cir. plást. iberolatinoam.-Vol. 44 - No 3, págs 335-338, 2018) unos resultados de una muestra de pacientes (642) de dicha Consulta correspondientes a un año (2015-2016) donde se muestran los resultados obtenidos que mejoran la eficiencia del proceso, disminuyen gastos sanitarios y aumentan la satisfacción del paciente

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar los resultados anteriores con la optimización de los filtros de pacientes derivados, facilidad de cribado y mejora de outputs tanto para los ratios de consulta como de satisfacción del paciente. Contribución al control de las Listas de Espera Quirúrgica (mejora del índice entradas/salidas) Población diana: pacientes de ambos sexos derivados por Dermatología susceptibles de ser intervenidos en el Servicio y que cumplan criterios establecidos

MÉTODO

1º Agrupar y estudiar la actividad 2016-2018 analizando los resultados
2º Actuación sobre cada fase del proceso:
- Derivación pacientes por Dermatología : elaborar documento tipo para envío del paciente por dermatología que posea los ítems básicos e imprescindibles para la inclusión en el circuito
- Filtro de pacientes: rediseñar condiciones de inclusión: edad, tipo patología, toma de anticoagulantes/antiagregantes, domicilio paciente, situación social
- Consulta/cirugía: optimizar programación quirúrgica evitando suspensiones, estudiar ampliación de sesiones quirúrgicas
- Derivación a Dermatología: creación documento tipo estandarizado
- Control biopsias por si paciente o patología fuera subsidiaria de tratamiento en el Servicio o derivación a otro que no fuera Dermatología
3º Creación/mantenimiento de Base de Datos del proceso
4º Evaluación de resultados de nueva propuesta

La Consulta de Alta Resolución que ya funciona se mantendrá en su formato actual hasta evaluar los cambios que se produzcan

INDICADORES

Se mantendrán los indicadores actuales
* Índice de beneficiados de la consulta de alta resolución
(a/b)x100:
a= pacientes citados a la consulta de alta resolución
b= pacientes con criterios para ser atendidos en la consulta de alta resolución
Objetivo>90%
* Índice de aprovechamiento de la consulta de alta resolución
(a/b)x100:
a= pacientes intervenidos en sala blanca el mismo día tras ser valorados en la consulta de alta resolución
b= pacientes seleccionados para la consulta de alta resolución
Objetivo>70%
* Consultas sucesivas tras la consulta/cirugía de alta resolución.
(a/b):
a= no total de consultas sucesivas
b= no de pacientes intervenidos en la consulta de alta resolución

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1224

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA CONSULTA QUIRÚRGICA DE ALTA RESOLUCIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

Objetivo <1,25

Se evaluarán los resultados con un mínimo de 300 pacientes, que pueden ser intervenidos en unos 6 meses aproximadamente

DURACIÓN

- Recogida de datos y evaluación de resultados 2016-2018 : mayo 2019
- Aplicación de nuevos criterios de inclusión: junio 2019
- Creación base de datos: junio 2019
- Intervención 300 pacientes: junio-diciembre 2019 (estimado)
- Evaluación resultados: enero 2019
- Creación documento derivación de/para Dermatología

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1262

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ALVARO JESUS BERNAL MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ DE LETAMENDI NIEVES
AGULLO DOMINGO ALBERTO
TURON RIOS MARIA ALICIA
SAMPIETRO DE LUIS JOSE MANUEL
PUERTAS PEÑA JAVIER
REOLA RAMIREZ ENARA
SANZ ARANDA ESTER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Del calendario previsto, no se han llevado a cabo ninguna de las actividades. Por motivos externos al proyecto de calidad, el componente del equipo en representación del servicio de Geriátrica causó baja en el hospital, y no ha sido posible coordinar desde entonces nuestras actividades con dicho servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Me remito al apartado anterior. No me es posible mostrar resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Me remito a los apartados anteriores. No me es posible elaborar conclusiones y recomendaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1262 ===== ***

Nº de registro: 1262

Título
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO

Autores:
BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS, FERNANDEZ DE LETAMENDI NIEVES, AGULLO DOMINGO ALBERTO, TURON RIOS MARIA ALICIA, SAMPIETRO DE LUIS JOSE MANUEL, PUERTAS PEÑA JAVIER, REOLA RAMIREZ ENARA, SANZ ARANDA ESTER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los tumores cutáneos de cabeza y cuello (en especial el carcinoma espinocelular cutáneo), puede ser un tumor de rápido crecimiento, que obliga a cirugías mayores, que implican resección amplia, reconstrucción y linfadenectomía. Estos tumores, cada vez con mas frecuencia, se detectan en pacientes mayores, en los que también es más frecuente la metastatización.

Con frecuencia se intervienen sin tener en cuenta la fragilidad del paciente, o no se intervienen (o se hace de manera incompleta) teniendo como único criterio la edad. Lo primero conlleva mayor riesgo de complicaciones, en ocasiones mortales, y mayor uso de recursos sin obtener mejoría en la calidad de vida del paciente. En el segundo caso, la imperancia del ageísmo implicará mayor mortalidad y morbilidad.

La toma de decisiones consensuada en base a equipos multidisciplinares es la base de la atención centrada en la persona y en la gestión por procesos asistenciales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1262

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO

Queremos proponer la elaboración de un protocolo orientado a aquellos pacientes que por su edad y/o situación cognitiva y funcional previa, le generen al Cirujano Plástico controversia en la toma de decisiones. Actualmente, de manera no sistemática se estaban derivando pacientes a la consulta externa de Geriatria, donde Geriatras formadas en valoración prequirúrgica elaboran una batería de test e índices pronósticos, que junto a una valoración geriátrica integral permiten conocer la fragilidad del paciente. Ello nos va a permitir estimar la reserva fisiológica del mismo para superar el tratamiento propuesto con resultados positivos, orientar en la toma de decisiones basado en esta valoración sobre el grado de adecuación del esfuerzo terapéutico indicado en cada paciente, seguimiento de aquellos factores de riesgo que conviene tener controlados e incluso optimizar en lo posible la situación previa a la cirugía del paciente (situación nutricional, tratamiento de anemias...) y en caso de desestimación de la cirugía orientar a la familia y elaborar informes para Atención Primaria y que puedan valorar activar a nivel ambulatorio los recursos recomendables.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un protocolo de actuación para la valoración de fragilidad por parte de Geriatria en todos los pacientes mayores de 85 años y aquellos mayores de 80 años en los que se cumplan los siguientes criterios: dependencia funcional previa, deterioro cognitivo diagnosticado o comorbilidad (presencia de 2 o más de las siguientes: insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica, diabetes, EPOC, insuficiencia renal crónica dializada o enfermedad vascular cerebral), que sean derivados al Servicio de Cirugía Plástica con tumores cutáneos avanzados, para cuyo tratamiento precisen de una cirugía mayor que un cierre primario o la reconstrucción con un colgajo local (de aquí en adelante, nos referiremos a los pacientes con estas características como "población diana").

MÉTODO

Elaboración de un grupo de trabajo formado por Cirujanos Plásticos y Geriatras.
Reuniones periódicas del grupo de trabajo (al menos trimestrales). Primera reunión para poner en común datos objetivos sobre el número y sobre todo características, de pacientes subsidiarios de esta valoración.
Consenso definitivo sobre valoración de fragilidad en estos pacientes, en base a evidencia científica de que se disponga en este tipo de cirugías.

Elaboración de un protocolo que incluya el circuito de derivación de estos pacientes para poder hacerlo lo mas precoz posible y poder gestionarlo, si es viable, en el resto de centros de la red SALUD que dispongan de Geriatria, dado que el Servicio de C. Plástica del HUMS es referencia única regional.
No se precisan a priori recurso material ni humano, al disponerse de consultas monográficas en ambos servicios.

INDICADORES

Formación de un grupo de trabajo si/no
Reuniones periódicas del grupo de trabajo (al menos trimestrales) si/no
Elaboración de protocolo si/no
Valoración de población diana y remitidos para valoración prequirúrgica de fragilidad a CCEE Geriatria: 80%.
Valoración de población diana remitidos para valoración prequirúrgica de fragilidad a CCEE Geriatria, con valoración realizada y con informe clínico detallado disponible en la HCE del paciente. 80%
Elaboración por parte de C. Plástica de informe clínico definitivo con la conclusión consensuada tras paso por comité de tumores y disponible en la HCE: 75%

DURACIÓN

Inicio mayo 2019
Junio 2019: inicio de reuniones periódicas.
Septiembre 2020: elaboración del protocolo
Octubre 2020 puesta en marcha, con inicio de registro de derivaciones/valoraciones
Mayo 2020: análisis de resultados y finalización/valoración de continuidad

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1350

1. TÍTULO

ESTRESORES EN ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA TORACICA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL POLO BERNE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASENSIO ANES MIRIAM
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA
MARTIN LANA MARTA
MONTERDE HERNANDEZ NORA
MARTIN RAMO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.-Busqueda de bibliografía. REALIZADA
- 2.- Consensuar el formulario del "The nursing stress scale" con campos secundarios (Edad, antigüedad, temporalidad...) PENDIENTE
- 3.- Reparto y contestación anónima.PENDIENTE
- 4.- Valoración de las respuestas y agrupamiento por frecuencia e importancia.PENDIENTE
- 5.- Valoración consensuada de actividades para minimizar los estresores con posibilidad de alivio.PENDIENTE
- 6.- Puesta en marcha de los mismos.
- 7.- Evaluación posterior con el mismo cuestionario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que el Grupo de Mejora con los acoplamientos de enfermería actuales Este proyecto no se ha podido continuar. estando a la espera de que se formalice uno nuevo cuando se complete el acoplamiento para reiniciar las actividades
Actividad 1:Junio-Agosto 2017 REALIZADA
Actividad 2: marzo-abrriil 2018
Actividad 3: mayo 2018
Actividad 4 y 5. junio-septiembre 2018
Actividad 6:enero-febrero 2018
Actividad 7: Octubre-Diciembre 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los componentes de ese proyecto debido al acoplamiento de enfermería que dura mas de 6 meses esán en otros Servicios, estando a la espera de que finalice dicho acoplamiento par restaurar el Grupo de Mejora y retomar el proyecto

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1350 ===== ***

Nº de registro: 1350

Título
ESTRESORES EN ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA TORACICA

Autores:
POLO BERNE RAQUEL, ASENSIO ANES MIRIAM, MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, MARTIN LANA MARTA, MONTERDE HERNANDEZ NORA, MARTIN RAMO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejoría salud laboral

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1350

1. TÍTULO

ESTRESORES EN ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA TORACICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una actividad quirúrgica más agresiva que precisa de unos cuidados de enfermería más especializados junto a la crisis económica derivada en recortes tanto en material como en personal, implica un aumento notable de la carga de trabajo y en consecuencia un estrés que inconscientemente se acaba proyectando sobre los Cuidados de Enfermería al paciente y la atención a los familiares con disminución de la calidad percibida por los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS

Emerger los estresores más frecuentes según la escala "The nursing stress" y su versión castellana validada, permitirá poder proyectar las correcciones precisas mejorando el clima de trabajo de Enfermería y en consecuencia la seguridad clínica en el paciente.

MÉTODO

- 1.- Búsqueda de bibliografía.
- 2.- Consensuar el formulario del "The nursing stress scale" con campos secundarios (Edad, antigüedad, temporalidad...)
- 3.- Reparto y contestación anónima.
- 4.- Valoración de las respuestas y agrupamiento por frecuencia e importancia.
- 5.- Valoración consensuada de actividades para minimizar los estresores con posibilidad de alivio.
- 6.- Puesta en marcha de los mismos.
- 7.- Evaluación posterior con el mismo cuestionario.

INDICADORES

Pendientes de definir

DURACIÓN

- Actividad 1: Junio-Agosto 2017
Actividad 2: Septiembre -Diciembre 2017
Actividad 3: Enero 2018
Actividad 4 y 5. Febrero-Marzo 2018
Actividad 6: Marzo-septiembre 2018
Actividad 7: Octubre-Diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1365

1. TÍTULO

VALORACION Y ANALISIS DE ESTRESORES DE INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN PLANTA QUIRURGICA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE NELIDA BLANCO MANZANO
· Profesión TCAE
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEDRO MARQUEZ JOSEFA
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA
ASENSIO ANES MIRIAM
MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Búsqueda de bibliografía. REALIZADO
- 2.- Realización de un cuestionario dirigido y con campos abiertos. REALIZADO
- 3.- Consentimiento informado que describa al paciente los objetivos de la encuesta REALIZADO
- 4.- Encuesta.PENDIENTE
- 5.- Análisis y discusión de los resultados.PENDIENTE
- 6.- Priorización de aquellos "items" más frecuente y búsqueda de soluciones.PENDIENTE
- 7.- Puesta en práctica de las mismas.PENDIENTE
- 8.- Reevaluación con el mismo o similar cuestionario en grupos de 10 pacientes en PENDIENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las tareas realizadas son parcialmente estériles por el acoplamiento del personal sanitario actualmente en curso que deshace parcialmente el grupo de mejora constituido, siendo el calendario de actividades modificado.

Actividad 1:febrero-marzo 2018
Actividad 2 y 3 :abril- mayo 2018
Actividad 4: junio-septiembre 2018
Actividad 5 y 6: octubre-diciembre 2018
Actividad 7:enero-febrero 2019
Actividad 8: Diciembre 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es realmente difícil hacer un Grupo de Mejora estable con personal de Enfermería dado las continuas fases de acoplamiento para el mismo. En el caso actual parte del trabajo realizado debe volverse a realizar cuando se reconponga el Grupo de Mejora.
La intención es que el trabajo realizado sirva además de probable publicación en revista especializada de Enfermería

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1365 ===== ***

Nº de registro: 1365

Título
VALORACION Y ANALISIS DE ESTRESORES DE INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN PLANTA QUIRURGICA

Autores:
BLANCO MANZANO NELIDA, PEDRO MARQUEZ JOSEFA, MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, ASENSIO ANES MIRIAM, MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: enfermedades del aparato respiratorio
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Intimidad y humanización hospitalaria

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1365

1. TÍTULO

VALORACION Y ANALISIS DE ESTRESORES DE INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN PLANTA QUIRURGICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Son varios (Volicer y Bohanon, Carr y Powers, etc...) los cuestionarios existentes para medir los estresores de hospitalización en el paciente. La existencia de "items" sobre la gravedad, la incertidumbre, miedo al dolor etc... minimizan la importancia de los "items" dirigidos a medir la intimidad del paciente, y normalmente éstos van orientados hacia la confidencialidad y protección de datos siendo infravalorados los aspectos provenientes del hospedaje (compartir habitación, aseo, familiares de otros pacientes...) y la autonomía del paciente (cuña, camisón, limpieza corporal, inmovilización por goteros, sondas, injerencias sin aviso del personal sanitario...), situaciones que el paciente en la mayoría de los casos acepta con resignación pero no por ello constituye una causa seria de estrés y una percepción negativa en cuanto al respeto y despersonalización en el trato hospitalario.

RESULTADOS ESPERADOS

Reflexionar, investigar y analizar las situaciones que vulneran la intimidad del paciente, principalmente las derivadas de las tareas propias de los cuidados de enfermería con la intención de realizar los cambios que fuesen posibles para su solución.

Para ello realizaremos entrevistas personales a pacientes de forma voluntaria de al menos tres días de estancia y capacidad cognitiva suficiente (30 pacientes)

Las Auxiliares de Enfermería, por la especificidad de sus tareas en cuanto a cuidados de higiene del paciente, parece ser el colectivo sanitario más próximo para realizar estas encuestas

MÉTODO

- 1.- Búsqueda de bibliografía.
- 2.- Realización de un cuestionario dirigido y con campos abiertos.
- 3.- Consentimiento informado que describa al paciente los objetivos de la encuesta
- 4.- Encuesta.
- 5.- Análisis y discusión de los resultados.
- 6.- Priorización de aquellos "items" más frecuente y búsqueda de soluciones.
- 7.- Puesta en práctica de las mismas.
- 8.- Reevaluación con el mismo o similar cuestionario en grupos de 10 pacientes en intervalos.

INDICADORES

Pendientes de definir

DURACIÓN

- Actividad 1: Junio-Agosto 2017.
- Actividad 2 y 3 :Septiembre-Diciembre 2017
- Actividad 4: Enero a Mayo 2018
- Actividad 5 y 6: Junio 2018
- Actividad 7: Junio-Noviembre 2018
- Actividad 8: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1088

1. TÍTULO

REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE PRIMITIVO MARTINEZ VALLINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La actividad en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa se ha mantenido a rendimiento completo por parte del Servicio.

La Dirección del Centro ha restado disponibilidad de quirófanos en periodos puntuales críticos, pero se han autorizado y organizado sesiones quirúrgicas de prolongación de jornada, cuando la demanda registrada en la lista de espera quirúrgica (LEQ) ha presentado una desviación del standard de demora establecido en 30 días.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La demora de intervención en pacientes incluidos en LEQ por procesos neoplásicos, en términos globales, se ha mantenido por debajo de un mes en más del 95% de casos; de acuerdo con el indicador de LEQ actualizada el último día del mes, contrastado con el cuadro de mandos de la Dirección de Gestión del Hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actual organización de la asistencia por parte del Servicio de Cirugía Torácica a la población del Sector III, coordinada con los recursos que proporciona el Hospital Clínico Universitario, y el apoyo de los disponibles en el Hospital Universitario Miguel Servet, permite una atención efectiva de la población diana.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1088 ===== ***

Nº de registro: 1088

Título
REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

Autores:
MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO, GARCIA TIRADO FRANCISCO JAVIER, SANCHEZ GARCIA FERMIN, RECUERO DIAZ JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Neoplasias
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde septiembre de 2005 el servicio de Cirugía Torácica absorbe la patología existente de dicha especialidad en el HCULB, con un proyecto novedoso en dicho momento. En vez de mantenernos como centro de referencia y trasladar toda la nuestra patología del área III al Hospital Servet, mantuvimos, en el HCULB, la infraestructura de hospitalización, consultas externas, quirófano e interconsultas de otros Servicios, desplazando 1 ó 2 cirujanos, según las circunstancias, diariamente desde el Servet al HCULB y cubriendo las urgencias de dicho Hospital con un cirujano en guardia localizada. Aunque la actividad quirúrgica se limitaba a un día semanal, se nos otorgaba la prioridad para camas de críticos y eso permitía mantener la Lista de Espera (LEQ) de dicho hospital dentro de los límites de garantía que marca el SALUD para enfermedad neoplásica maligna.

Si analizamos el cuadro de mandos del HUMS desde el 2009 observamos que nuestro rendimiento supera siempre el 70% tenemos 150 horas mas de quirófano y realizamos 100 intervenciones más debido principalmente a que en la actualidad tenemos asignado quirófano diario incluso en puentes y en los meses estivales. El número de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1088

1. TÍTULO

REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

primeras visitas en C.E. tambien han aumentado en 100 puntos y en la misma proporción la inclusión en LEQ. Consecuencia de ello hemos llegado al umbral superior de capacidad quirúrgica en el HUMS. Sin embargo en el HCULB hemos pasado de tener en los años 2009-10 un rendimiento quirúrgico de 80%, entrada en LEQ de 78/95, nº de sesiones quirúrgicas anuales de 47/48 y 90/88 intervenciones a tener en los dos últimos (2017-18) años un rendimiento del 55/65 con sólo 35/24 sesiones quirúrgicas que permitieron sólo 67/58 intervenciones, muy inferior, todo ello, a los 95/109 pacientes que entraron en LEQ estos últimos 2 años, lo que implica un total de 28/51 pacientes que se debieron trasladar al HUMS para su intervención, como consecuencia de un plan de absorción, en estos últimos años, por parte del HUMS y suprimir la actividad quirúrgica y posteriormente el resto de colaboración en el HCULB. La realidad es, que dado la imposibilidad de aumentar nuestra actividad quirúrgica en el HUMS y, principalmente, el aumento de camas de críticos, provocó un cuello de embudo y consiguientemente un aumento del tiempo en LEQ muy superior al mes de garantía para pacientes oncológicos marcados por el SALUD.

RESULTADOS ESPERADOS

Reestructuración y reactivación de los recursos quirúrgicos en Cirugía Torácica en el HCULB.
Mantener el tiempo de demora quirúrgica por debajo de 30 días en pacientes con patología oncológica.
Equidad en dicho tiempo en ambos hospitales para los pacientes oncológicos
Evitar sobrepasar los 6 meses de espera quirúrgica en los pacientes con patología no maligna.

MÉTODO

Mantener las actividades de hospitalización, C.Ex, asistencia a comité de tumores, atención continuada sin cambios.
Incrementar la actividad quirúrgica hasta los rangos pactados en la integración en 2005 consistente en un día semanal
Prioridad, dicho día, en la utilización de unidad de críticos.

INDICADORES

El último día de cada mes, se actualizara la LEQ del servicio.
Se usará como indicador de que al menos el 95% de los pacientes con patología oncológica que han entrado el mes anterior en LEQ esten intervenidos

DURACIÓN

Anual prologable mientras la Gerencia del SALUD, mantengan la unificación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1088

1. TÍTULO

REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE PRIMITIVO MARTINEZ VALLINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA TIRADO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REESTRUCTURACIÓN DE QUIRÓFANOS EN AMBOS HOSPITALES CON ACTIVIDAD DE PROLONGACIÓN DE JORNADAS CON UTILIZACIÓN DE 2 CAMAS DE CRÍTICOS EN EL POSTOPERATORIO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa CON INTENCIÓN DE ABSORBER LA DEMANDA DE DICHO HOSPITAL Y EN LO POSIBLE PARTE DEL HUMS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE EVALUA EL 1 DE UN MES EL NÚMERO PENDIENTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD NEOPLASICA POR INTERVENIR DEL PENULTIMO MES DEL MISMO. ES DECIR, EN ENERO SE EVALUA EL NUMERO DE PACIENTES DE NOVIEMBRE PENDIENTE DE OPERAR Y EL NÚMERO DE LOS MISMOS REMITIDOS PARA SU INTERVENCIÓN AL HCULB.
ENERO 2019: entrada en lista de espera: 17 neoplasicos y 8 no malignos
pendiente de nov 2018: 0
remitidos al HCULB: 2
% cumplimiento: 100%
FEBRERO 2019: entrada en lista de espera: 28 neoplasicos y 6 no malignos
pendiente de dic 2018: 0
remitidos al HCULB: 2
% cumplimiento: 100%
MARZO 2019: entrada en lista de espera: 21 neoplasicos y 2 no malignos
pendiente de ener2019: 3
remitidos al HCULB: 4
% cumplimiento: 86%
ABRIL 2019: entrada en lista de espera: 30 neoplasicos y 3 no malignos
pendiente de feb 2019: 0
remitidos al HCULB: 4
% cumplimiento: 100%
MAYO2019: entrada en lista de espera: 30 neoplasicos y 7 no malignos
pendiente de mar 2019: 0
remitidos al HCULB:5
% cumplimiento: 100%
JUNIO 2019: entrada en lista de espera: 29 neoplasicos y 9 no malignos
pendiente de abril 2019: 1
remitidos al HCULB: 3
% cumplimiento: 96%
JULIO2019: entrada en lista de espera: 35 neoplasicos y 2 no malignos
pendiente de mayo 2019: 2
remitidos al HCULB: 0
% cumplimiento: 94%
AGOSTO2019: entrada en lista de espera: 28 neoplasicos y 1 no malignos
pendiente de jun 2019: 0
remitidos al HCULB: 2
% cumplimiento: 100%
SEPTIEMBRE 2019: entrada en lista de espera: 23 neoplasicos y 14 no malignos
pendiente de julio 2019: 5
remitidos al HCULB: 0
% cumplimiento: 78%
OCTUBRE 2019: entrada en lista de espera: 32 neoplasicos y 6 no malignos
pendiente de agos 2019: 0
remitidos al HCULB: 2
% cumplimiento: 100%
NOVIEMBRE 2019: entrada en lista de espera: 21 neoplasicos y 8 no malignos
pendiente de sep 2019: 0
remitidos al HCULB: 0
% cumplimiento: 100%
DICIEMBRE 2019: entrada en lista de espera: 17 neoplasicos y 4 no malignos
pendiente de oct 2019: 0
remitidos al HCULB: 0
% cumplimiento: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de prolongaciones de jornadas en el HCULB, con la posibilidad de utilizar 2 camas de UCI nos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1088

1. TÍTULO

REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

permitted poder llevar al día las intervenciones mayores neoplásicas de ambos hospitales. Recordemos que en el HUMS sólo tenemos concedido una cama REA por día. No obstante el esfuerzo por los miembros del servicio fue desigual al negarse, con derecho a ello, parte de sus miembros a realizar dichas prolongaciones programadas. Sólo el aumento de quirófanos en cualquiera de los dos hospitales y el aumento de plantilla en un adjunto más podría resolver el problema.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1088 ===== ***

Nº de registro: 1088

Título
REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

Autores:
MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO, GARCIA TIRADO FRANCISCO JAVIER, SANCHEZ GARCIA FERMIN, RECUERO DIAZ JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Neoplasias
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde septiembre de 2005 el servicio de Cirugía Torácica absorbe la patología existente de dicha especialidad en el HCULB, con un proyecto novedoso en dicho momento. En vez de mantenernos como centro de referencia y trasladar toda la nuestra patología del área III al Hospital Servet, mantuvimos, en el HCULB, la infraestructura de hospitalización, consultas externas, quirófano e interconsultas de otros Servicios, desplazando 1 ó 2 cirujanos, según las circunstancias, diariamente desde el Servet al HCULB y cubriendo las urgencias de dicho Hospital con un cirujano en guardia localizada. Aunque la actividad quirúrgica se limitaba a un día semanal, se nos otorgaba la prioridad para camas de críticos y eso permitía mantener la Lista de Espera (LEQ) de dicho hospital dentro de los límites de garantía que marca el SALUD para enfermedad neoplásica maligna. Si analizamos el cuadro de mandos del HUMS desde el 2009 observamos que nuestro rendimiento supera siempre el 70% tenemos 150 horas mas de quirófano y realizamos 100 intervenciones más debido principalmente a que en la actualidad tenemos asignado quirofano diario incluso en puentes y en los meses estivales. El número de primeras visitas en C.E. también han aumentado en 100 puntos y en la misma proporción la inclusión en LEQ. Consecuencia de ello hemos llegado al umbral superior de capacidad quirúrgica en el HUMS. Sin embargo en el HCULB hemos pasado de tener en los años 2009-10 un rendimiento quirúrgico de 80%, entrada en LEQ de 78/95, nº de sesiones quirúrgicas anuales de 47/48 y 90/88 intervenciones a tener en los dos últimos (2017-18) años un rendimiento del 55/65 con sólo 35/24 sesiones quirúrgicas que permitieron sólo 67/58 intervenciones, muy inferior, todo ello, a los 95/109 pacientes que entraron en LEQ estos últimos 2 años, lo que implica un total de 28/51 pacientes que se debieron trasladar al HUMS para su intervención, como consecuencia de un plan de absorción, en estos últimos años, por parte del HUMS y suprimir la actividad quirúrgica y posteriormente el resto de colaboración en el HCULB. La realidad es, que dado la imposibilidad de aumentar nuestra actividad quirúrgica en el HUMS y, principalmente, el aumento de camas de críticos, provocó un cuello de embudo y consiguientemente un aumento del tiempo en LEQ muy superior al mes de garantía para pacientes oncológicos marcados por el SALUD.

RESULTADOS ESPERADOS

Reestructuración y reactivación de los recursos quirúrgicos en Cirugía Torácica en el HCULB.
Mantener el tiempo de demora quirúrgica por debajo de 30 días en pacientes con patología oncológica.
Equidad en dicho tiempo en ambos hospitales para los pacientes oncológicos
Evitar sobrepasar los 6 meses de espera quirúrgica en los pacientes con patología no maligna.

MÉTODO

Mantener las actividades de hospitalización, C.Ex, asistencia a comité de tumores, atención continuada sin

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1088

1. TÍTULO

REACTIVACION DE LOS RECURSOS EN EL HOSPITAL CLINICO DEL SERVICIO UNIFICADO DE CIRUGIA TORACICA

cambios.
Incrementar la actividad quirúrgica hasta los rangos pactados en la integración en 2005 consistente en un día semanal
Prioridad, dicho día, en la utilización de unidad de criticos.

INDICADORES

El último día de cada mes, se actualizara la LEQ del servicio.
Se usará como indicador de que al menos el 95% de los pacientes con patología oncológica que han entrado el mes anterior en LEQ esten intervenidos

DURACIÓN

Anual prorrogable mientras la Gerencia del SALUD, mantengan la unificación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1480

1. TÍTULO

CONTROL DE LA INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN EL S. DE C. TORACICA DEL H.U.MIGUEL SERVET: CONTRIBUCION AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS HOSPITALARIO (PROA)

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER GARCIA TIRADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO
SANCHEZ GARCIA FERMIN
LORA IBARRA ANDREA
MUÑOZ GONZALEZ NADIA
AVILES PARRA JUAN DIEGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Protocolo de registro de infecciones: realizado, fue puesto en conocimiento del grupo de calidad; no obstante, el grupo de calidad se encontraba inactivo desde hace unos meses, y tras la reciente designación en el servicio del nuevo jefe de servicio va a ser remodelado de forma inminente.
2.- Los casos de IRAS-PROA han sido recogidos en su totalidad por participantes en el proyecto, y contrastados los datos con los que obran en poder de los servicios de Microbiología y Preventiva.
3.- Hemos participado en dos sesiones de IRAS-PROA organizadas en el hospital, con control de asistencia pero sin emisión de certificación.
4.- El 21-enero-2020 se efectuó la sesión del servicio prevista inicialmente para noviembre-2019, demorada por la coyuntura expuesta del proceso de adjudicación de jefatura de servicio. La segunda sesión estaba prevista para abril-2020, y así será realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el servicio se ha introducido una cultura de control de las infecciones nosocomiales, en sintonía con los principios del PROA y la iniciativa IRAS-PROA. La elaboración del registro y la recogida de los casos detectados nos ha permitido identificar la tasa de infección nosocomial en los pacientes sometidos a intervención quirúrgica: 2,5%, ajustada al standard del estudio EPINE. Se ha efectuado una sesión clínica en el servicio relativa a las IRAS, con participación del 80% de los miembros del servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El conocimiento y análisis de la IRAS detectadas en el servicio, confrontado con los datos de cumplimiento correcto de la profilaxis antibiótica perioperatoria proporcionados por el servicio de M. Preventiva, nos ha permitido revisar nuestra pauta de profilaxis antibiótica; próximamente se va a presentar a la Comisión de Infecciones una propuesta de modificación de la pauta, más acorde con los principios PROA. De forma más genérica, un mayor acercamiento al programa PROA ha servido para actualizar y reforzar el conocimiento sobre el uso de antibióticos de los miembros del servicio.

7. OBSERVACIONES.

Tras la reciente consolidación de la jefatura de servicio, y el consiguiente respaldo al presente proyecto, su continuidad y potenciación están aseguradas.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1480 ===== ***

Nº de registro: 1480

Título
CONTROL DE LA INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN EL S. DE C. TORACICA DEL H.U.MIGUEL SERVET: CONTRIBUCION AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS HOSPITALARIO (PROA)

Autores:
GARCIA TIRADO FRANCISCO JAVIER, MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO, SANCHEZ GARCIA FERMIN, LORA IBARRA ANDREA, MUÑOZ GONZALEZ NADIA, AVILES PARRA JUAN DIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1480

1. TÍTULO

CONTROL DE LA INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN EL S. DE C. TORACICA DEL H.U.MIGUEL SERVET: CONTRIBUCION AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS HOSPITALARIO (PROA)

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA) hospitalario traduce el esfuerzo mantenido de la institución sanitaria (a través de su Comisión de Infecciones) por optimizar el uso de antimicrobianos en pacientes hospitalizados. La finalidad primordial del Programa es:

- 1.- mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones.
- 2.- minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos (incluyendo la aparición y diseminación de resistencias, que han conducido a la situación crítica microbiológica que padecemos actualmente).
- 3.- garantizar la utilización de tratamientos coste-eficaces.

Para hacer frente a esta problemática se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos. A nivel autonómico, el Departamento de Sanidad ha puesto en marcha el programa IRASPROA (Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).

Por otra parte, las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) continúan siendo un importante problema de salud, a pesar de los progresos realizados a nivel asistencial y en salud pública. Son causa de elevada morbimortalidad, provocan un aumento de las estancias hospitalarias, son causa importante de reingreso, y suponen un gran coste tanto para el propio paciente como para el sistema sanitario, dado el incremento del consumo de recursos sanitarios que conllevan; su prevención y control es absolutamente coste-eficiente. Datos del European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en el estudio de prevalencia de las IRAS y consumo de antibióticos (ECDC-PPS 2011-2012) realizado en 30 países europeos, incluida España, revelan que el 6,0% de los pacientes hospitalizados adquieren al menos una IRAS; de estas, el 19,6% fueron infecciones de localización quirúrgica (ILQ), las segundas más frecuentes, tras las infecciones respiratorias (23,5%). En España, el estudio EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España) 2016 estimó que el 7,92% de los pacientes hospitalizados presentaron alguna IRAS, siendo las ILQ las más frecuentes (25,66% de las IN). Por tanto, dentro de las IRAS, las ILQ son un importante problema que limitan los potenciales beneficios de las intervenciones quirúrgicas.

En el S. de Cirugía Torácica se realizan anualmente casi 500 intervenciones; más de la mitad de éstas son cirugías de carácter limpia-contaminada, con indicación de profilaxis antimicrobiana; en muchos casos de cirugía limpia, la edad avanzada del paciente y/o la inmunodepresión que presentan de base por sus características clínicas, condicionan la necesidad de realizar la mencionada profilaxis. A pesar de que dicha profilaxis se realiza de acuerdo con el protocolo de profilaxis preoperatoria elaborado por la Comisión de Infecciones, la incidencia de IRAS se sitúa en torno al 2%.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un mapa de infecciones del Servicio, mediante la identificación de las IRAS (con especial atención a las ILQ) y los patógenos microbiológicos implicados.
Supervisión interna de la adecuación de la profilaxis antibiótica preoperatoria.
Interlocución directa con los miembros del PROA implicados, en los casos de IRAS-ILQ detectados.

MÉTODO

Elaboración del registro de IRAS-ILQ, en colaboración con el Grupo de Mejora de la Calidad Asistencial del Servicio.
Participación del responsable PROA del servicio actividades e iniciativas promovidas desde la estrategia hospitalaria y autonómica.
Realizar al menos 2 sesiones al año relacionadas especialmente las ILQ, y el manejo de antibióticos.

INDICADORES

Elaboración del protocolo de registro: SI; verificable por el responsable del Grupo de Mejora de la Calidad Asistencial, a través de su memoria para la Unidad de Calidad Asistencial hospitalaria.
Recogida de los datos de las IRAS-ILQ detectadas: registro > 95% casos; evaluación mediante áudit mensual empleando cortes de prevalencia, a realizar por los participantes en el proyecto; dicho áudit se entregará al grupo de calidad para la inclusión en su memoria.
Participación del responsable PROA en actividades e iniciativas relacionadas: Presentación de certificados de asistencia o participación.
Realización de sesiones semestrales: Inclusión de las sesiones en el programa de sesiones formativas del servicio, una semestral, con participación de al menos el 50% del personal facultativo en cada sesión.

DURACIÓN

Anual, renovable de acuerdo mutuo con Dirección Médica-Subdirección del Área Quirúrgica.
Elaboración del protocolo de registro: presentación al servicio y al grupo de calidad antes del 30-junio-2019.
Sesiones formativas: a programar de acuerdo con el Tutor de Residentes, responsable de la programación de sesiones formativas, una en cada semestre natural del año en curso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1480

1. TÍTULO

CONTROL DE LA INFECCION RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN EL S. DE C. TORACICA DEL H.U.MIGUEL SERVET; CONTRIBUCION AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS HOSPITALARIO (PROA)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1047

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION DOCENTE DE LAS UDD DEL HUMS EN LA WEB DEL SECTOR II-DOCENCIA POSTGRADO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ISABEL BARCELONA TRIVEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. COMISION DE DOCENCIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO ESCRIBANO MERCEDES
TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA
GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA
SOLANO BERNAD VICTOR
PABLO CEREZUELA FRANCISCO
MONREAL HIJAR ANTONIO
DOMINGUEZ CAJAL MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se estableció el grupo de trabajo que realizó el diseño con el que poder difundir la información docente. De forma continua se contó con la dinamización por parte de la secretaria de la comisión de docencia y del jefe de estudios, con el apoyo de la MIR en rotación
-Se va actualizando de forma continua el contenido web del Sector II en el apartado de Comisión Docencia HUMS.
-Se han incorporado a la web los itinerarios formativos de 35/36 UDD.
-Se ha incorporado a la web la información y modo de contacto del Jefe de Servicio y Tutor/es de todas las UDD
- Se han incorporado a la web las memorias del año 2017 de 34/36 UDD

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de reuniones del grupo de trabajo realizadas en 12 meses: 7
- Reestructuración del contenido web del Sector II - Docencia Postgrado: Sí
- N° itinerarios formativos incorporados a la web/ N° unidades docentes: 35/36 = 97%
- N° de unidades docentes con información de contacto del Jefe de Servicio y Tutor/ N° unidades docentes: 36/36 = 100%
- N° de memorias docentes aportadas/ N° unidades docentes: 34/36 = 94%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha logrado disponer de un espacio en la web del sector que permite proyectar una imagen totalmente real de la actividad docente del hospital. El itinerario-guía permite conocer la planificación de las actividades docentes y la memoria el grado de consecución de las mismas.
- Por otra parte dado que el objetivo es permitir el contacto de futuros aspirantes a realizar la especialidad en nuestro hospital y/o realizar una rotación por alguna de nuestras UDD, la actualización de los datos de contacto es fundamental.
- Es necesario mantener estas actividades de forma permanente, teniendo la estructura y los recursos humanos necesarios que permitan el acceso y conocimiento para la gestión de la aplicación o programa que soporta la web.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1047 ===== ***

N° de registro: 1047

Título
CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION DOCENTE DE LAS UDD DEL HUMS EN LA WEB DEL SECTOR II. DOCENCIA POSTGRADO

Autores:
BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL, MORENO ESCRIBANO MERCEDES, TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA, GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA, SOLANO BERNAD VICTOR, PABLO CEREZUELA FRANCISCO, MONREAL HIJAR ANTONIO, DOMINGUEZ CAJAL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1047

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION DOCENTE DE LAS UDD DEL HUMS EN LA WEB DEL SECTOR II-DOCENCIA POSTGRADO

Otro Tipo Patología: Residentes actuales y futuros interesados en realizar la estancia formativa de la especialidad médica, así como facultativos de las distintas UDD

Línea Estratégica : Eficiencia

Tipo de Objetivos : Otros

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Partiendo de las diversas peticiones de información docente por parte tanto de residentes actuales y futuros como de facultativos (colaboradores docentes y tutores), se detecta un área de mejora en la sección de la Comisión de Docencia del HUMS en la web del Sector II. La actualización, ampliación y reestructuración de la información docente en la web puede dar respuesta a la demanda de información solicitada reduciendo el número de peticiones y aumentando la difusión y el acceso a la información docente de las distintas unidades.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es optimizar la difusión de la información de las unidades docentes del HUMS en la web del sector II - Docencia Postgrado. Se espera conseguir que los futuros residentes puedan estar en contacto con los tutores de las distintas especialidades, pudiendo acceder así a una información más directa y fiable de las actividades que se llevan a cabo en cada servicio, así como del itinerario formativo de cada especialidad. Con la difusión de esta información se pretende acercar al futuro residente a la práctica habitual y a la docencia que oferta nuestro centro sanitario.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo para trabajar el diseño con el que poder difundir la información docente.
- Reestructuración del contenido web del Sector II en el apartado de Comisión Docencia HUMS.
- Incorporación a la web de los itinerarios formativos de todas las UDD.
- Incorporación en la web de información y modo de contacto del Jefe de Servicio y Tutor/es de cada unidad docente.
- Incorporación de las memorias docentes aportadas por las distintas UDD.

INDICADORES

- Nº de reuniones del grupo de trabajo realizadas en 12 meses: 6
- Reestructuración del contenido web del Sector II - Docencia Postgrado: Sí
- Nº itinerarios formativos incorporados a la web/ Nª unidades docentes: > 90%
- Nº de unidades docentes con información de contacto del Jefe de Servicio y Tutor/ Nª unidades docentes: > 90%
- Nº de memorias docentes aportadas/ Nª unidades docentes: >90%.

DURACIÓN

Fecha de inicio: Junio 2018: reunión de trabajo inicial

Julio- Septiembre 2018: reestructuración contenido de Comisión Docencia HUMS en la web Sector II

Octubre-Diciembre 2018: incorporación de itinerarios formativos, contactos de Jefe de Servicio/Tutor y memorias de las unidades docentes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1507

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA DOCUMENTACIÓN UTILIZADA EN LA EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA DUASO LONGAS
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. COMISION DE DOCENCIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEL CURA BILBAO ALICIA
MORENO ESCRIBANO MERCEDES
BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL
DOMINGUEZ CAJAL MERCEDES
PABLO CEREZUELA FRANCISCO
SANCHEZ GARCIA DOLORES MERCEDES
SOLANO BERNAD VICTOR MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1) Se ha elaborado nueva documentación de acuerdo a las directrices del Ministerio:
o Informe de rotación MIR F_01_CD
o Informe de evaluación anual del tutor F_02_CD
o Acta evaluación anual F_21_CD
o Acta evaluación final F_29_CD
o Informe evaluación recuperación F_34_CD
o Evaluación recuperación global anual F_33_CD
2) Se ha aprobado la documentación previa en la Comisión de Docencia del HUMS
3) Se habían realizado sesiones informativas a los tutores durante los meses de septiembre y octubre de 2018 (14). Asimismo, las nuevas directrices se incorporan en las presentaciones de los cursos para tutores noveles que se realizan semestralmente
4) Evaluar la cobertura de la utilización de la nueva documentación:
En la evaluación de Abril-Mayo de 2019 se requirió la utilización del nuevo modelo de informe anual del tutor y se utilizaron actas de acuerdo con el nuevo modelo propuesto.
La parte más complicada de este proceso era la implantación de un nuevo modelo de evaluación de rotaciones, por el volumen y variabilidad en su manejo. Para la revisión de la utilización de los nuevos modelos de evaluación de rotaciones se diseñó un audit, seleccionando a un residente por UD y solicitando a su tutor que el día 29 de noviembre de 2019 aportara la documentación en la Comisión de Docencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados del audit y de la comprobación de la documentación en Abril-Mayo de 2019 se presentan junto con el resto de indicadores propuestos:

1) Elaboración de la nueva documentación de acuerdo a las directrices del Ministerio: Sí.
2) Actividades de difusión de la nueva documentación a tutores de las UDD realizadas (Nº de actividades de difusión realizadas):
- 14 en talleres específicos entre septiembre-octubre de 2018
- 4 talleres de formación de tutores el 14 y 26 de marzo y el 19 y 21 de noviembre
3) Nº de Unidades Docentes (UDD) que utilizan el Informe de rotación MIR F_01_CD y el Informe de evaluación anual del tutor F_02_CD (Nº de UDD que utilizan el Informe de rotación MIR F_01_CD y el Informe de evaluación anual del tutor F_02_CD / Nº total de UDD x 100). Estándar 80%. Resultado: 33/36=91,5%
4) Nº de UDD que utilizan los nuevos modelos de Acta evaluación final F_29_CD y Acta evaluación anual F_21_CD en los Comités de evaluación (Nº de UDD que utilizan los nuevos modelos de Acta evaluación final F_29_CD y Acta evaluación anual F_21_CD en los Comités de evaluación/Nº total de UDD x 100). Estándar 95%. Resultado: 36/36=100%
5) Nº de UDD que utilizan los nuevos modelos de documentación en los Comités de evaluación para evaluaciones negativas recuperables (Nº de UDD que utilizan los nuevos modelos de documentación en los Comités de evaluación de evaluaciones negativas recuperables/ Nº total de UDD que tienen evaluaciones negativas recuperables x 100). Estándar 80%. Resultado: 1/1=100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Existen algunas Unidades Docentes (5,56%) que no disponen de informes de evaluación en todas las rotaciones, lo que puede considerarse un incumplimiento grave de la normativa. Todas las rotaciones de los residentes deben ser evaluadas. Dentro de cada Unidad Docente, los itinerarios-guía y planes individuales especifican las rotaciones, y cada una debe finalizar con un informe de evaluación de los objetivos docentes.
- Un 3% de las Unidades Docentes utilizan modelos de evaluación obsoletos, que no se corresponden a los oficiales del Ministerio. En Junio de 2018 entraba en vigor el nuevo modelo especificado por el Ministerio, cuya principal novedad era la inclusión de objetivos específicos en cada rotación. En Septiembre de 2018 se impartieron

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1507

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA DOCUMENTACIÓN UTILIZADA EN LA EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES

numerosos talleres a los tutores para explicar todos los cambios y que pudieran comenzar a elaborar y utilizar los nuevos documentos que la Comisión de Docencia implantó. A día de hoy es imprescindible su utilización y es necesario que comiencen a utilizar los modelos correctos con objetivos específicos.

- Un 56% utilizan los nuevos modelos de evaluación, pero no han especificado los objetivos concretos de cada rotación (utilizan el modelo "genérico" propuesto por la Comisión). Deben continuar modificando el modelo "genérico", incluyendo objetivos específicos.

- Un 36% utilizan los nuevos modelos y los han adaptado, incluyendo los objetivos específicos de rotación, completamente adecuados a las exigencias de la nueva normativa requerida por el ministerio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1507 ===== ***

Nº de registro: 1507

Título
ANALISIS DE LA IMPLANTACION DE LA NUEVA DOCUMENTACION UTILIZADA EN LA EVALUACION DE LOS RESIDENTES

Autores:
DUASO LONGAS ELENA, DEL CURA BILBAO ALICIA, MORENO ESCRIBANO MERCEDES, BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL, DOMINGUEZ CAJAL MARIA MERCEDES, PABLO CEREZUELA FRANCISCO, SANCHEZ GARCIA DOLORES MERCEDES, SOLANO BERNAD VICTOR MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A raíz de la nueva documentación de evaluación de personal en formación especializada aprobada por el Ministerio de Sanidad (Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se aprueban las directrices básicas que deben contener los documentos acreditativos de las evaluaciones de los especialistas en formación. BOE 95/2018) se hace necesaria la evaluación de su cumplimentación. Esta nueva normativa recoge importantes modificaciones, otorgando más peso a la evaluación del tutor y modificando el sistema de evaluación de los períodos de recuperación. Dado que es una normativa nacional, es obligatorio actualizar nuestra documentación, adaptando las nuevas directrices y utilizándola en los residentes que superaron la evaluación del año 2018.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implantar los nuevos modelos de Informe de rotación MIR F_01_CD e Informe de evaluación anual del tutor F_02_CD y monitorizar su uso en el año lectivo 2019-2020
- Implantar los nuevos modelos de Acta evaluación final F_29_CD y Acta evaluación anual F_21_CD en la constitución de los Comités de evaluación de las Unidades Docentes durante los meses de Abril y Mayo de 2019.
- Implantar los nuevos modelos de documentación en la evaluación y constitución de los Comités de evaluación de los períodos de recuperación en evaluaciones negativas recuperables.

MÉTODO
- Elaborar nueva documentación de acuerdo a las directrices del Ministerio
- Aprobación de la documentación en la Comisión de Docencia del HUMS
- Difusión de la nueva documentación a las Unidades Docentes mediante sesiones informativas a los tutores
- Evaluar la cobertura de la utilización de la nueva documentación

INDICADORES
- 1) Elaboración de la nueva documentación de acuerdo a las directrices del Ministerio: Sí.
- 2) Actividades de difusión de la nueva documentación a tutores de las UDD realizadas (Nº de actividades de difusión realizadas)
- 3) Nº de Unidades Docentes (UDD) que utilizan el Informe de rotación MIR F_01_CD y el Informe de evaluación anual del tutor F_02_CD (Nº de UDD que utilizan el Informe de rotación MIR F_01_CD y el Informe

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1507

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA DOCUMENTACIÓN UTILIZADA EN LA EVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES

de evaluación anual del tutor F_02_CD /Nº total de UDD x 100). Estándar 80%

- 4) Nº de UDD que utilizan los nuevos modelos de Acta evaluación final F_29_CD y Acta evaluación anual F_21_CD en los Comités de evaluación (Nº de UDD que utilizan los nuevos modelos de Acta evaluación final F_29_CD y Acta evaluación anual F_21_CD en los Comités de evaluación/Nº total de UDD x 100). Estándar 95%
- 5) Nº de UDD que utilizan los nuevos modelos de documentación en los Comités de evaluación para evaluaciones negativas recuperables (Nº de UDD que utilizan los nuevos modelos de documentación en los Comités de evaluación de evaluaciones negativas recuperables/ Nº total de UDD que tienen evaluaciones negativas recuperables x 100). Estándar 80%

El indicador 3 se calculará mediante un audit de la documentación presentada en los distintos comités de evaluación anuales de cada UD, tomando aleatoriamente la evaluación de 1 residente en UDD con <6 residentes y 2 residentes en UDD con >5 residentes

Los indicadores 4 y 5 se calcularán a partir del análisis de la totalidad de los registros existentes en la secretaría de la Comisión de Docencia

DURACIÓN

Actividades de difusión de la nueva documentación a tutores de las UDD: Febrero-Marzo 2019
Aprobación metodología por Comisión de Docencia: Febrero-Marzo 2019

Muestreo aleatorio de UDD: Abril 2019

Recogida de datos : Abril-Mayo 2019

Revisión de utilización de nueva documentación durante evaluación anual (desde octubre de 2018, fecha en que se comenzó a implantar la documentación de rotaciones): Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1790

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MEDIANTE CABINA. CODIGO

Fecha de entrada: 23/03/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA ZUBIRI ARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ HERNANDEZ MILAGROS

ALONSO CASAS ELIA

SORO LORENTE CYNTHIA

RIEZU OCHOA MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una recogida de datos mediante una Hoja de cálculo access, de todos los pacientes que has realizado tratamiento con fototerapia de cabina en el año 2017.

1º- Se ha diseñado una Hoja de recogida de datos. Septiembre 2017. Dra. Zubiri

2º- Un facultativo del Sº de Preventiva (Dr. Lapresta) ha realizado una base de datos Access, donde se han adjuntado los datos de la Hoja de recogida de datos. Septiembre 2017.

3º- Una enfermera del Sº (Elia Alonso Casas) ha realizado el paso de los datos de las historias clínicas de las pacientes a la base de datos Access, de septiembre 2017 a enero 2018.

4- El facultativo del Sº de Preventiva (Dr. Lapresta) ha realizado el estudio estadístico de los datos obtenidos. Febrero 2018.

5º- Próximamente se realizará una Sesión clínica del Servicio de Dermatología, donde se comunicarán los resultados obtenidos.

6- Se han evaluado los resultados obtenidos de la base de datos.

Total Pacientes Tratados: 131

Diagnósticos:

Psoriasis:68, Dermatitis Atópica:11, Prurito:11, Linfoma T:8, Vitiligo:6, Urticaria Solar:5, Morfea.2, EICH:1, Otros:14

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Información al paciente sobre las características de su tratamiento mediante la entrega de una Hoja Informativa.

Todos los pacientes han recibido antes de iniciar el tratamiento una Hoja Informativa en la que se explica las características del tratamiento que va a recibir.

2.- Notificación a los facultativos sobre la presentación de algún efecto adversos.

Las enfermeras que realizan la fototerapia han informado a los facultativos de todos los efecto adverso que se ha producido secundario al tratamiento en los pacientes.

3.- Número de pacientes que presentan una mejoría significativa con el tratamiento en Cabina: 70%.

Según los datos obtenidos:

- Buenos resultados: 78,02%
- Resultados intermedios: 7,69%
- No efectivo: 14,29%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dificultades encontradas:

En algunas de las historias clínicas no estaban recogidos los datos necesarios para cumplimentar.

Recomendaciones:

Tener presente la Hoja de recogida de datos, al realizar la historia clínica y en el seguimiento del paciente, para cumplimentar todos los datos.

Cuestiones pendientes:

Comentar con los facultativos la necesidad de la correcta cumplimentación de la Hoja de recogida de datos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1790

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MEDIANTE CABINA. CODIGO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1790 ===== ***

Nº de registro: 1790

Título
TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MEDIANTE CABINA

Autores:
ZUBIRI ARA MARIA LUISA, SANCHEZ HERNANDEZ MILAGROS, ALONSO CASAS ELIA, SORO LORENTE CYNTHIA, RIEZU OCHOA MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Fototerapia es una técnica que consiste en aplicar radiaciones ultravioleta sobre la piel afectada por diversas enfermedades dermatológicas. La radiación puede ser Ultravioleta A (UVA) o Ultravioleta B (UVB) y puede aplicarse sobre todo el cuerpo con una cabina de cuerpo entero que tiene ambas lámparas, o con una máquina diseñada para el tratamiento de manos y pies. En nuestro Servicio disponemos de una cabina de Ultravioleta A y Ultravioleta B-BE de banda y una máquina para manos y pies. Dicho tratamiento se utiliza para procesos dermatológicos muy frecuentes en la población general; como psoriasis moderada/grave, psoriasis palmo-plantar, linfoma T, dermatitis atópica, prurito crónico, liquen ruber plano, etc.

Como ventajas con esta modalidad terapéutica conseguimos:

- Disminuir el gasto farmacéutico de los pacientes con psoriasis moderados/graves que precisan terapias sistémicas o biológicos de precio elevado y de las otras patologías susceptibles de tratamiento.
- Minimizar los efectos adversos de los fármacos tanto orales como tópicos.
- Accesibilidad al tratamiento ya que se realiza en horario de mañana y tarde.
- Mejorar la calidad asistencial de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Objetivos:
- Mejora de la calidad asistencial del paciente
 - Disminución del gasto farmacéutico
 - Disminución de efectos adversos
 - Obtención de buenos resultados terapéuticos

El proyecto va dirigido a: Población Diana:

- Todos los pacientes del Sº de Dermatología del HUMS que padezcan patologías susceptibles de ser tratadas con Fototerapia.
- Pacientes de otros Servicios del HUMS (Hematología, etc) que puedan beneficiarse del mismo.
- Pacientes de otros hospitales que lo precisen, por no disponer de la técnica.
- Pacientes mayores de 8 años, que presenten una enfermedad dermatológica susceptible de beneficiarse del tratamiento con Fototerapia y sin criterios de exclusión.

MÉTODO

1. Formación de los facultativos responsables (Dras. Sánchez y Zubiri) en las indicaciones y realización de la técnica.
2. Formación por parte de los facultativos a las enfermeras que la ejecutan de su manejo, y detección de efectos adversos.
3. Diseño del circuito por el que los pacientes son atendidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1790

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS MEDIANTE CABINA. CODIGO

4. Realización de una primera consulta con los facultativos responsables, para valorar indicación, tipo de técnica a utilizar, información (mediante de la entrega de una Hoja Informativa) y firma de Consentimiento informado.
5. En la mitad del tratamiento se realiza una visita de "control" de la evolución y resultados.
6. Entrega de Informe para su médico prescriptor al finalizar el tratamiento.

INDICADORES

Criterios de Evaluación:

1. Información al paciente sobre las características de su tratamiento mediante la entrega de una Hoja Informativa: 100%
2. Notificación a los facultativos sobre la presentación de algún efecto adverso: 100%
3. Número de pacientes que presentan una mejoría significativa con el tratamiento en Cabina: 70%

DURACIÓN

Enero 2017- Noviembre 2017

- Se ha diseñado una Hoja de recogida de datos. Septiembre 2017. Dra. Zubiri
- Un facultativo del Sº de Preventiva (Dr. Lapresta) ha realizado una base de datos Access, donde se han adjuntado los datos de la Hoja de recogida de datos. Septiembre 2017.
- Una enfermera del Sº (Elia Alonso Casas) ha realizado el paso de los datos de las historias clínicas de las pacientes a la base de datos Access, de septiembre 2017 a enero 2018.
- El facultativo del Sº de Preventiva (Dr. Lapresta) ha realizado el estudio estadístico de los datos obtenidos. Febrero 2018.
- Próximamente se realizará una Sesión clínica del Servicio de Dermatología, donde se comunicarán los resultados obtenidos.
- Se han evaluado los resultados obtenidos de la base de datos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1264

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ANA MARIA MORALES CALLAGHAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GILABERTE CALZADA YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Abril de 2018: Sesión sobre tele dermatología e interconsulta virtual impartida por Dra. Gilaberte en Centro de Salud Almozara

Desde Mayo a Septiembre: Diferentes reuniones para establecer el sistema de envío de imágenes desde el Centro de Salud y puesta a punto del sistema de toma de imágenes, envío de interconsulta virtual, envío de imágenes, etc.

Octubre: Inicio de IC virtual siendo un médico del Centro de Salud Almozara (Dr. Cañada) el responsable de su realización.

Dos dermatólogos (Dra. Morales y como apoyo la Dra. Gilaberte) ha estado encargada de responder y gestionar las interconsultas virtuales.

RECURSOS

- Tiempo de consulta virtual agendado los miércoles
- Para monitorizar los indicadores marcados en el proyecto (concordancia de diagnósticos) los pacientes que han sido citados en consulta presencial lo han hecho en la consulta de la Dra. Morales.
- Se ha dotado al Centro de Salud Almozara de una cámara fotográfica dotada con un adaptador para el Dermatoscopio.
- El envío de imágenes y del texto de la propia interconsulta se ha realizado mediante el sistema de IC virtual de la Intranet del SALUD, habilitado un servicio específico denominado telederma para seleccionar solo los casos enviados para IC virtual con telederma. Las imágenes se encuentran en la pestaña de imágenes al igual que las imágenes radiológicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 14 pacientes enviados desde inicio (3 meses aprox)
- 8 mujeres, 6 varones
- Edad media: 60 años
- 9/14 (64%) concuerda diagnóstico MAP con diagnóstico dermatológico
- 4/14 (28,6%) de ellos no han requerido cita. 6/14 (43%) han sido citados para extirpación de la lesión a estudio. El resto (4/14, 28,6%) han sido citados en consulta para control.
- 4/14 (28,6%) derivación inadecuada: no patología susceptible de tratar (banal)
- Tiempo medio dedicado por parte del dermatólogo para realizar la IC: 5-7 minutos/ paciente (abrir Historia, imágenes, contestar, etc.)
- Tiempo medio en contestar a MAP: 2 días naturales (contando fines de semana y festivos)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de los resultados hasta ahora obtenidos es muy positiva, satisfactoria para los médicos de atención primaria, que ven sus interconsultas resueltas en pocos días, para los dermatólogos que les permiten priorizar especialmente patología oncológica y evitar derivaciones inadecuadas, y para los pacientes. Además ha servido para mejorar la relación entre Atención Primaria y Dermatología.

Desde 1 de Febrero de 2019 ya se ha iniciado que esta forma de derivación sea la única para las derivaciones que se hacen a Dermatología desde el Centro de Salud la Almozara.

Además el modelo organizativo adoptado en el Centro servirá como modelo para otros Centros de Salud del Sector que esperamos se vayan sumando paulatinamente a lo largo de este año.

A medida que el número de IC virtuales aumente se irán incorporando más dermatólogos y dedicando más horario a la realización de la esta actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1264 ===== ***

Nº de registro: 1264

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1264

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)

Autores:

MORALES CALLAGHAN ANA, GILABERTE CALZADA YOLANDA, ZUBIRI ARA MARIA LUISA, RIEZU OCHOA MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Tele dermatología (TD), es una técnica que ha experimentado un gran desarrollo en España en los últimos años. Se considera una tecnología emergente que comienza su fase de consolidación en nuestro país. Estimamos que la TD puede beneficiar en gran medida el proceso asistencial del paciente acortando los tiempos de espera y priorizando la patología importante.

PROPUESTA DE CIRCUITO DE TELEDERMATOLOGÍA

Los MAP podrán enviar las peticiones al Servicio de Dermatología y dichas consultas se almacenarán en una agenda especial de TD la cual podrá ser consultada por los dermatólogos. Estos, tras leer cada petición y revisado de las fotografías adjuntas, deberán indicar el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

Las respuestas de los especialistas serán remitidas al centro de salud correspondiente. El médico de primaria tras consultar su respuesta, deberá indicar al paciente el diagnóstico y el tratamiento indicado por el médico especialista.

El circuito que proponemos para la realización de esta Interconsulta virtual sería el siguiente:

1. El paciente acude a Atención Primaria por una lesión de carácter dermatológico.
2. Si el MAP considera que dicha lesión es susceptible de ser derivada a Atención Especializada por esta vía, accederá al sistema para generar una teleconsulta.
 - Rellenará un informe con un conjunto mínimo de datos compuesto de antecedentes, anamnesis, localizaciones y diagnóstico.
 - Realizará 3 fotos de la lesión (panorámica, detalle y dermatoscopia- cuando sea necesaria) y las adjuntará a la teleconsulta.
 - Imprimirá y entregará un informe al paciente donde quedan reflejados los datos de la consulta así como de unas instrucciones que sirven para informar al paciente del sistema en el que está participando.
3. El MAP autocitará al paciente en un plazo máximo de 15 días para darle los resultados del dermatólogo, ya que éste se compromete a responder la teleconsulta en un máximo de 10 días.
4. En el caso de que el dermatólogo estime necesario que el paciente debe acudir a Atención Especializada para una exploración presencial, la Unidad de Citaciones del propio Hospital se pondrá en contacto directamente con el paciente para indicarle la fecha y hora de la cita de presencia en el Hospital.
5. Si el paciente no ha acudido a su Centro de Salud a recoger los resultados del dermatólogo en la fecha en la que el MAP lo autocitó, indicará que el paciente ha sido citado en Especializada y en cualquier caso, el MAP deberá acceder al sistema para ver la respuesta del especialista.

RESULTADOS ESPERADOS

- Principal:
 - Valorar la efectividad de un programa de tele dermatología para la resolución de las derivaciones de pacientes desde atención primaria a dermatología.
- Secundarios:
 1. Contabilizar el tiempo medio utilizado por teleconsulta.
 2. Contabilizar el número de teleconsultas que son citadas en presencial.
 3. Contabilizar el número de teleconsultas repetidas para un mismo paciente.
 4. Contabilizar el número de teleconsultas de procesos cosméticos o derivaciones inadecuadas.
 5. Contabilizar el número de consultas pediátricas.
 6. Establecer el nivel de concordancia entre el diagnóstico de sospecha del MAP y el diagnóstico dermatológico.

MÉTODO

NUESTRO PROYECTO

- Nuestro objetivo es comenzar la TD en 1 Área Básica de nuestro Sector (Sector II) como fase piloto y posteriormente extender la técnica al resto de Centros de Salud de nuestro Sector. Comenzaríamos con el Centro de Salud Almozara. (Posibilidad de ampliarlo a algún otro centro inicialmente también)
- Para ello es fundamental realizar una formación específica de los MAP, que ya hemos realizado en el campo de la Dermatoscopia.
- La fase piloto inicial tendría una duración inicial de 2 meses.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1264

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)

INDICADORES

1. Número de interconsultas virtuales realizadas.
2. Tiempo medio utilizado por teleconsulta.
3. Número de teleconsultas que son citadas en presencial.
4. Número de teleconsultas repetidas para un mismo paciente.
5. Número de teleconsultas de procesos cosméticos o derivaciones inadecuadas.
6. Número de consultas pediátricas.
7. Nivel de concordancia entre el diagnóstico de sospecha del MAP y el diagnóstico dermatológico.

DURACIÓN

1 Junio: fecha prevista de inicio de la IC virtual con el Centro de Salud Almozara
30 de Septiembre fecha prevista del fin del proyecto piloto y análisis de los resultados.
Octubre tras el análisis de los resultados mejora de aquellos aspectos que la requieran y establecimiento del protocolo definitivo para la IC virtual de dermatología
Octubre-Noviembre: iniciar el proceso paulatino de incorporación a la IC virtual en principio con los Centros de Salud docentes ya que cuentan ya con los medios técnicos - dermatoscopios- y deberán adquirir cámaras fotográficas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1290

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA GILABERTE CALZADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ HERNANDEZ MARIA MILAGROS
PORTA AZNAREZ NIEVES
MARTIN MARCO RICARDO
RIEZU OCHOA MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se ha creado una agenda de terapia fotodinámica 3 días a la semana: lunes, miércoles y viernes.
2. La preparación de las lesiones la realizan conjuntamente el dermatólogo con la enfermera. Las iluminaciones las realizan las enfermeras, con la lámpara Aktelite, en la franja horaria de 14:00 a 15:00 del horario de fototerapia.
3. Las enfermeras dan las recomendaciones para los cuidados los días siguientes al tratamiento.
3. El número de sesiones para cada patología es en general: 1 para queratosis actínicas, 2 para carcinoma escamoso in situ y carcinoma basocelular.
4. También el Servicio de Anatomía patológica se ha hecho partícipe que se está realizando este tratamiento para envías pequeñas biopsias o citologías que ayuden a confirmar el diagnóstico.
5 Para formar al Servicio, tanto médicos como enfermeras, se han realizado dos sesiones clínicas (en Junio 2018 y en Febrero 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La unidad de Terapia Fotodinámica ha empezado a funcionar desde el mes de Octubre-Noviembre y considerando que por el momento se pueden citar 6 pacientes a la semana, el número de pacientes incluidos ha sido:
1. Número de carcinomas basocelulares: 8. De ellos 3 han acudido a revisión a los 3 meses con respuesta completa.
2. Número de carcinomas escamosos in situ: 3. De ellos 1 ha acudido a revisión a los 3 meses con respuesta completa.
3. Queratosis actínicas/campo de cancerización: 5. 2 de ellos han acudido a resultado, 1 con respuesta completa y otro parcial en quien se repitió el tratamiento.
4. Onicomiosis: se ha tratado un paciente todavía sin ver el resultado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Ha sido compleja la puesta en marcha ya que hay que encajar las iluminaciones con los tratamientos de fototerapia pues no se dispone ni de personal adicional ni de espacio para poderlo hacer en otra ubicación.
- En la actualidad, todas las enfermeras del Servicio tienen la formación para realizar la terapia fotodinámica, sin embargo de momento solo 2 facultativos la realizan. -Está previsto que más facultativos realicen TFD en su clínica los martes y jueves, pero hay que coordinar con la fototerapia, lo que supone una dificultad y reducir los huecos de fototerapia para pacientes con otras patologías.
Ya tenemos lista de espera de pacientes para este procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1290 ===== ***

Nº de registro: 1290

Título
IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA EN DERMATOLOGIA

Autores:
GILABERTE CALZADA YOLANDA, RIEZU OCHOA MARIA ISABEL, MARTIN MARCO RICARDO, PORTA AZNAREZ NIEVES, SANCHEZ HERNANDEZ MARIA MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1290

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA

Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos : Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La terapia fotodinámica (TFD) es un tratamiento no invasivo que tiene indicación en cáncer cutáneo no melanoma, en concreto: queratosis actínicas, carcinoma escamoso in situ y carcinoma basocelular superficial y nodular. Las tasas de curación son del 81-92% en queratosis actínicas (a los 3 meses), 100-88% en el carcinoma escamoso in situ (recidivas a los 5 años del 20%), 80% en carcinoma basocelular superficial y 76% en carcinoma basocelular nodular a los 5 años de seguimiento (Calidad de la evidencia IA. Guía clínica de terapia fotodinámica del European Dermatology Forum 2014).

Aunque la forma de financiación de la TFD en los diferentes países europeos varía, distintos estudios muestran que es un tratamiento coste-efectivo (Vale Sm et al. Pharmacoeconomics 2017;35:177-190). Ahorra cirugías y es especialmente conveniente para el tratamiento de pacientes ancianos, polimedcados y pluripatológicos, aquellos en los que el cáncer cutáneo no melanoma es más frecuente. Además, el tratamiento se puede repetir y combinar tanto con cirugía como con otros tratamientos médicos (5-fluorouracilo, imiquimod, etc). El resultado cosmético es excelente así como la satisfacción de los pacientes.

Existe mucha bibliografía acerca del uso de la TFD en otras indicaciones aparte del cáncer cutáneo no melanoma, como en la enfermedad de Paget extramamaria, la neoplasia intraepitelial vulvar, algunos linfomas T de lesión cutánea única, condrodermatitis, etc.). Una de las que más futuro puede tener es en el manejo de las infecciones superficiales producidas tanto por hongos como por bacterias. El Servicio de microbiología del HUMS es pionero en investigación básica y clínica en este tema.

RESULTADOS ESPERADOS

Principal

- Valorar la utilidad de la TFD en el manejo del paciente con cáncer cutáneo no melanoma.

Secundarios

- Contabilizar el número de carcinomas basocelulares y carcinomas escamoso in situ tratados con TFD.
- Contabilizar los usos fuera de indicación en los que la TFD se ha utilizado con éxito.
- Medir la satisfacción del paciente con el tratamiento.
- Contabilizar de forma separada los pacientes trasplantados tratados con la TFD.

MÉTODO

1. Se creará un tipo de procedimiento en la agenda de dermatología del HUMS denominado terapia fotodinámica.
2. La preparación de las lesiones las realizará la enfermera en la consulta de enfermería o el facultativo así como la aplicación del fotosensibilizante, y las iluminaciones se efectuarán 3 horas más tarde en el horario y sala destinado a fototerapias lámpara Aktilite administrando una dosis ya pre-programada de 37 J/cm2 (unos 8 minutos).
3. Como protocolo, las queratosis actínicas precisan 1 sesión de TFD, con posible repetición al mes o a las 3 meses si la respuesta ha sido incompleta. Los carcinomas basocelulares y los carcinomas escamosos in situ precisan 2 sesiones separadas por una semana o máximo 2.

INDICADORES

1. Número de carcinomas basocelulares tratados.
2. Número de carcinomas escamosos in situ tratados.
3. Número de pacientes con campo de cancerización/queratosis actínicas tratados.
4. Grado de satisfacción del paciente.
5. Efectividad en los pacientes en los que se use la TFD fuera de indicación.

DURACIÓN

Está prevista que la unidad pueda empezar a funcionar en Septiembre. Se recogerán todas las variables para analizar los indicadores propuestos hasta final de año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1290

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1005

1. TÍTULO

GESTION DE LA ATENCION POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PATOLOGIA DERMATOLOGICA

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE PAULINA ANDREA CERRO MUÑOZ
· Profesión MIR
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SIMAL GIL ESTRELLA
MARTIN MARCO RICARDO
PORTA AZNAREZ NIEVES
MARRON MOYA SERVANDO
GILABERTE CALZADA YOLANDA
SANCHEZ HERNANDEZ MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Agenda de tardes de dermatología de realizadas por un MIR de tercer año los jueves y miércoles de 15:00 a 19:30 hrs.

El proyecto se comenzó a impartir el 1 de julio de 2019 manteniéndose activo hasta la actualidad. En cada día de consulta se realizaron 12 primeras visitas de 15 minutos cada una y 4 revisiones de 10 minutos cada visita. Además se realizaron entre 2 y 3 visitas para tratamiento con terapia fotodinámica. Se empleó como recurso material una consulta de dermatología, una sala de procedimientos dermatológicos, una sala de utilizada para la iluminación de la terapia fotodinámica y como recurso humano participó del proyecto una enfermera.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Número total de visitas realizadas: 294
2. Número de primeras : 241
3. Número de revisiones: 53
4. Procedimientos dermatológicos especiales: 82
Biopsias cutáneas: 15
Crioterapias: 28
Terapias fotodinámicas: 39
5. Número de pacientes que requirieron ingreso hospitalario: 0
6. Número de pacientes vistos de alta resolución: 103

Estos resultados se obtuvieron registrando la actividad realizada en una base de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto tal como se había planteado al inicio tuvo que ser modificado porque el Servicio de Urgencias consideró que los pacientes que acuden a dicho Servicio han de ser visitados de su problema en el momento. Al no poder cubrir la asistencia de urgencia de dermatología todos los días se decidió instaurar una consulta de residentes 2 tardes a la semana en la que se citan pacientes derivados principalmente desde Atención Primaria y desde otros servicios del Hospital Miguel Servet, incluido el de Urgencias. Nos parece importante dar continuidad a este proyecto que ha permitido otorgar atención oportuna y de calidad a pacientes con patología dermatológica. Por otro lado este proyecto ha permitido al MIR de tercer año desarrollar su práctica profesional, en un ambiente supervisado lo que ha favorecido su confianza y contribuido a reforzar el sentido de responsabilidad necesario para el desarrollo de la especialidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1005 ===== ***

Nº de registro: 1005

Título
GESTION DE LA ATENCION POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PATOLOGIA DERMATOLOGICA

Autores:
CERRO MUÑOZ PAULINA ANDREA, SIMAL GIL ESTRELLA, MARTIN MARCO RICARDO, PORTA AZNAREZ NIEVES, MARRON MOYA SERVANDO, GILABERTE CALZADA YOLANDA, MILAGROS SANCHEZ HERNANDEZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1005

1. TÍTULO

GESTION DE LA ATENCION POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PATOLOGIA DERMATOLOGICA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los problemas dermatológicos suponen hasta un 5-10% de todas las visitas a los servicios de urgencias y afectan mucho la calidad de vida de los pacientes.

La enfermedad dermatológica atendida en urgencias puede resultar muy compleja para el médico no especialista. Además, el dermatólogo realiza un diagnóstico más preciso, biopsias diagnósticas en la fase aguda, programa las futuras revisiones en la consulta de dermatología de manera más eficaz, evita ingresos y disminuye las consultas repetidas al Servicio de Urgencias.

La realidad del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) es que durante el año 2018 hubo 625 interconsultas al Servicio de Dermatología, de las cuales 98 fueron realizadas desde el Servicio de Urgencias tanto desde la Urgencia General, así como de la Urgencia Materno-Infantil. Estas interconsultas se realizaron en días laborables en horario de 8-15 horas. En el sistema público de salud español los facultativos de dermatología no realizan guardias. Además, en el caso del HUMS no existen huecos en las agendas dedicados a atender urgencias, por lo que la atención a estos pacientes se hace de forma improvisada alterando la atención a los pacientes ordinariamente citados.

En el Hospital Universitario de Salamanca fueron 3.084, con una población aproximada de 230.000 habitantes. Desconocemos cuántos pacientes acudieron en el año 2018 en nuestro hospital por motivos dermatológicos a urgencias no obstante, podemos hacer una estimación, si el número de urgencias atendidas en el HUMS en 2018 fue de 202.624 y según los artículos publicados, la urgencias dermatológicas suponen hasta un 5 a 10% del total, se estima que en 2018, entre 10.131 y 20.262 pacientes acudieron al HUMS por motivos dermatológicos.

Un estudio reciente de D. Bancalari-Díaz evidenció que la realización de guardias de Dermatología por parte de los MIR es de gran utilidad para el sistema hospitalario y que son necesarias en la formación integral del especialista en Dermatología.

En el Programa Formativo de la Especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología (B.O.E. de 25 de septiembre de 2007. Orden SCO/2754/2007) en el apartado 6.4 considera imprescindible para una completa formación del médico la realización de guardias hospitalarias, adscrito al servicio de Medicina Interna o de Cirugía exclusivamente durante el periodo rotatorio, y en la unidad de Dermatología el resto de su periodo formativo.

Por todos estos motivos consideramos que es necesario establecer un sistema de atención a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias y requieren valoración por Dermatología, mediante la realización de consulta de tardes de Dermatología realizada por los residentes de esta especialidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Principal

Atender a los pacientes que consultan en urgencias por patología dermatológica.

Secundarios

- Agilizar el acceso a los pacientes que consultan en urgencias y requieren valoración rápida por Dermatología.
- Optimizar la calidad de la atención en las urgencias dermatológicas.
- Reducir las derivaciones de las urgencias dermatológicas a otros centros para que sean atendidos.
- Formar de los residentes de Dermatología del HUMS, en urgencias dermatológicas.
- Formar a los médicos de urgencias para la correcta derivación.
- Mejorar la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes con patología dermatológica que acude a urgencias.

MÉTODO

Agenda de tardes de Dermatología de Urgencias realizadas por un MIR de tercer año (lunes y miércoles de 16:00 a 19:30hrs)

-12 primeras visitas (15 minutos cada visita) 10 citadas desde el Servicio de Urgencias y 2 reservadas para las urgencias que lleguen durante el tiempo de consulta.

-3 revisiones (10 minutos cada visita)

INDICADORES

1. Número de visitas derivados desde el Servicio de Urgencias.
2. Número de visitas de urgencia que requirieron procedimientos especiales (biopsia cutánea, extirpación, crioterapia, electrocirugía).
3. Número de visitas de urgencia que requirieron solicitud de pruebas complementarias (analítica, serología, cultivo, imágenes).
4. Número de pacientes que requirieron ingreso hospitalario.
5. Número de revisiones.
6. Número de pacientes vistos de alta resolución.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1005

1. TÍTULO

GESTION DE LA ATENCION POR EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR PATOLOGIA DERMATOLOGICA

1 de Junio de 2019

OBSERVACIONES

- Todas las actividades realizadas por el residente serán tuteladas por un facultativo de dermatología.
- Las solicitudes de atención de dermatología de urgencia se realizarán a través del servicio de citaciones.
- Además, los pacientes que acudan al Servicio de Urgencias en el horario de la consulta de urgencias de dermatología los lunes y los miércoles serán también atendidos.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1047

1. TÍTULO

PROYECTO VIA RAPIDA DE ATENCION AL PACIENTE CON SOSPECHA DE PATOLOGIA DERMATOLOGICA POTENCIALMENTE GRAVE

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE YOLANDA GILABERTE CALZADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BALDELLOU LASIERRA ROSA
MORALES CALLAGHAN ANA MARIA
SIMAL GIL ESTRELLA
CERRO MUÑOZ PAULINA ANDREA
PALMA RUIZ ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el mes de Julio de 2019 se inició la consulta de agenda de Vía rápida de dermatología que se realiza todos los lunes de mes salvo el 4°. La agenda consta de 10 primeras visitas (15 minutos cada visita), 10 revisiones (10 minutos cada visita) y 1 orden médica. Dicha consulta se pasa en la Consulta nº 2 de las Consultas Externas de Dermatología del HUMS, junto a una enfermera. Además se utiliza la Sala de Curas adjunta para la realización de biopsias y otros procedimientos dermatológicos quirúrgicos. Los residentes de dermatología rotan por la consulta. Antes de iniciar la consulta se envió una carta a todos los coordinadores de los Centros de Salud del Sector 2 (también se remitió por e-mail) informándoles del inicio de esta consulta y dando unas pautas de la patología susceptible de ser derivada a la misma.

No se han elaborado materiales específicos del proyecto.

Periódicamente el jefe de Servicio de Dermatología valora con el Servicio de Citaciones la llegada de derivaciones para dicha consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES EVALUADOS

- Número de primeras visitas realizadas en la Consulta de Vía Rápida:
 - Primeras visitas enviadas desde atención primaria: 81 (50,3%)
 - Primeras visitas procedentes de otro hospital: 5
 - Primeras visitas procedentes del propio hospital: 75
 - Total primeras visitas: 161
 - Porcentaje de consultas no procedentes (que no requerían ser enviadas por vía rápida): 24 (16,2%)
 - Número de consultas que requirieron realizar una biopsia cutánea en la misma visita: 37 (22,98%)
 - Número de melanomas diagnosticados: 1
 - 10 Diagnósticos realizados con más frecuencia:
 1. Carcinoma basocelular: 26
 2. Carcinoma escamoso: 12
 3. Lesiones pigmentadas: 17
 4. Queratosis actínicas: 10
 5. Queratosis seborreicas: 7
 6. Psoriasis: 5
 7. Reacciones a fármacos: 4
 8. Acné nódulo quístico: 4
 9. Hematoma subungueal: 3
 10. Condilomas acuminados: 3

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La consulta de vía rápida ha sido utilizada fundamentalmente para el envío de patología tumoral cutánea, así como el diagnóstico diferencial de lesiones pigmentadas con el melanoma. Se ha conseguido atender a estos pacientes en no más de 15 días siguientes a su derivación.

Aunque los resultados muestran que la mayoría de los pacientes remitidos por esta vía eran procedentes, se debe trabajar con Atención Primaria para evitar derivar a esta consulta patología que no requiere una atención preferente, que en esta experiencia piloto ha sido del 16,2%.

Al ser muchos de los pacientes atendidos con diagnóstico de cáncer cutáneo, la mayoría han sido intervenidos por el propio Servicio de Dermatología, aunque algunos se han tenido que derivar por falta de Sesiones quirúrgicas suficientes. Por lo que en el futuro el Servicio de Dermatología debería de contar con sesiones quirúrgicas suficientes para evitar remitir a estos pacientes a otros Servicios, especialmente Cirugía Plástica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1047 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1047

1. TÍTULO

PROYECTO VIA RAPIDA DE ATENCION AL PACIENTE CON SOSPECHA DE PATOLOGIA DERMATOLOGICA POTENCIALMENTE GRAVE

Nº de registro: 1047

Título
PROYECTO VIA RAPIDA DE ATENCION AL PACIENTE CON SOSPECHA DE PATOLOGIA DERMATOLOGICA POTENCIALMENTE GRAVE

Autores:
GILABERTE CALZADA YOLANDA, BALDELLOU LASIERRA ROSA, MORALES CALLAGHAN ANA MARIA, SIMAL GIL ESTRELLA, CERRO MUÑOZ PAULINA ANDREA, RUIZ PALMA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según datos del ministerio de Sanidad publicados en 2017, por término medio, el 28 % de pacientes que acude a Atención Primaria precisa una interconsulta al especialista. Por otro lado, Dermatología es la segunda especialidad a la que más se deriva desde Atención Primaria en nuestro país.

La realidad del Servicio del HUMS es que aunque en el año 2017 se realizaron 29.152 consultas y en el año 2018 algo menos, 28.020, debido a que dos facultativos tuvieron una ITL de 6 y 8 meses de duración respectivamente, al final de 2017 el número de pacientes pendiente de cita era de 5.483 y al final de 2018 de 6.160 pacientes. De esta forma un paciente espera de media para ser visto en el Servicio de Dermatología 196 días.

Esta realidad hace necesaria establecer una vía rápida de atención a los pacientes con enfermedades potencialmente graves.

Pérez-Pérez L, et al. (Piel 2010; 25: 291) en su artículo sobre "Dermatosis potencialmente fatales" da un listado de estas enfermedades que es el que sigue: infecciones (síndrome de escaldadura estafilocócica, síndrome del shock tóxico, púrpura fúlgida, micosis profundas, erupción variceliforme de Kaposi, entre otras); farmacológicas: necrosis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens Johnson, DRESS, toxicodermias; autoinmunes (pénfigo, penfigoide, lupus eritematoso, dermatomiositis, esclerodermia); tumoral (melanoma, linfoma, tumor de Merkel, angiosarcoma, carcinomas escamosos de rápido crecimiento); vascular (calcifilaxia, vasculitis), genodermatosis (epidermolisis ampollosas); miscelánea (urticarias de difícil manejo, eritrodermias, psoriasis extensas).

La sospecha de cualquiera de estas enfermedades debería ser remitida por este sistema de vía rápida que supone no esperar más de 15-20 días a ser visto en la consulta de dermatología.

Estas dermatosis no son frecuentes por lo que se destinarán 30 visitas de primer día al mes para dichos pacientes:

RESULTADOS ESPERADOS

Principal
Priorizar a los pacientes con enfermedades dermatológicas potencialmente graves.

Secundarios

- Reducir el tiempo de espera de los pacientes con enfermedades dermatológicas potencialmente graves y que este sea de menos de 3 semanas.
- Formar a los médicos de atención primaria para reconocer la patología dermatológica potencialmente grave.
- Mejorar la calidad y la satisfacción de los pacientes con enfermedades dermatológicas potencialmente graves.

MÉTODO

Consulta de agenda de Vía rápida de dermatología (lunes 1º, 2º, 3º y 5º de cada mes)
10 primeras visitas (15 minutos cada visita)
10 revisiones (10 minutos cada visita)
1 orden médica

INDICADORES

1. Número de volantes enviados para la consulta de vía rápida
 - a. Número de volantes recibidos en el Servicio de Admisión del hospital dirigidos a la consulta Vía rápida de Dermatología
 - b. Número de derivaciones a través de la consultas virtual citados en la consulta de Vía rápida
2. Número de primeras visitas realizadas en vía rápida
 - a. Evaluación a través de la información que proporciona el Servicio de Admisión
3. Número de pacientes procedentes de primaria o de especializada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1047

1. TÍTULO

PROYECTO VIA RAPIDA DE ATENCION AL PACIENTE CON SOSPECHA DE PATOLOGIA DERMATOLOGICA POTENCIALMENTE GRAVE

- a. Evaluación a través de la información que proporciona el Servicio de Admisión
- 4. Porcentaje de visitas no procedentes (no necesitaban la vía rápida)
- a. Contabilización diaria de las visitas inadecuadas
- 5. Número de primeras visitas que requirieron biopsia cutánea.
- a. Número de biopsias realizadas en la consulta de vía rápida
- 6. Número de melanomas diagnosticados
- a. Contabilización diaria de aquellos pacientes diagnosticados de melanoma

DURACIÓN

Inicio: 1 de Julio de 2019 hasta 31 de Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Los solicitudes de atención por Vía rápida procedentes de Atención Primaria serán primeramente valoradas ya sea a través de la IC virtual o en formato papel para aquellos Centros de Salud que todavía no se hayan incluido en el sistema virtual.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0172

1. TÍTULO

FORMACION EN EL RECAMBIO DE SONIDAS DE GASTROSTOMIA PARA ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ELIA BUENO CAPAPE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA TORRE SANZ ROSARIO
ELORRI IRIGOY MARIA ARANZAZU
GARCIA MIGUEL PATRICIA
HURTADO RUBIO CAROLINA
ORBANEJA ESCOBAR PILAR
PORTERO ARRIAZU CRISTINA
PUERTOLAS PRIETO CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- * Revisión de agenda semanal para programación de PEG. *Comunicación a enfermera de enlace de AP
- * Organización con dirección de AP para programar las sesiones.
- * Realización de las sesiones de 2 horas programadas en viernes para enfermeras (una ó dos) de Centro de Salud al que pertenecen los pacientes que se vayan a atender ese día
- * Envío de dispositivos de PEG a los Equipos de Atención Primaria.
- * Información sobre el proyecto a Dirección de AP
- * Elaboración de un documento informativo y visual para enfermeras de AP sobre la técnica de recambio de PEG
- * El mayor número de pacientes atendidos son totalmente dependientes y con distintos grados de alteración del nivel de conciencia (Demencia, Parkinson, ELA, etc.) El traslado al centro hospitalario para realizar el recambio origina un problema importante en su rutina diaria (personal desconocido, suspensión de medicación, desubicación tempor-espacial, largas esperas hasta el traslado a su domicilio, etc.)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sesiones de formación de enfermería: 23 sesiones (Con 1 ó 2 enfermeras asistentes por sesión)
Pacientes atendidos en AP: 21 pacientes derivados
Traslados en ambulancia evitados: 21x 2 (lo cual supone 42 traslados menos de ambulancia, ya que los recambios son semestrales), 20%
Indicadores: Enfermeras de AP formadas, disminución del número de recambios de PEG en el centro hospitalario y disminución del número de traslados en ambulancia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación guiada por las enfermeras del Servicio de Pruebas Funcionales de Digestivo a las enfermeras de AP potencia el beneficio que supone para los pacientes (en tiempo, desplazamientos, seguridad) y el ahorro en costes así como a nivel profesional de las enfermeras de AP que pueden desarrollar esta actividad enfermera. El ahorro en costes puede justificar más actuaciones en este sentido promovidas por enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/172 ===== ***

Nº de registro: 0172

Título
GUIA DE RECAMBIO DE GASTROSTOMIA PERCUTANEA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE AP

Autores:
BUENO CAPAPE ELIA, HURTADO RUBIO CAROLINA, GARCIA MIGUEL PATRICIA, PUERTOLAS PRIETO CAROLINA, ORBANEJA ESCOBAR MARIA PILAR, ELORRI IRIGOY MARIA ARANZAZU, PORTERO ARRIAZU CRISTINA, DE LA TORRE SANZ ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0172

1. TÍTULO

FORMACION EN EL RECAMBIO DE SONIDAS DE GASTROSTOMIA PARA ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente los pacientes son trasladados cada 6 meses para realizar el cambio de PEG, suponiendo esto un grave trastorno para el propio paciente y la familia.
La realización de este cambio en el domicilio del paciente por su enfermera de AP reduciría por un lado su disconfort y minimizaría los gastos en traslado, tiempo de espera del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la confianza y seguridad que ofrece a los cuidadores principales la realización de esta sencilla técnica por parte de su enfermera de AP.
- Disminuir traslados en ambulancia que suponen un elevado coste económico y tiempos de espera del paciente fuera de su entorno habitual.

MÉTODO

- Adiestramiento del personal de enfermería de AP para la realización de la técnica del cambio y manejo de PEG y cuidados del estoma por parte del personal de enfermería de la unidad de endoscopias.

INDICADORES

- Disminución del número de recambios de PEG en el centro hospitalario.
- Número de enfermeras formadas en la técnica.
- Encuesta de satisfacción de los cuidadores principales.
- Disminuir número de traslados en Ambulancia a la Unidad.

DURACIÓN

Inicio en septiembre del 2016 hasta septiembre 2018.

Cronograma:

Elaboración del dossier para A.P. octubre 2016.

Todos los viernes se programan sesiones de formación teórico- práctica de 2 horas, desde septiembre del 2016, en las cuales se abordarán los siguientes temas:

-->Técnica de gastrostomía y primer recambio.

-->Tipos de sondas PEG.

-->Realización de la técnica tutorizada por personal de enfermería de la unidad de endoscopias.

Fin del proyecto septiembre 2018.

OBSERVACIONES

La formación del personal de AP no implica la desvinculación del paciente con el centro hospitalario ya que se prestará la colaboración necesaria ante cualquier duda o incidencia que pueda surgir tanto en el cambio de sonda como en los cuidados del estoma.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0257

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS INTERVENCIONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA QUE INGRESAN A CARGO DE SERVICIO DE DIGESTIVO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA LAZARO RIOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMO MONTERDE PATRICIA
RUIZ BELMONTE LARA MARIA
GOTOR DELSO JESUS
GRACIA RUIZ MARTA
ZARAGOZANO GUILLEN RAMON
ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La aceptación del protocolo fue el 30 de Enero de 2017 y el 16 de Febrero de 2017 comencé a trabajar en el Hospital San Jorge de Huesca tras la resolución de los traslados porque no he podido trabajar en este proyecto al no estar trabajando en el Hospital Miguel Servet. Tampoco he podido ponerlo en práctica en el Hospital San Jorge dado que son procedimientos que no se realizan en dicho hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La idea es ponerlo de nuevo en marcha con las nuevas hepatólogas que actualmente están en el Hospital Miguel Servet. Consideramos que la unificación de criterios de manejo y tratamiento de los pacientes mejora la calidad de la atención a los mismos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de protocolos minimiza la posibilidad de cometer errores por parte de todo el personal sanitario

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/257 ===== ***

Nº de registro: 0257

Título
PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS INTERVENCIONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA QUE INGRESAN A CARGO DE SERVICIO DE DIGESTIVO

Autores:
LAZARO RIOS MARIA, CAMO MONTERDE PATRICIA, RUIZ BELMONTE LARA MARIA, GOTOR DELSO JESUS, GRACIA RUIZ MARTA, ZARAGOZANO GUILLEN RAMON, ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente se realizan dos procedimientos en el tratamiento del hepatocarcinoma localizado y avanzado: Radiofrecuencia y Quimioembolización. El primero de ellos consiste en la ablación percutánea de hasta 3 tumores menores de 3 cm. La quimioembolización es la administración de tratamiento quimioterápico a través de la arteria que irriga el tumor. Los pacientes permanecen 24 horas en observación y si no hay incidencias son dados de alta. Ambos procedimientos son realizados por el Servicio de Radiología pero los pacientes ingresan a cargo del Servicio de Digestivo. El aumento de la supervivencia de los pacientes con cirrosis hepática, los nuevos tratamientos antivirales y que el Hospital Miguel Servet es centro de referencia de dichos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0257

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS INTERVENCIONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA QUE INGRESAN A CARGO DE SERVICIO DE DIGESTIVO

procedimientos, ha supuesto un incremento de los mismos en los últimos años. Normalmente estos pacientes ingresan en el Hospital de Semana pero en ocasiones lo hacen en otras ubicaciones. Es por todo lo anterior, que creemos indicado realizar un protocolo de ingreso de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Se plantea la homogeneización del manejo y tratamientos de estos pacientes.

Con esta iniciativa se pretende ofrecer una mejor asistencia a los pacientes dado que desde enfermería se tendrían estandarizados los tratamientos de manera global ajustados a las peculiaridades de cada uno de los pacientes según sus tratamientos domiciliarios.

MÉTODO

- Establecer el protocolo de administración de tratamiento "estandar" (canalización de vía venosa, sueroterapia, antibioterapia y analgesia) y medicación habitual del paciente
- Realización de hemograma y coagulación antes de la realización del procedimiento (salvo que se especifique que el paciente dispone de una analítica reciente)
- Administración de tratamientos o transfusiones que se requieran para corrección de alteraciones analíticas.
- Reintroducción de la dieta oral cuando a las 24 horas del procedimiento si no ha habido complicaciones (dolor, fiebre..) en cuyo caso se avisará al médico responsable.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes que ingresaran para realización de procedimientos intervencionistas y que se beneficiaran del protocolo de actuación 100 %
- Porcentaje de pacientes con alteraciones analíticas que se corregirán antes del procedimiento 100 %
- Porcentaje de pacientes que han requerido modificación de tratamiento o suspensión del procedimiento < 10%.

DURACIÓN

INICIO:

- Noviembre-16: Realización del protocolo tras reunión con servicios implicados.
- Diciembre-17: Figuración de los mismos en Intranet.
- Enero-17: Implementación del protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0259

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE SANTIAGO FRAGO LARRAMONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUZON SOLANAS LARA
FUENTES OLMO JAVIER
ESPINA CADENA SILVIA
JIMENO AYLLON CRISTINA
FUERTES LAHOZ EVA
BAJADOR ANDREU EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Debido al cambio de hospital de la varios miembros del grupo y las modificaciones en la indicacion del tratamiento de VHC el proyecto no se pudo desarrollar ni finalizar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ninguno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se pueden extraer conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/259 ===== ***

Nº de registro: 0259

Título
ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
FRAGO LARRAMONA SANTIAGO, LAZARO RIOS MARIA, LUZON SOLANAS LARA, FUENTES OLMO JAVIER, ESPINA CADENA SILVIA, JIMENO AYLLON CRISTINA, FUERTES LAHOZ EVA, BAJADOR ANDREU EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo Ambos sexos
Edad Todas las edades
Tipo Patología Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....

PROBLEMA
La mayor parte de indicaciones actuales de tratamiento en paciente con virus de la hepatitis C (VHC) vienen determinadas por el grado de fibrosis hepática. Los métodos disponibles para objetivar el grado de fibrosis son la biopsia hepática y/o, desde hace varios años, la elastografía hepática. La elastografía de transición o FibroScan es una técnica de exploración incruenta, sencilla y rápida, que permite establecer el grado de fibrosis hepática sin necesidad de realizar una biopsia. Dada la gran afluencia actual y probablemente futura de estos pacientes creemos necesario disponer de una derivación fluida entre Atención Primaria y la Unidad de Hepatología del Miguel Servet.

RESULTADOS ESPERADOS
El acceso a la elastografía hepática actualmente queda reservada al ámbito hospitalario, por lo que, actualmente, los pacientes con VHC son derivados a consultas ambulatorias de Digestivo de Centro de Especialidades, donde se solicita la elastografía hepática. Una vez realizada la exploración, si el grado de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0259

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

fibrosis lo requiere, son derivados a la Unidad de Hepatología del Miguel Servet para iniciar tratamiento. Todo ello conlleva una larga espera para el paciente y un gran consumo de recursos (1 visita de Atención Primaria, 2 consultas de ambulatorio de Área y 1 en consultas de Hepatología). El objetivo de este proyecto es reducir el tiempo, número de consultas ambulatorias y, por tanto, de recursos, desde la derivación por parte de médico de Atención Primaria y la Unidad de Hepatología el Miguel Servet

MÉTODO

- Desde Atención Primaria se solicitará la realización de elastografía hepática mediante el envío de un e-mail a la dirección (pendiente de creación) indicando datos básicos de paciente (edad, teléfono de contacto actualizado).
- Desde el Servicio de Digestivo se le llamará o se le enviará una citación para la realización de la misma en Consultas de Digestivo (Planta 2ª del Edificio de Consultas del Hospital Miguel Servet localizado en Calle Padre Arrupe).
- Según el resultado de la elastografía existen dos posibilidades:
 - Si el paciente tiene una Fibrosis F0-F1: Será controlado en Atención primaria recomendando la realización de elastografía cada aproximadamente 2 años
 - Si el paciente tiene una Fibrosis =F2: al paciente se le entregará la cita para ser valorado en Consulta de Hepatología para plantear tratamiento de Hepatitis C y seguimiento.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes con VHC que son derivados para realización de elastografía hepática evitando el paso por Centro de Especialidades: 90%
Porcentaje de pacientes con VHC sin fibrosis significativa que son derivados a consultas de digestivo: <10%.
Tiempo medio desde derivación por Médico de Atención Primaria y decisión de seguimiento: < 3 meses.

DURACIÓN

- Octubre-Diciembre: Información y selección de Centros de Atención Primaria para su implementación.
- Enero-Marzo-2017: Creación de nuevas consultas monográficas de hepatología
- Abril: Implementación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0260

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN ELASTOGRAFIA DE DE TRANSICION (ET) O FIBROSCAN

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE LARA LUZON SOLANAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRAGO LARRAMONA SANTIAGO
FUERTES LAHOZ EVA
BARRAO YOLDI ELENA
CAMO MONTERDE PATRICIA
PUYOLES BRAVO MANUEL
RUIZ BELMONTE LARA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actualmente la enfermera realiza el fibroscan en consultas externas de Digestivo; y ella misma es la encargada de generar un informe con el resultado de la prueba con la consiguiente visualización en intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido informatizar el resultado de fibroscan, de tal manera que es posible visualizar mediante el historial clínico informático el resultado del mismo. Esto ha permitido evitar la pérdida que en muchas ocasiones suponía entregar el resultado al paciente, evita la repetición innecesaria de la exploración, y consultar el mismo en consultas sucesivas, de cara a valorar la necesidad de un tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La informatización sistemática de exploraciones permite el ahorro de recursos sanitarios. En nuestro caso en el momento actual creemos que no queda pendiente ningún aspecto en relación a la mejora. Sí sería deseable el poder seguir contando con una enfermera entrenada para la realización de la prueba y elaboración consiguiente del informe de la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/260 ===== ***

Nº de registro: 0260

Título
INFORMATIZACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET) O FIBROSCAN

Autores:
LUZON SOLANAS LARA, FRAGO LARRAMONA SANTIAGO, FUERTES LAHOZ EVA, BARRAO YOLDI ELENA, CAMO MONTERDE PATRICIA, PUYOLES BRAVO MANUEL, RUIZ BELMONTE LARA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades crónicas del hígado producen una acumulación progresiva de fibra colágena en el parénquima hepático. La biopsia hepática ha sido durante años el método de referencia para cuantificar la fibrosis hepática. Actualmente se dispone de alternativas no invasivas para cuantificar la fibrosis. La elastografía de transición (ET) o Fibroscan® cuantifica la rigidez del hígado, que es proporcional al grado de fibrosis hepática. En estos momentos, el fibroscan del que disponemos en el Hospital Miguel Servet es prestado por la industria farmacéutica 9 meses al año aproximadamente. Previamente se realizaban mediante petición o canalización externa al H.C.U Lozano Blesa. En el último año hemos realizado más de 200 exploraciones, no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0260

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN ELASTOGRAFIA DE DE TRANSICION (ET) O FIBROSCAN

registrada a nivel del sistema informático.

Con este proyecto se pretende homogeneizar los resultados obtenidos e informatizar los mismos en intranet para disponer de resultados tanto en nuestro servicio, como a nivel de otros hospitales de diferentes sectores

RESULTADOS ESPERADOS

Actualmente el resultado de la prueba se entrega al paciente en mano, en papel térmico. Esto conlleva la posibilidad de extravío o deterioro del mismo que dificulte o impida su interpretación, lo que en ocasiones obliga a repetir la exploración.

La informatización de resultados mediante la inclusión en Intranet permitiría la visualización de forma sistemática en otras consultas, así como evitaría repetición de pruebas de forma innecesaria.

MÉTODO

Documento con estratificación o grado de fibrosis, con gráfico adjunto al mismo que permitirá interpertración sencilla de resultados de forma visual tanto para el Digestólogo, hepatólogo, como para otras especialidades. Capacitación del personal de enfermería y médicos de la Unidad de Hepatología para la realización del mismo e inclusión de resultados en H.P Doctor.

INDICADORES

- Resultados informativos en Intranet: 100%.
- Formación específica de enfermería: 2 D.U.E
- Monitorización y seguimiento del grado de fibrosis: 90%.

DURACIÓN

- Octubre-Noviembre-16: Realización de plantilla informatizada estandar.
- Diciembre-16-Enero-17:Contacto con servicio de Informática.
- Febrero-17: Formación de D.U.E.
- Marzo-Abril-17: Implementación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD

Fecha de entrada: 25/02/2018

2. RESPONSABLE EVA MARIA SIERRA MOROS
· Profesión MIR
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SORIA SAN TEODORO MARIA TERESA
URIBARRENA AMEZAGA RAFAEL
VAL PEREZ JOSE
BAJADOR ANDREU EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proceso comenzó con la puesta en marcha del programa de cribado, gestionado y monitorizado por la Unidad central, se está invitando, mediante envío postal, a la población diana a participar (hombres y mujeres entre 60 y 70 años) aquellos que aceptan son valorados en consultas de enfermería ambulatoria y si cumplen criterios, se solicita Test de sangre oculta en heces, si es negativo, se repite a los dos años y si es positivo, se envía la citación de colonoscopia para su realización en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Con este fin, se ha creado una agenda específica de una sala diaria, con seis colonoscopias de cribado que serán realizadas por cuatro endoscopistas con experiencia en endoscopia avanzada. En los últimos meses, dada la tasa de participación hemos aumentado una sala más a la semana.
Se crea un informe con los hallazgos endoscópicos, la recomendación de seguimiento y el destino del paciente.
Con la finalidad de tener un registro de toda la actividad realizada, la creación de los informes y el correcto seguimiento, hemos solicitado la colaboración de una enfermera cualificada sin haberla conseguido hasta el momento, por lo que el facultativo que realiza la exploración, actualmente revisa el resultado de las biopsias e introduce todos los datos en la base del SALUD para el cribado de CCR, creando al mismo tiempo un informe de seguimiento. Los pacientes de alto riesgo tras la realización de la colonoscopia y aquellos que presenten riesgo de cáncer hereditario, son derivados a consulta de alto riesgo de CCR,
En nuestro hospital existe un circuito rápido para el diagnóstico y tratamiento del CCR, que incluye a digestólogos, radiólogos, patólogos, cirujanos, anestesiistas, radioterapeutas y oncólogos que ha aumentado su actividad tras la implantación del programa de cribado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados a fecha de septiembre de 2017. Muchos de los datos enviados y analizados por los informáticos del programa de cribado, probablemente provisionales.
-TASA DE PARTICIPACION DE 58,1%
-Nº de personas con T.SOH positivo/ nº personas que realizaron el test x 100 = 11,5%
-Nº de personas sometidas a colonoscopia por T.SOH positivo / nº personas con T. positivo x 100 =(1524/1687) 90,3%
- Nº personas con adenomas de alto, medio y bajo riesgo, con cualquier adenoma / nº personas sometidas a colonoscopia por T.SOH positivo = 62,4%
- Nº personas con cáncer invasivo / nº personas sometidas a colonoscopia por T.SOH positivo x 100 = 4,4%
- Nº personas con cánceres en estadio 0, I, II, III y IV / nº personas con cáncer sometidas a colonoscopia por T.SOH positivo x 100 = 16%, 44%, 26%, 10%, 4%.
- Tiempo de espera hasta la realización de colonoscopia tras positividad del T.SOH = <6 SEMANAS
-Nº de colonoscopias con preparación buena-excelente realizadas por T.SOH positivo / nº de colonoscopias totales por esta indicación x 100 = (601/ 1524) 39,4%
- Nº personas con colonoscopia completa / nº personas sometidas a colonoscopia por T.SOH positiva x 100 = (1113/1524) 73%.
- Creación de un programa de endoscopias independiente para el cribado = SI
- Creación de un registro de complicaciones = SI
- Nº pacientes a los que se entrega de hoja de información y se documenta la firma de consentimiento informado / nº pacientes a los que se realiza colonoscopia por T.SOH positivo x 100 = 100%.
- Nº personas con complicaciones graves en la colonoscopia (aquellas que requieren hospitalización) / nº personas sometidas a colonoscopia por T.SOH positivo x 100 = 0% (205 complicaciones, pero ninguna grave)
-Nº de pacientes con adenomas de alto riesgo diagnosticados durante el cribado que son enviados a consulta de alto riesgo / nº pacientes con estas lesiones que son diagnosticados en el cribado x 100 = No disponible.
- Nº de pacientes con carcinoma invasivo diagnosticados durante el cribado que son enviados a consulta de alto riesgo / nº pacientes diagnosticados de carcinoma invasivo en el cribado x 100 = 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1- Los datos aportados arriba ponen de manifiesto la importancia de la implantación de este programa, dado el número de patología encontrada, tanto de lesiones preneoplásicas como de cánceres diagnosticados en estadios precoces, lo que mejora claramente el pronóstico. Todo ello hace que a pesar de la importante carga asistencial que supone, no solo para el servicio de digestivo sino para todos aquellos implicados, continuemos muy motivados para su continuación.
2-Se solicitó, a tiempo parcial, una enfermera para el registro, la coordinación en nuestro hospital y la cumplimentación de los informes, creemos que es algo importante dada la carga asistencial que supone y su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD

existencia en otros centros asistenciales. Hasta el momento nuestra solicitud no ha sido atendida.

3- El acceso a los datos del programa de cribado, que ahora no tenemos, nos ayudaría al análisis correcto de nuestra actividad.

4- La implantación del programa ha supuesto un aumento de las listas de espera de endoscopia, hecho que en los últimos meses está mejorando al aumentar la actividad de tarde.

7. OBSERVACIONES.

Envié el informe de resultados el jueves 22 dado que no recibí el mail con el modelo de la memoria. Se me ha facilitado por otros medios.

Gracias
un saludo

*** ===== Resumen del proyecto 2016/287 ===== ***

Nº de registro: 0287

Título
IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD

Autores:
SIERRA MOROS EVA MARIA, SORIA SAN TEODORO MARIA TERESA, URIBARRENA AMEZAGA RAFAEL, VAL PEREZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....: PROGRAM COMPLETO PARA EL CONTROL DE CCR

PROBLEMA

En España el cáncer colorrectal es uno de los problemas de salud más importantes, ocupando el primer lugar en incidencia y siendo la segunda causa de mortalidad por cáncer.
El cáncer colorrectal es una enfermedad que se puede prevenir. La estrategia del Sistema Nacional de Salud ya recomendaba en 2009 el cribado de cáncer de mama, cuello uterino y colon. Los programas de cribado poblacional tratan de asegurar un acceso equitativo, pero existen diferencias entre las distintas comunidades autónomas; según informe de 2014 de la red de Programas de Cribado de Cáncer, nuestra comunidad se encuentra en desventaja, tanto en fecha de inicio (2013) como en la población incluida e invitada.
La experiencia ha demostrado que la detección precoz y el tratamiento de lesiones asintomáticas, mejora el control de la enfermedad, particularmente si están integrados en un programa completo de control de CCR.
Los programas de cribado juegan un papel relevante en la identificación de las personas con riesgo de presentar un cáncer hereditario y deben ser remitidas a unidades especializadas.
Se encuentra bien establecida la lesión premaligna a partir de la cual se forma el CCR, el pólipo adenomatoso, su resección endoscópica ha demostrado que reduce la incidencia y la mortalidad por CCR.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo final es la reducción de la mortalidad por cáncer de colon en nuestra comunidad, participando en el programa de cribado y en la atención integral y completa del paciente con CCR y aquel con riesgo de padecerlo.

MÉTODO

El proceso comienza con la puesta en marcha del programa de cribado, gestionado y monitorizado por la Unidad central, que invita a la población diana a participar, si acepta es valorado en consultas de enfermería ambulatoria y si cumple criterios, se solicita Test de sangre oculta en heces, si es negativo, se repite a los dos años y si es positivo, se envía la citación de colonoscopia para su realización en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Con este fin, se ha creado una agenda específica de una sala diaria, con seis colonoscopias de cribado que serán realizadas por cuatro endoscopistas con experiencia en endoscopia avanzada. Contamos con experiencia en la sedación del paciente.
Se creará un informe con los hallazgos endoscópicos, la recomendación de seguimiento y el destino del paciente.
Con la finalidad de tener un registro de toda la actividad realizada, la creación de los informes y el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD

correcto seguimiento, hemos solicitado la colaboración de una enfermera cualificada. Los pacientes de alto riesgo tras la realización de la colonoscopia y aquellos que presenten riesgo de cáncer hereditario, serán derivados a consulta de alto riesgo de CCR, creada para este fin. En nuestro hospital existe un circuito rápido para el diagnóstico y tratamiento del CCR, que incluye a digestólogos, radiólogos, patólogos, cirujanos, anestesiistas, radioterapeutas y oncólogos.

INDICADORES

7-1 INDICADORES DE PARTICIPACION:

TASA DE PARTICIPACIÓN

Número de personas con test de las invitaciones válidas en el año / Número de personas con invitación válida en el año x 100

7-2 INDICADORES DE PROCESO

-Tasa de personas con test inadecuados entregados en el año:

-Tasa de personas con test positivo

-Tasa personas con aceptación de colonoscopia

-Tasa de personas con colonoscopia completa realizada

-Tasa de personas con complicaciones graves en la colonoscopia

7.3 INDICADORES DE RESULTADO

Lesiones detectadas.

-Tasa de personas con adenomas de alto, medio y bajo riesgo.

-Tasa de personas con cualquier adenoma

-Tasa de personas con cáncer invasivo

-Porcentaje de cánceres en estadio I, II, III y IV

7-4 INDICADORES DE CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA

-Tiempo de espera tras la realización de SOH (<6 semanas)

-Proporción de exploraciones con preparación buena-excelente (>90% de las colonoscopias)

-Programa de endoscopias independiente para el cribado (existencia del mismo).

-Registro de complicaciones (existencia del mismo).

-Hoja de información y documentación de consentimiento informado (100% de exploraciones)

-Acontecimientos adversos relacionados con la evaluación previa (<10%)

-Control y vigilancia de desinfección (nivel aceptable cada 3 meses)

-Personal capacitado (al menos dos endoscopistas que cumplan los requisitos de calidad)

7-4 INDICADORES DE LA CONSULTA DE ALTO RIESGO

-Número de pacientes enviados desde consulta/año

-Número de pacientes enviados tras la realización de colonoscopia/año

DURACIÓN

En septiembre de 2016 se empiezan a enviar las primeras cartas de invitación, progresivamente se irán incluyendo 13 ambulatorios y un total de 1280 pacientes hasta julio de 2017.

Desde septiembre de 2017 hasta abril de 2018 se incluyen los ocho 8 ambulatorios que completan el Área II con otros 1427 pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0833

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR CORSINO ROCHE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES MARINA MARIA ANGELES
BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El protocolo que estaba previsto entregar el año pasado no se pudo realizar en tiempo dada la baja maternal de la persona responsable del mismo. El protocolo está a punto de ser finalizado y presentado en la unidad correspondiente para ello en las próximas semanas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por ahora no hay resultados alcanzados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la demora de la presentación del protocolo, se ha podido incluir el nuevo fármaco biológico aprobado recientemente por la EMA, por lo que se trata de un protocolo completamente actualizado. Además se ha observado la necesidad de realizar un manual de uso del programa "hospiwin" por parte de enfermería y se ha incluido dentro de éste.

7. OBSERVACIONES.

A pesar de la demora en la ejecución, es un proyecto que continúa y que en las próximas semanas se podrá objetivar con la presentación del protocolo, un protocolo realmente necesario para el uso correcto y seguro de los tratamientos biológicos en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/833 ===== ***

Nº de registro: 0833

Título
INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)

Autores:
CORSINO ROCHE PILAR, BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL, MORALES MARINA MARIA ANGELES, GUALLART CALVO MARIA REYES, GOTOR DELSO JESUS, ESPINA CADENA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El porcentaje de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) tratados con fármacos biológicos intravenosos en el hospital Miguel Servet, está aumentando de manera progresiva siendo actualmente una de las partes con mayor representación en el trabajo habitual de hospital de día. Los fármacos biológicos intravenosos utilizados en la EII son: Infliximab (Remicade ®), Vedolizumab (Entyvio ®), Natalizumab (Tysabri ®) 4) y CT-P13 (Inflextra ®) que es un biosimilar de infliximab. Estos fármacos son pautados por gastroenterólogos especializados en EII y son administrados por vía intravenosa habitualmente en Hospital de día y de manera ocasional en plantas de hospitalización en pacientes ingresados por brote de su enfermedad. Se trata de fármacos preparados por el servicio de farmacia el mismo día de su administración en los que por sus

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0833

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)

características y posibles reacciones alérgicas, previamente a su administración, se deben de realizar una serie de comprobaciones para minimizar al máximo los riesgos para el paciente y en caso de reacción infusional se debe de tener claro el protocolo a seguir.
Llevamos varios años administrando éstos fármacos en régimen de hospital de día a pacientes con EII, pero de forma no del todo estandarizada. A pesar de haber personal entrenado para ello, las necesidades del servicio y/o del hospital, hacen que haya cambios en plantilla y no siempre se encuentre personal de enfermería familiarizado con la administración de este tipo de fármacos. Además, en ocasiones, han de administrarse fuera de hospital de día, por lo que el personal de planta, no suele estar acostumbrado a trabajar con este tipo de tratamientos. Por todo ello, vemos necesario la creación de un protocolo de administración de fármacos biológicos que incluya un check-list de comprobación de seguridad previo a su administración, pauta de administración de premedicación y casos en la que es necesaria, normas para la infusión y un protocolo de actuación en caso de reacciones alérgicas relacionada con la infusión.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejoría en la seguridad del paciente, evitando posibles errores que pueden aparecer cuando no existe una pauta clara a seguir.
- Posibilitar acceso de personal de enfermería no entrenado específicamente para este trabajo en la ocasión que se requiera.
- Administración de estos fármacos con seguridad en cualquier planta de hospitalización sin necesidad de que tenga que ser administrado por el personal que habitualmente lo hace en hospital de día y/o sin tener que desplazar al paciente hasta hospital de día
- Disminución del número de reacciones infusionales tras la protocolarización de la premedicación a infundir.
- Mejora en el manejo de reacciones infusionales.

MÉTODO

1. Realización del protocolo, siguiendo las guías y recomendaciones actuales para el uso de fármacos biológicos en la EII. El protocolo debe incluir: a) check-list previo a la preparación del fármaco biológico y administración, b) protocolo de administración y premedicación, c) protocolo de actuación ante una reacción infusional.
2. Presentación en el servicio de Digestivo para conocimiento del mismo tanto a personal médico como de enfermería.
3. Difusión y explicación del protocolo correspondiente, sobre todo en planta de hospitalización de Digestivo que es donde más habitualmente se administra fuera del ámbito de hospital de día.
4. Elaboración del protocolo según normas de la Unidad de Calidad Asistencial para que sea instalado en la intranet hospitalaria y sea accesible a todo el personal que quiera acceder a él.

INDICADORES

1. Registro de todos los casos a los que se les administra el tratamiento biológico desde la puesta en marcha del mismo, para análisis posterior de eficacia y seguridad.
2. Registro de los acontecimientos hallados en la realización del check-list previo a la administración del fármaco que impidan la administración de éste y pauta llevada a cabo por el servicio de enfermería.
3. Registro de reacciones infusionales y protocolo de actuación llevado a cabo.
4. Encuesta de satisfacción en el personal de enfermería de precise utilizar el protocolo y que forme o no parte de su trabajo habitual.

DURACIÓN

- Realización del protocolo: octubre de 2016
- Presentación y difusión del mismo noviembre de 2016
- Puesta en marcha del protocolo: desde diciembre de 2016
- Análisis de indicadores septiembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0833

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL VICENTE LIDON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LOPEZ SANTIAGO
MONZON ABAD ANDRES
MARTINEZ GERMAN ANTONIO
SANtero RAMIREZ MARIA PILAR
SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS
LARROSA LOPEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Dada información sobre la creación de la comisión a los distintos servicios involucrados en la misma, tanto a jefes de servicio como a las personas que van a ser los componentes de la comisión

- Elaborado un formulario de registro de cada reunión de la comisión en el programa Hp doctor para que quede constancia en la intranet de todas las decisiones tomadas con cada paciente.

- Búsqueda de día y hora para poder realizar las reuniones, todavía por determinar lugar físico donde poder realizar las reuniones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todavía no alcanzados ya que no se han iniciado las reuniones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente iniciar las sesiones de la comisión, las cuales deberían realizarse en un lugar físico adecuado con material informático y personal administrativo como puede ser en la sala de celebración de comités de tumores, sin embargo, esto no puede ser porque en el horario que puede realizarse, por parte de la mayoría de los servicios implicados en esta comisión, está ocupado. Interesa encontrar un sitio adecuado, cuanto antes.

Otra de las causas en el retraso del inicio del proyecto, es la demora por parte del servicio de informática, la hora de crear el formulario necesario para el Hp doctor.

La elaboración del formulario de Hp Doctor ha sido muy costoso conseguir

7. OBSERVACIONES.

Esperamos empezar en el mes de marzo de 2018, el inicio de las sesiones de la comisión, inicialmente en un despacho médico hasta solventar el problema de la ubicación.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/842 ===== ***

Nº de registro: 0842

Título
CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Autores:
VICENTE LIDON RAQUEL, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, ESTRADA ABAD PILAR, MONZON ABAD ANDRES, MARTINEZ GERMAN ANTONIO, SANtero RAMIREZ MARIA PILAR, SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS, LARROSA LOPEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Enfermedad Inflamatoria Intestinal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad clínica crónica que afecta sobre todo a personas jóvenes cuya incidencia va en aumento de manera progresiva en nuestro medio. En muchas ocasiones la complejidad de los casos es muy alta lo que hace necesario la colaboración de múltiples especialidades para su manejo. De hecho, la recomendación actual sobre el manejo de la EII es llevarlo a cabo en unidades de abordaje integral a la EII (UAIEII), formadas por diversos profesionales expertos en la EII. En nuestro centro ya llevamos a cabo este abordaje interdisciplinar pero de forma funcional, sólo gracias a la colaboración no estructurada de ciertos profesionales especialmente implicados y expertos en la EII. Sin embargo, existen importantes dificultades de cooperación entre nosotros por la ausencia de una estructura orgánica. Crear una comisión multidisciplinar para el abordaje terapéutico a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (CTEII), inicialmente sobre todo para los casos complejos en los que se plantea la cirugía, permitiría solucionar en gran medida estos problemas y mejorar la atención a los pacientes con EII. Constituirá el primer paso, y prioritario, en la posterior creación de una UAIEII que impulsaría y ampliaría aún más el abordaje interdisciplinar a la EII.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la atención asistencial en pacientes diagnosticados de EII que requieren atención por varios especialistas debido a su complejidad, determinando cuáles son las mejores opciones diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con las guías actuales de manejo de la EII.

- Optimización de los recursos sanitarios según la decisión del manejo especializado y multidisciplinar, evitando exploraciones innecesarias y programando los tiempos concretos para realizar exploraciones diagnósticas y cirugía.

MÉTODO

- En paralelo a este proyecto de mejora se seguirán los pasos necesarios establecidos para la creación de comisiones multidisciplinarias hospitalarias. Responsable : FEA Digestivo

- Presentación del proyecto a los jefes de servicio de los distintos servicios para su evaluación y aprobación. Responsable: FEA Digestivo

- Organización de los recursos necesarios para iniciar las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.

o Lugar físico y personal administrativo para emisión de informe .

o Determinar la periodicidad y hora para su celebración.

o Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) interno de funcionamiento. Incluirá demoras máximas consensuadas en exploraciones, citas en consultas y cirugía, además de la revisión de la evolución de los casos.

o Elaboración del formulario para el registro informatizado de todas las reuniones de la comisión y decisiones tomadas para su posterior análisis.

- Elaboración de un calendario de sesiones para las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.

- Divulgación de la existencia de dichas sesiones entre los médicos que tratan esta patología, mediante sesiones clínicas. FEA Digestivo y cirugía.

INDICADORES

Registro de:

- Número de sesiones realizadas por la comisión a los 6 y 12 meses de la puesta en marcha de este proyecto.

- Número de casos clínicos valorados en las comisiones realizadas.

- Decisiones tomadas en la comisión (cirugía, intensificación de terapia médica,, nuevas pruebas diagnósticas, etc)

Evaluación del impacto de la asistencia multidisciplinar mediante:

- Medición de tiempos de demora desde las decisiones tomadas en la comisión hasta que se lleven a cabo.

- Tasa de demoras inapropiadas. Número de pacientes en los que se realiza dentro de la demora consensuada una técnica radiológica, una cita en consulta o una cirugía, en relación al total de los pacientes en los que se decide alguna de las anteriores intervenciones.

- Valor añadido aportado por la comisión, entendido en términos diagnósticos o terapéuticos. Auditado por revisión retrospectiva de historias clínicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

- Evaluación de la posible ganancia en salud y calidad de vida de los pacientes relacionada con la decisión del comité así como de los posibles efectos adversos.

DURACIÓN

- Presentación del proyecto a los Jefes de servicio de los distintos servicios (noviembre 2016).
- Obtención de los recursos materiales y humanos. Noviembre, Diciembre 2016.
- Elaboración del protocolo y PNT, que incluirá el formulario de recogida de datos. Diciembre 2016, enero 2017.
- Elaborar un calendario de reuniones (enero de 2016).
- Inicio de las reuniones multidisciplinares (febrero 2017).
- Análisis de los objetivos del proyecto. Número de sesiones realizadas, registro del número de pacientes evaluados e indicadores marcados para el proyecto (octubre, noviembre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO - QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL VICENTE LIDON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LOPEZ SANTIAGO
BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL
DUQUE MALLÉN MARIA VICTORIA
SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR
SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS
DE LA ROSA RAQUEL
CORSINO ROCHE PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han celebrado 8 comités en los meses que llevamos desde su instauración (1por mes). En ellos se han presentado un total de 20 pacientes para la toma de decisiones diagnosticas o terapéuticas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La toma de decisiones a partir del comité ha arrojado resultados positivos evidentes, como la incorporación de diversas perspectivas terapéuticas que mejoran sin duda el tratamiento de cada paciente concreto. Además se habrá disminuido, con total seguridad, aunque no lo tenemos medido, la demora efectiva de pruebas diagnósticas y terapéutica en aquellos pacientes presentados en la comisión y que así lo requerían. Mas allá de estos resultados medibles, la celebración de las comisiones y la creación de un grupo multidisciplinar, con sensación del pertenencia al mismo entre los diversos miembros, ha mejorado en mucho ámbitos la cooperación entre las especialidades implicadas. Es este un aspecto no medible pero de especial importancia en mi opinión

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Continuar en esta línea, ampliando el número de reuniones de acuerdo a las necesidades. Incluir en el grupo al resto de especialidades implicadas si el caso clínico lo requiere.
Conseguir en el futuro la certificación de la unidad de enfermedad inflamatoria intestinal del HUMS, en la que la comisión multidisciplinar desempeña un papel clave.

7. OBSERVACIONES.

Aún está pendiente la contratación de enfermería especializada para la unidad de enfermedad inflamatoria intestinal, que desempeña un papel central en el buen funcionamiento del comité, tal y como consta en todos los documentos elaborados al respecto. De hecho sin dicha figura el proyecto no es viable a medio plazo. Diríamos más, no es viable una unidad de enfermedad inflamatoria intestinal de calidad en un centro como el HUMS.
RESPONSABLE DE LA COMISIÓN: SANTIAGO GARCÍA LÓPEZ

*** ===== Resumen del proyecto 2016/842 ===== ***

Nº de registro: 0842

Título
CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Autores:
VICENTE LIDON RAQUEL, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, ESTRADA ABAD PILAR, MONZON ABAD ANDRES, MARTINEZ GERMAN ANTONIO, SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR, SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS, LARROSA LOPEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología.: Enfermedad Inflamatoria Intestinal
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO - QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad clínica crónica que afecta sobre todo a personas jóvenes cuya incidencia va en aumento de manera progresiva en nuestro medio. En muchas ocasiones la complejidad de los casos es muy alta lo que hace necesario la colaboración de múltiples especialidades para su manejo. De hecho, la recomendación actual sobre el manejo de la EII es llevarlo a cabo en unidades de abordaje integral a la EII (UAIEII), formadas por diversos profesionales expertos en la EII. En nuestro centro ya llevamos a cabo este abordaje interdisciplinar pero de forma funcional, sólo gracias a la colaboración no estructurada de ciertos profesionales especialmente implicados y expertos en la EII. Sin embargo, existen importantes dificultades de cooperación entre nosotros por la ausencia de una estructura orgánica. Crear una comisión multidisciplinar para el abordaje terapéutico a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (CTEII), inicialmente sobre todo para los casos complejos en los que se plantea la cirugía, permitiría solucionar en gran medida estos problemas y mejorar la atención a los pacientes con EII. Constituirá el primer paso, y prioritario, en la posterior creación de una UAIEII que impulsaría y ampliaría aún más el abordaje interdisciplinar a la EII.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la atención asistencial en pacientes diagnosticados de EII que requieren atención por varios especialistas debido a su complejidad, determinando cuáles son las mejores opciones diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con las guías actuales de manejo de la EII.

- Optimización de los recursos sanitarios según la decisión del manejo especializado y multidisciplinar, evitando exploraciones innecesarias y programando los tiempos concretos para realizar exploraciones diagnósticas y cirugía.

MÉTODO

- En paralelo a este proyecto de mejora se seguirán los pasos necesarios establecidos para la creación de comisiones multidisciplinarias hospitalarias. Responsable : FEA Digestivo

- Presentación del proyecto a los jefes de servicio de los distintos servicios para su evaluación y aprobación. Responsable: FEA Digestivo

- Organización de los recursos necesarios para iniciar las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.

o Lugar físico y personal administrativo para emisión de informe .

o Determinar la periodicidad y hora para su celebración.

o Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) interno de funcionamiento. Incluirá demoras máximas consensuadas en exploraciones, citas en consultas y cirugía, además de la revisión de la evolución de los casos.

o Elaboración del formulario para el registro informatizado de todas las reuniones de la comisión y decisiones tomadas para su posterior análisis.

- Elaboración de un calendario de sesiones para las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.

- Divulgación de la existencia de dichas sesiones entre los médicos que tratan esta patología, mediante sesiones clínicas. FEA Digestivo y cirugía.

INDICADORES

Registro de:

- Número de sesiones realizadas por la comisión a los 6 y 12 meses de la puesta en marcha de este proyecto.

- Número de casos clínicos valorados en las comisiones realizadas.

- Decisiones tomadas en la comisión (cirugía, intensificación de terapia médica,, nuevas pruebas diagnósticas,etc)

Evaluación del impacto de la asistencia multidisciplinar mediante:

- Medición de tiempos de demora desde las decisiones tomadas en la comisión hasta que se lleven a cabo.

- Tasa de demoras inapropiadas. Número de pacientes en los que se realiza dentro de la demora consensuada una técnica radiológica, una cita en consulta o una cirugía, en relación al total de los pacientes en los que se decide alguna de las anteriores intervenciones.

- Valor añadido aportado por la comisión, entendido en términos diagnósticos o terapéuticos. Auditado por revisión retrospectiva de historias clínicas.

- Evaluación de la posible ganancia en salud y calidad de vida de los pacientes relacionada con la decisión del comité así como de los posibles efectos adversos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO - QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

DURACIÓN

- Presentación del proyecto a los Jefes de servicio de los distintos servicios (noviembre 2016).
- Obtención de los recursos materiales y humanos. Noviembre, Diciembre 2016.
- Elaboración del protocolo y PNT, que incluirá el formulario de recogida de datos. Diciembre 2016, enero 2017.
- Elaborar un calendario de reuniones (enero de 2016).
- Inicio de las reuniones multidisciplinares (febrero 2017).
- Análisis de los objetivos del proyecto. Número de sesiones realizadas, registro del número de pacientes evaluados e indicadores marcados para el proyecto (octubre, noviembre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0866

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL BOUDET BARRACA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORSINO ROCHE PILAR
MORALES MARINA MARIA ANGELES
SANZ SEGURA PATRICIA
GARCIA CAMARA PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han intercambiado 661 correos electrónicos con los pacientes de la unidad, resolviendo dudas, facilitando dudas, recomendando actitudes, acciones terapéuticas, pautas de vida o facilitando pruebas complementarias.

Hemos intercambiado además 725 llamadas telefónicas relacionadas con el manejo de la enfermedad.

Se han realizado múltiples publicaciones en el Tweet de la unidad, a modo en su mayoría de información al respecto de actividades propias o de interés para el paciente.

No obstante, el requisito básico para la puesta en marcha de este proyecto, fue la dotación por parte del hospital de una enfermera asistencial en nuestra unidad, que facilitara dichas tareas y pudiera encargarse del teléfono móvil. Al no disponer de la misma, la actividad se ha realizado por parte de los facultativos y enfermera de investigación, de forma añadida a su actividad habitual. De la misma manera, no ha sido posible dar de alta la línea de telefonía móvil, al no disponer de nadie que pudiera encargarse de atenderla en horario laboral.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Si bien resulta casi imposible de cuantificar, sin duda, la actividad desarrollada ha contribuido a disminuir la carga asistencial de nuestras consultas, hospitalización y servicio de urgencias, así como las consultas de atención primaria de los pacientes.

No obstante, sigue resultando clave la incorporación de una enfermera con tarea asistencial de coordine esta labor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante este año la principal enseñanza ha sido que sacrificando tu tiempo de ocio personal, puedes suplir parcialmente la falta de medios humanos existente en nuestra unidad actualmente, ya que los medios propuestos de han mostrado eficaces, pero sin tiempo específico dedicado a ellos en nuestras respectivas agendas. No obstante, aspiramos a la pronta resolución de la situación.

7. OBSERVACIONES.

Precisamos la incorporación a muy corto plazo de una enfermera asistencial que pueda hacerse cargo y coordinar las funciones de telemedicina en nuestra unidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/866 ===== ***

Nº de registro: 0866

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". PROGRAMA DE TELEMEDICINA

Autores:
BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL, CORSINO ROCHE PILAR, MORALES MARINA MARIA ANGELES, SANZ SEGURA PATRICIA, GARCIA CAMARA PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0866

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Enfermedad inflamatoria intestinal (EII), constituida por Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, conforma una patología crónica que alterna periodos de remisión con otros de actividad inflamatoria imprevisible, que puede requerir una rápida valoración y un tratamiento médico. El enfoque actual de las enfermedades crónicas contempla no sólo la enfermedad en sí misma (dimensión biológica), sino también la recuperación de la salud y el bienestar (dimensiones psicológicas y sociales de la persona), mejorando así la calidad de vida de los pacientes y el de su familia.

El alto índice de ocupación de las consultas dedicadas a la enfermedad, impide en ocasiones ofrecer la atención precisa en el lapso de tiempo deseable. Es necesario buscar herramientas que permitan al paciente un contacto y acceso rápido a una atención sanitaria cuando sea preciso.

El personal de la unidad puede además suministrar peticiones de pruebas, informes médicos o alertar a determinados pacientes sobre datos o informaciones recientes (Alteraciones analíticas relevantes, problemas con determinados fármacos,...) mediante estos canales.

La utilización de distintos medios (teléfono, mail, faxes, Webs, redes sociales,...) reduce la barrera comunicativa entre el paciente y el equipo sanitario y facilita estos objetivos de forma eficaz y económica. Gracias a estas herramientas, otras cuestiones que pueden surgir en el paciente durante su enfermedad, pueden ser resueltas de forma cómoda y rápida tanto para el paciente como para el personal de la unidad, ahorrando recursos que quedan disponibles para resolución de otros problemas.

Gracias a estos medios, se facilita además el acceso a información escrita complementaria sobre la enfermedad y temas relacionados, el aumento de adherencia al tratamiento o la integración del paciente en asociaciones de pacientes, aumentando así el grado de implicación del paciente con su enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS

La implementación de los medios propuestos, mejora la atención al paciente, y evita que se sienta desprotegido. Contribuye además a la adecuación de determinadas consultas presenciales o telefónicas, tanto en la propia unidad como en otros canales (Urgencias, secretarías de planta o endoscopia, personal de consultas,...) lo que supone una mejora en la calidad de la atención al paciente programado. Cuando el paciente utiliza estos medios para comunicar una situación urgente, obtiene una rápida respuesta por parte de su equipo médico habitual, optimizando el manejo de su patología.

MÉTODO

Proponemos varias formas de contacto:

- Correo electrónico: Proporciona un medio de contacto mayoritariamente accesible. Sus ventajas son la disponibilidad sin limitaciones horarias e independiente de la ubicación del paciente. Permite el envío y recepción de documentos adjuntos (informes, imágenes, solicitudes de pruebas,...).

El personal sanitario puede ofrecer una respuesta en sus momentos de disponibilidad, permitiendo que algunas cuestiones puedan ser consultadas con otros miembros de la unidad o externos a ella en caso de ser preciso.

- Teléfono móvil: Contacto más inmediato. Accesible a toda la población. Puede ser utilizado en caso de necesidad de respuesta urgente. Su principal limitación es la disponibilidad horaria del personal que atiende el servicio.

- Redes sociales: Transmiten información, eventos o ideas a los pacientes.

- Páginas web: Facilitar a los pacientes páginas web de fiabilidad contrastada.

El proyecto se llevará a cabo en la Unidad de EII del Servicio de Digestivo del Hospital Miguel Servet, compuesta por 3 digestólogos expertos en el manejo de EII y 2 enfermeras adscritas a la unidad, formadas en EII.

Las tareas y horarios de atención se reparten con el objetivo de que ninguna demanda que requiera atención prioritaria pase más de 24-48 horas sin respuesta.

INDICADORES

Recogida de las demandas de atención sanitaria realizadas por vía telemática a la unidad de EII del Hospital Miguel Servet.

Se realizará un registro del número y tipo de demandas efectuadas, calculando los porcentajes de demandas resueltas telefónicamente, vía email o presencialmente.

Se elaborará también un registro de las demandas resueltas por enfermería y de aquellas que cuentan con la intervención del médico responsable del paciente, derivación a urgencias, ingreso o interconsultas.

Con los datos recogidos, se propone la elaboración de un informe anual que permita comprobar la actividad efectuada, así como su efectividad.

DURACIÓN

El programa ha iniciado su funcionamiento en prueba desde hace algunos meses, (especialmente en lo que se refiere a mail y presencia en redes sociales). Actualmente se realizan ajustes en las formas de recibir y responder las comunicaciones por parte del paciente.

La atención por medio de teléfono móvil se halla en trámites de alta en el momento actual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0866

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"

No se prevé una fecha de finalización del programa.

OBSERVACIONES

Presentado previamente con numero 723 (exceso de caracteres)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1219

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE EDUARDO BAJADOR ANDREU
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LOPEZ SANTIAGO
SORIA SANTEODORO MARIA TERESA
ALCEDO GONZALEZ JAVIER
BERNAL MONTERDE VANESA
SANCHEZ CUCALON SUSANA
POVAR MARCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Redacción, revisión del Protocolo de Hemorragia Digestiva Aguda, coincidiendo con el cierre de la Unidad de Endoscopias Digestivas.

El Protocolo ha sido aprobado por la Comisión Técnico-assistencial del HUMS y ya se encuentra disponible en la Intranet del hospital con el número Z2-567-18.

El protocolo incluye dos algoritmos de actuación: el primero para la atención de hemorragias digestivas originadas o procedentes de urgencias de nuestro centro y un segundo algoritmo para el caso de pacientes con hemorragia procedentes de otros hospitales.

En la redacción del protocolo ha intervenido los siguientes servicios: Servicio de Digestivo, Servicio de Urgencias, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Personal Subalterno.

El protocolo especifica con todo detalle el manejo del paciente, de acuerdo a la etiología y características de la hemorragia digestiva que presenta, y se definen los requisitos y función de cada profesional que interviene en el proceso.

De forma paralela se ha llevado a cabo una Formación específica para el personal de Enfermería y Personal Auxilliario Sanitario que no estaba habituado a esta labor, para la correcta colaboración en la atención clínica y endoscópica dle paciente con hemorragia digestiva. Esta formación se continua con cada nueva incorporación de personal de enfermería o TCAE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Incidencia Número de pacientes que presentan HD Aguda al año:
INGRESADOS EN CAMAS 805-807/1-807/2-809/1-809/2 ENTRE 1-JUN-18 Y 11-MAR-19= 193 PACIENTES

Procedencia Número de pacientes con HD Aguda remitidos desde otros centros hospitalarios. N° total = 23

Idoneidad de Solicitud de la Endoscopia Urgente en HD Aguda N° Endoscopias urgentes realizadas / N° de llamadas al Endoscopista. Umbral=90 %
PORCENTAJE DE LLAMADAS CONSIDERADAS IDONEAS: 76 %

Calidad Endoscopia Urgente en HD Aguda N° Endoscopias urgentes realizadas con personal adecuado/ N° Endoscopias urgentes realizadas Umbral=100 %
Se considera que el 100% se han realizado con arreglo a los criterios de calidad respecto al personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo considera, junto con el resto del Servicio, que el protocolo ha funcionado correctamente. La mejora en la disponibilidad de personal de enfermería y auxiliar, así como la realización de la endoscopia urgente en el área específica de endoscopias, ha supuesto un salto de calidad respecto a la situación previa a la instauración del protocolo. Durante el periodo en que está en funcionamiento (unos 9 meses) no ha habido problemas relevantes respecto a la disponibilidad de camas en la Unidad de Hospitalización de Digestivo. Quizá el aspecto a mejorar mas relevante sea tratar de optimizar la idoneidad de las llamadas al endoscopista de urgencia. No obstante, debe tenerse en cuenta, que algunas de estas llamadas, consideradas como no idóneas, son en realidad llamadas para consultar la indicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1219 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1219

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Nº de registro: 1219

Título
ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
BAJADOR ANDREU EDUARDO, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, SORIA SANTEODORO MARIA TERESA, ALCEDO GONZALEZ JAVIER, BERNAL MONTERDE VANESA, SANCHEZ CUCALON SUSANA, POVAR MARCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las nuevas condicionantes epidemiológicas y clínicas que concurren en los pacientes que sufren hemorragia digestiva aguda en la actualidad, han motivado que la Dirección del Hospital Universitario Miguel Servet tome la decisión del cierre de la Unidad de Endoscopias Digestivas. Esta circunstancia nos obliga a llevar a cabo una serie de modificaciones en el manejo de estos pacientes, tanto desde el punto de vista diagnóstico-terapéutico, como desde el punto de vista organizativo asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Nueva redacción del Protocolo de actuación en el paciente con Hemorragia Digestiva Aguda en colaboración con el S. de Urgencias.
Establecimiento de normas para la realización de la Endoscopia de Urgencia, con descripción de momento de la indicación, personal necesario y localización física tras la desaparición de la Unidad de Hemorragias Digestivas.
Reorganización de la hospitalización del paciente en el S. de Digestivo con objeto de garantizar la disponibilidad de camas y su adecuada atención.

MÉTODO

Redacción, revisión del Protocolo de Hemorragia Digestiva Aguda.
Aprobación del Protocolo por la Comisión Técnico-asistencial del HUMS.
Elaboración del algoritmo de actuación ante la necesidad de una Endoscopia Urgente. Intervienen: Servicio de Digestivo, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Personal Subalterno.
Definición de las características y requisitos de cada profesional que interviene en el proceso.
Formación de Enfermería y Personal Auxiliario Sanitario para la atención endoscópica y en planta del paciente con HD Aguda.

INDICADORES

Incidencia	Número de pacientes que presentan HD Aguda al año	No	Nº total.
Procedencia	Número de pacientes con HD Aguda remitidos desde otros centros hospitalarios.		
Idoneidad de Solicitud de la Endoscopia Urgente en HD Aguda		Nº Endoscopias urgentes realizadas / Nª de llamadas al Endoscopista.	
Calidad Endoscopia Urgente en HD Aguda		Umbral=90 %	
Endoscopias urgentes realizadas		Nº Endoscopias urgentes realizadas con personal adecuado/ Nº Umbral=100 %	

DURACIÓN

Redacción, revisión del Protocolo de Hemorragia Digestiva Aguda: 2 meses.
Aprobación del Protocolo por la Comisión Técnico-asistencial del HUMS: 1 mes (primera reunión disponible).
Elaboración del algoritmo de actuación ante la necesidad de una Endoscopia Urgente. Intervienen: Servicio de Digestivo, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Personal Subalterno: 1 mes.
Definición de las características y requisitos de cada profesional que interviene en el proceso: 1 mes
Formación de Enfermería y Personal Auxiliario Sanitario para atención endoscópica y a atención en planta del paciente con HD Aguda: A lo largo de un año, se formará a todo el personal en especial al de nueva incorporación.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1219

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE SUSANA SANCHEZ CUCALON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUENTES OLMO JAVIER
BERNAL MONTERDE VANESA
RAFELES MARCEN JOSE LUIS
DE VAL COMIN EVA MARIA
MARRODAN PEREZ JULIA
GUTIERREZ ABASCAL MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PROTOCOLO NORMALIZADO DE TRABAJO (PNT) EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

Objetivo del PNT:

Establecer un marco de actuación común de referencia, en aspectos organizativos y funcionales, para todos los médicos y resto del personal sanitario y auxiliar que atienden a pacientes ingresados en el servicio de digestivo.

Favorecer el trabajo asistencial y una atención más homogénea práctica a los pacientes ingresados en el servicio de digestivo.

Dada la naturaleza de la actividad a la que se refiere, no se trata de normas de obligado cumplimiento, sino de recomendaciones para un adecuado discurrir del trabajo en planta.

Ámbito de aplicación:

Planta de hospitalización de digestivo (plantas 8ª y 4ª, hospital general), si bien algunos aspectos son aplicables a pacientes ingresados a cargo del Servicio, pero en otras plantas ("ingresos ectópicos").

Premisas previas:

Este protocolo general tiene particularidades específicas en las unidades funcionales que forman la Unidad de Hospitalización del servicio (Gastroenterología, Hepatología, y sus subunidades).

También incluye los protocolos de manejo a los principales procesos / técnicas endoscópicas que ingresan o se realizan en la unidad de hospitalización.

Dividimos el documento en dos partes diferenciadas: PNT médico y PNT de personal de enfermería. Se incluye una tercera parte, como anexo, con los protocolos conjuntos de manejo de los procesos médicos más frecuentes atendidos en la planta.

A) PROTOCOLO NORMALIZADO DE TRABAJO MÉDICO:

Actividades asistenciales y horarios aproximados recomendados:

Las actividades asistenciales pueden ser obviamente llevadas a cabo de formas diferentes y correctas todas ellas. Este PNT no define estos aspectos médicos sino la forma de llevarlos a cabo, en lo esencial, para un funcionamiento similar. Tampoco puede ser rígido ya que muchos aspectos, como por ejemplo los horarios recomendados, pueden variar en función del transcurrir de la actividad asistencial de cada día.

- De 8:00 a 10:00 revisión de historias, ingresos, comités /comisiones clínicas y rapport (rapport-café)
- 10:00-10:30: pase de visita y actividades médicas asistenciales (hojas de colaboración, etc.)
- Antes de las 13 tratamientos actualizados y validados (Farmatools).
- 13:30 información médica: pacientes o allegados en el despacho médico. Diaria o ante novedades

Historias clínicas:

Actualmente el HUMS no dispone todavía de Historica Clínica Electrónica aunque esperamos que más pronto que tarde esté disponible.

La historia clínica es la clave del trabajo médico en planta de hospitalización y sobre la que se plasma la actuación de todos los médicos que intervienen en el proceso asistencial.

Historia clínica inicial: debe ser realizada en formato electrónico, actualmente a través del HP doctor. Incluirá siempre un juicio diagnóstico y reflejará las exploraciones complementarias solicitadas.

Evoluciones sucesivas: actualmente se realizan en formato papel ya que no disponemos de historia electrónica a tal efecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Organización de las historias clínicas: deberán estar ordenadas. En tanto no se disponga de Historia Electrónica, se recomienda imprimir e incluir en ella al menos las exploraciones más importantes.

Colaboración con enfermería:

El pase de visita deberá ser preferiblemente realizado con la enfermera responsable de cada paciente. Se recomienda la reunión previa con enfermería para valorar incidencias, constantes, etc. y, cuando se considere necesario, realizar la revisión de tratamientos. Es muy importante que si se producen cambios a última hora (en tratamiento, etc.), se comunique personalmente a la enfermera responsable.

Información médica:

En el momento del ingreso se entregará, por parte de enfermería, de una Hoja de Acogida al paciente / acompañantes para que conozca las normas de funcionamiento del Servicio. En ella se especificará el nombre del Facultativo que le atenderá durante su proceso asistencial. La información médica debe ser confidencial, siempre al paciente y, bajo su autorización, al familiar/allegado que él designe. En caso de que no desee que se informe a determinadas personas deberá reflejarse, de forma resaltada, en la historia clínica del paciente. Deberá llevarse a cabo por el Médico responsable, preferiblemente en el despacho médico, garantizando la necesaria confidencialidad. La información será adaptada al nivel de formación o conocimientos del interlocutor, con objeto de que comprenda de forma clara la situación. En caso necesario puede solicitarse la colaboración de un traductor.

Aspectos prácticos organizativos de algunos tratamientos/procedimientos concretos:

Transfusiones: siempre previa firma del consentimiento.

Heparina profiláctica: cuando se administra en una única dosis diaria, es preferible pautarlo en horario de merienda.

Pacientes pendientes de endoscopia. Se revisará siempre la dieta, los anticoagulantes y la necesidad de profilaxis antibiótica, así como los protocolos específicos para cada exploración.

Protocolos Farmatools: se dispone de ellos, para los tratamientos más habituales y que facilita su prescripción. Por ejemplo, Hierro iv o protocolo de tratamiento de la CPRE.

Aspectos específicos de las camas asignadas a pacientes con hemorragias digestivas

Ver protocolo de Hemorragias Digestivas.

Asistencia en sábado, domingos y festivos:

El personal facultativo que trabaja en estas jornadas es menor, por lo que hay inevitables particularidades.

• **Sábados:**

No es posible que se ajuste tanto a los horarios mencionados para los días laborables. El pase de visita será en horas similares, por supuesto flexible, así como la validación de los tratamientos. El horario de información médica también puede ser más flexible, así como el tiempo dedicado a ello adaptado a la necesidad de tiempo. La historia de los ingresos nuevos en planta también se realizará siempre en formato electrónico (en HpDoctor), aunque puede ser admisible que sean más resumidas, siempre siguiendo las normas de calidad. Con objeto de facilitar el trabajo del facultativo que pase planta el sábado o deba actuar durante la guardia, el médico responsable de cada paciente durante la semana debe redactar cada viernes un resumen en la evolución clínica en la que se informe de la situación clínica y proceso diagnóstico-terapéutico hasta ese momento.

• **Domingos y Festivos:**

Las guardias de digestivo son localizadas y de endoscopia. No obstante, los festivos son considerados, a efectos de generar libranza y de remuneración, como guardias presenciales por varios motivos. Uno de ellos, y consenso del servicio, es que el médico de guardia de endoscopias acude al hospital dicha mañana para visitar a los pacientes ingresados en las habitaciones dedicadas a las hemorragias digestivas y a realizar las endoscopias urgentes a las que sea requerido y/o sean necesarias. Obviamente el médico de guardia de endoscopias no atiende otras urgencias, que están asignadas al personal a tal efecto.

El horario de esa mañana en este caso es absolutamente flexible, en función de la decisión de facultativo de guardia y transcurrir de la misma.

B) PROTOCOLO NORMALIZADO DE TRABAJO DE ENFERMERIA:

- **Elaborado por la Supervisora y Personal de Enfermería integrado en el Grupo de Mejora.**
 - En el momento de incorporación de una Enfermera o TCAE, la Supervisora, entregará un tríptico con las competencias de cada Categoría en los Cuidados de pacientes hospitalizados en nuestra Unidad (Tripticos elaborados por este grupo de Trabajo). Explicando además la ubicación de farmacia, lencería, despachos médicos, carpetas de protocolos, registros más utilizados, etc.
 - El personal de Enfermería perteneciente a este Grupo, ha elaborado un Procedimiento de Actuación del personal de la Unidad, en el momento del ingreso. Nos guiaremos por ese procedimiento cuando recibamos a un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

paciente nuevo.

- Así mismo en el momento del ingreso y tras haber explicado verbalmente el funcionamiento de la Unidad, Enfermería entregará díptico informativo elaborado por este Grupo, para confirmar dicha información, así como la Encuesta de Satisfacción para que nos transmitan como ha sido su estancia al finalizar su ingreso y ser dado de alta, explicando que se instalarán unos buzones destinados a recoger dichas encuestas, siendo anónimas en todo momento.
- Colaborar para que a la hora del pase de visitas permanezca en la habitación como máximo un acompañante por paciente. Asimismo, durante el aseo y preparación del paciente para determinadas pruebas se solicitará la salida de las visitas con objeto de garantizar la adecuada intimidad.
- Colaborar en el ordenamiento de las historias clínicas (especialmente en los ingresos que se producen en horario de tarde/noche) Revisando que siempre haya etiquetas identificativas del paciente en su historia.
- Tener lista la información del paciente para el pase de visita: incidencias, constantes, diuresis, etc. Procurando pasar Sala con el Médico, siempre que no interrumpa la realización de curas u otros procedimientos de Enfermería en ese momento, respetando igualmente el momento de descanso de la Enfermera.
- Prever las exploraciones que se van a realizar a los pacientes y avisar al facultativo responsable para que transcriba a Farmatools las indicaciones correspondientes para que se aplique el protocolo correspondiente (preparación, suspensión de anticoagulación, fluidoterapia, profilaxis antibiótica, etc.).
- Informar igualmente al paciente de la fecha de realización de la prueba y la preparación que conlleva.
- Intentar aplicar los cambios de tratamiento lo antes posible, siempre que estén actualizados antes de las 13 h. Ya que la dispensación en farmacia de medicación nueva y que no tenemos en stock, es hasta las 13.30 h.
- Igualmente se procurará facilitar el cambio de dieta del paciente, siempre que ese cambio se produzca antes de las 12 h., hora en la que cocina tiene ya dietas preparadas.
- Asegurarse de que el paciente lleva siempre la pulsera identificativa.
- Promover la confianza del paciente en el Personal ocupado de sus cuidados.
- Procurar siempre un entorno de Seguridad para el paciente.

C) ANEXO

- Protocolos de manejo para técnicas endoscópicas:
 - o CPRE
 - o Ecoendoscopia: no ingreso si es diagnóstica o dar de alta tras el procedimiento si, aún estando previsto, no ha sido finalmente terapéutica.
 - o Gastrostomía endoscópica percutánea
 - o Enteroscopia
 - o Mucosectomía: la gran mayoría no deben ser ingresadas.
 - o Polipectomía gástrica: la gran mayoría no deben ser ingresadas.
 - o Tratamiento con argón: especificar cuáles no requieren ingreso....
- Paracentesis.
- Técnicas radiológicas:
 - o Biopsia hepática.
 - o TACE
 - o Radiofrecuencia.
 - o TIPS

COMPETENCIAS TCAES. PLANTA 8 HG.
UNIDAD DE CUIDADOS DE DIGESTIVO

TURNO DE MAÑANA

- Dividir pacientes atendiendo a una atención integral de los mismos y no dividiendo por tareas.
- Medición de diuresis, control de pesos (Siempre en ayunas) y cambio y cuantificación de las bolsas de drenajes y de contenido nasogástrico.
- Aseo y cambio postural de pacientes encamados; en estos casos, prevención de lesiones por presión aplicando ácidos grasos hiperoxigenados.
- Ayuda en el aseo de pacientes que lo necesiten, con el fin de mantener su máxima autonomía posible.
- Se comenzará teniendo en cuenta las pruebas diagnósticas previstas cada día, procurando que los pacientes estén aseados antes de éstas.
- Reparto y ayuda, según necesidades de desayunos y comidas. En caso de ayunas, ajustar la ingesta a la realización de las pruebas. Recogida de bandejas, una vez finalizado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

- Indicar a los familiares, la presencia de uno de ellos únicamente, entre las 9,30 - 12,30 horas permaneciendo en la habitación y no en los pasillos.
- Sedestación de aquellos pacientes en los que esté indicado y que estén acompañados, tras el pase de visitas del médico. Tener en cuenta los Reposos Absolutos en CPRE, ECOENDOSC..
- Modificación de dietas en el programa de petición de las mismas. Pedir dieta para las CPRE que están en DA, cuando lo indique el médico. Cambiar a dieta líquida ya en la comida, las que vayan a tener colonoscopia al día siguiente. Solicitar dieta 2 en la Cena para las Gastroskopias del día siguiente. Petición de las dietas Libres.
- Dar preparación Colonoscopia según protocolo si hubiese programadas para la tarde.
- Colaborar con la enfermera en aquellas técnicas en las que se requiera.
- Atención a demanda de las necesidades que surjan durante el turno: timbres, teléfonos etc.
- Reposición del material en la farmacia (jeringas, agujas, sueros...) y carro de curas, así como la limpieza del material utilizado (bateas, material curas...)
- Levantar altas según protocolo.
- Atención a ingresos según protocolo
- Apuntar y dar cambio de turno.

TURNO DE TARDE

- ? Recibir cambio de turno de las compañeras.
- ? Traslado de material y recogida del mismo en Esterilización s/p.
- ? Reparto y colocación de la ropa en carros y lencerías. Llamar a pedir más ropa, si fuera necesario.
- ? Revisar Cardex para comprobación de dietas, diuresis, enemas, levantar...
- ? Medición de diuresis a las 16 h. en los pacientes que lo tengan pautado.
- ? Dar preparación Colonoscopia según protocolo para las programadas para el día siguiente.
- ? Cambios de pañal y cambios posturales o sedestación en los pacientes que lo requieran, así como la aplicación de enemas pautados.
- ? Distribución de meriendas. Suplencia en aquellos pacientes que necesiten ayuda/apoyo.
- ? Atención altas e ingresos según protocolo.
- ? Atención a demanda de pacientes: timbres, necesidades que surjan durante el turno.
- ? Colaborar con la enfermera en aquellas funciones que lo requiera.
- ? Reposición de sueros y material que sea necesario.
- ? Distribución de cenas. Suplencia cuando sea necesario.
- ? Recogida de bandejas de cenas.
- ? Cambios de pañal y cambios posturales en pacientes que lo requieran.
- ? Apuntar y dar el cambio de turno.

TURNO DE NOCHE

- ? Recibir cambio de turno.
- ? Revisar ayunas día siguiente y anotarlo en la cabecera de la cama, así como en la planilla de dietas. Comunicarlo al paciente o al familiar. A la vez que se hace el reparto de leche o zumos.
- ? Hacer cambios posturales y cambios de pañal en pacientes encamados.
- ? Medición de diuresis a las 24 h.
- ? Comprobar y modificar dietas, imprimir la planilla. Comprobar también controles de diuresis, deposiciones, pesos, quien precisa ayuda para levantar... e imprimir planilla.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

- ? Atención de la demanda que surja: timbres, ingresos o altas.
- ? Reposición de sueros y material que sea necesario.
- ? Colaborar con la enfermera en aquellas funciones que lo requieran.
- ? Cambio postural y de pañal a TODOS los pacientes encamados. (6h)
- ? Recogida de muestras si fuera necesario (En caso de recogida de orina de 24 h.si necesita cuantificar diuresis, anotar la cantidad en la planilla de diuresis).
- ? Aseo de pacientes pendientes de realización de determinadas pruebas complementarias : CPRE., ECOENDOSCOPIA, PAAF, I.Q...
- ? Apuntar y dar cambio de turno.

COMPETENCIAS ENFERMERAS
Planta 8 HG
UNIDAD DE CUIDADOS DE DIGESTIVO

TURNOS DE MAÑANA

- Recibir el cambio relativo al estado de los pacientes en los turnos anteriores.
- Dividir pacientes por habitaciones (Primeros 801 a 809 / 804 a 812) (Segundos 811 a 823 / 814 a 824) Según sea el pasillo de impares o pares.
- Preparar medicación y administrar medicación pautaada, así como la realización de glucemias a las 9 h. Tener en cuenta las ayunas, en relación a las pruebas que se les vayan a realizar. Cambio de los equipos de gotero de medicación, a diario.
- Toma de constantes y registro en grafica de enfermería. Anotar también diuresis y débitos de sondajes nasogástricos o biliares y pesos.
- Revisión de vías endovenosas.
- Pase de visitas con el médico correspondiente.
- Comentar a las TCAE los posibles cambios de dieta, controles de diuresis, pauta de enemas... Así como las posibles ALTAS.
- Revisar los cambios de tratamiento en Farmatools.
- Anotar en el registro de exámenes complementarios, las pruebas solicitadas, hojas de consulta... especificando la fecha de petición, prioridad de la petición, si es el propio servicio el que la solicita o algún otro servicio.
- Anotar en la hoja de ayunas de control, las pruebas que se van a realizar al día siguiente o en días sucesivos, cuando nos avisen de ello, especificando prueba a realizar y nombre del paciente.
- Cura de úlceras, flebitis, o cualquier otro tipo de lesión.
- Atención a demanda de las necesidades que surjan durante el turno: timbres, teléfonos etc.
- Preparación y reparto de la medicación de mediodía, intentando aplicar los cambios que hayan registrado en farmatools. Glucemias antes de la comida.
- Rellenar y revisar hoja cuidados básicos de enfermería.
- Procurar altas médicas antes de comer, intentando bajar pacientes a La SALA DE ALTAS previo aviso telefónico o sacando comida a la salita de estar, según estado del paciente (Sólo en pacientes que vayan a ir en ambulancia a Zaragoza capital)
- Dar las altas en INTRANET.
- Imprimir FARMATOOLS con los ttos. actualizados, a partir de las 14 h. e introducir cada uno en la gráfica de enfermería correspondiente. Guardar los anteriores en carpeta aparte, dejando en la gráfica, el del dia anterior.
- Atención a ingresos según protocolo, hacer hoja de valoración de enfermería. Anotar telefono de contacto. Dejar historia con la que sube el paciente, en la carpeta del médico asignado y la mitad de las etiquetas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

- Actualizar listado de pacientes, con las altas e ingresos que se hayan producido.
- Dejar los sueros de la tarde preparados, con CLK cargado.

TURNO DE TARDE

- ? Recibir cambio de turno de l@s compañer@s.
- ? Dividir pacientes (Primeros/ segundos)
- ? Preparar medicación y administrar medicación pautada a las 16 h.
Tomar Temperaturas a todos los pacientes y constantes a los que lo precisen o lo tengan pautado.
Registrar diuresis de las 16 h.
- ? Cumplimentar hoja de Cuidados Básicos de Enfermería.
- ? Atención a demanda de las necesidades que surjan durante el turno: timbres, teléfono, etc.
- ? Estar pendiente en INTRANET de los ingresos que pueda poner Admisión.
- ? Recibir y atender a los posibles ingresos, o traslados de otras unidades, haciendo siempre, la hoja de valoración de enfermería . Anotar teléfono de contacto . Dejar la historia del paciente en la carpeta del médico correspondiente, así como la mitad de las pegatinas que traiga el paciente.
- ? Imprimir FARMATOOLS DE LOS NUEVOS INGRESOS y PEDIR MEDICACION que precisen hasta el turno de mañana siguiente.
- ? Preparación y reparto de medicación pautada en cena. Glucemias .
Administración de medicación IV.
- ? Actualizar listado con ingresos y traslados.
- ? Dejar sueros de la noche cargados, con CLK.
- ? Imprimir listado y dar cambio de turno.

TURNO DE NOCHE

- ? Recibir cambio de turno.
- ? Preparar medicación de las 24 h. y dar vuelta acompañada de la TCAE.
- ? Anotar diuresis de las 24 h.
- ? Hacer gráficas nuevas
- ? Administración de medicación
Pautada a lo largo del turno.
- ? Canalizar vía IV a los pacientes
Que tienen CPRE y aplicar Protocolo
De sueroterapia y antibioterapia a las 7.
- ? Extracción a las 7 h. de las analíticas
Urgentes.
- ? Toma de a las 6,45 de Temperaturas
- ? Dejar sueros cargados con Clk

REVISION CARRO DE PAROS: PRIMER SABADO MES

GUIA DE ACOGIDA AL PACIENTE HOSPITALIZADO Y ENCUESTA DE SATISFACCION AL ALTA EN FASE DE REVISION Y CONSENSO (YA ELABORADAS)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tripticos entregados a Enfermer@s 25, a TCAE 18, en contratos de vacaciones, ILT... Han servido de guía y gran ayuda en la incorporación de nuevo personal según manifiesto propio.
Se ha comenzado a aplicar el Protocolo Normalizado de Trabajo, destacando avance en intercambio de información de pacientes entre profesionales previo al paso de visita. Se está haciendo hincapié en Información y Confidencialidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos en la Calidad de Cuidados y queremos seguir trabajando en ello. Nos queda elaborar Indicadores que nos lleven a resultados Reales; elaboración de Registro de Incidencias y Efectos Adversos; puesta en marcha de Guía Acogida y Encuesta Satisfacción. Por lo que nos gustaría pedir Continuidad en el Proyecto.

7. OBSERVACIONES.

Enviaremos Guía de Acogida al paciente y Encuesta de Satisfacción cuando lleguemos a Consenso.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1266 ===== ***

Nº de registro: 1266

Título
PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:
SANCHEZ CUCALON SUSANA, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, FUENTES OLMO JAVIER, BERNAL MONTERDE VANESA, RAFELES MARCEN JOSE LUIS, DE VAL COMIN EVA MARIA, MARRODAN PEREZ JULIA, GUTIERREZ ABASCAL MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Somos la Unidad de Cuidados Digestivos, un Equipo Multidisciplinar ubicados en la planta 8 del Hospital Miguel Servet. Nuestro principal eje de atención es el PACIENTE hospitalizado junto con sus acompañantes. Hemos detectado, por una parte, que el Equipo implicado en sus cuidados no disponemos de un Reglamento o Normas de funcionamiento común y por otra parte, que tampoco disponemos de una información estandarizada para proporcionar al paciente en el momento del ingreso con las normas establecidas en la Unidad. Así pues, pretendemos elaborar un Plan que nos sirva de INSTRUMENTO DE MEJORA, que dé respuesta a la necesidad de conseguir un mayor nivel de satisfacción de los pacientes atendidos, aumentando la Calidad de los cuidados de nuestra Organización, a través de una interacción entre los diferentes niveles profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro OBJETIVO PRINCIPAL, el PACIENTE. Siempre debe de ser el Centro de Atención.
Procurar una MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.

OBJETIVOS CONCRETOS:

** Implantar estas acciones de mejora en:
- Mejorar la identificación de los profesionales
- Mejorar la información sobre el funcionamiento de la Unidad. - Mejorar la información del proceso asistencial y Confidencialidad a pacientes y familiares.
** Implantar objetivos de Seguridad del paciente:
- Acciones de difusión entre los profesionales del Sistema de Notificación de Incidencias, la existencia de Registros de Efectos Adversos.....
- Explicar al paciente la necesidad de llevar permanentemente la pulsera identificativa.
- Insistir a los profesionales en la necesidad de comprobar siempre que los datos del paciente son correctos en la petición de Pruebas, resultados...

MÉTODO

+ ++ Elaboración Reglamento de funcionamiento de la Unidad entre los diferentes profesionales. Establecer horarios de pase de visitas, intercambio de información del estado de los pacientes antes del pase de visitas y después para ser conocedores del planteamiento de actuación para cada paciente.
Reuniones periódicas del Equipo Interdisciplinar para compartir información, valorar y evaluar el funcionamiento de la Unidad en los Cuidados del Paciente.
Promover la participación de los profesionales en Comisiones, programas de Calidad..
Acciones de mejora según las quejas, sugerencias y reclamaciones de pacientes y familiares.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Protocolización de los procesos asistenciales más habituales en la Unidad.
Planificación de los Cuidados de los pacientes según patología de cada paciente, siempre de una forma personalizada, atendiendo al trato, confort, accesibilidad.
Procurar planificar el Alta Médica con 24 h. de antelación para que el paciente y familiares puedan organizarse.
Agilizar los ingresos en planta, con el fin de reducir el tiempo de espera en urgencias pero habiendo sido valorado antes por un médico Especialista en Cuidados Digestivos.
Gestionar nuestros propios recursos.
Autoevaluación.
+++ Elaboración de Guías de Acogida para pacientes hospitalizados.
Favorecer que el paciente esté siempre acompañado pero teniendo en cuenta que en el horario de pase de visitas se permitirá solo un acompañante. Esto repercutirá positivamente en la Calidad de su atención, ya que permite el desarrollo de las funciones de los diferentes profesionales de una manera más eficaz.
Explicar la importancia del silencio en los pasillos.
Adaptarse al horario de visitas establecido, siempre que sea posible.
Establecer horarios y lugar de información de su proceso asistencial, procurando la máxima confidencialidad posible.
Se explicará al paciente que la información de su proceso se le dará a él y al familiar que él designe, dando su consentimiento y figurando en su Historia Clínica.

INDICADORES

- * Satisfacción del paciente, a través de Encuestas de Calidad Percibida del paciente (Mejoría de su Salud, si responde a sus Expectativas los Cuidados ofrecidos...)
- * Disponibilidad del personal y sistema Sanitario.
- * % de Guías de Acogida entregadas.
- * % de Identificación de los profesionales que lo atienden.
- * Continuidad de los mismos profesionales en la Atención a su proceso
- * % de reclamaciones de los usuarios relacionados con el personal
- * % de pacientes con valoración al ingreso del paciente y al alta.
- * % de complicaciones relacionadas con la hospitalización (Caidas, úlceras por presión, flebitis...)
- * % de identificación inequívoca del paciente
- * Buena utilización de recursos disponibles.

DURACIÓN

Reuniones del Equipo de Mejora: periodicidad mensual.
Elaboración e Reglamento: 3 meses.
Protocolización y planificación de cuidados: 12 meses.
Elaboración de Guías de Acogida: 3 meses.
Evaluación: mayo-2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1123

1. TÍTULO

PLAN DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON ASCITIS REFRACTARIA II

Fecha de entrada: 01/02/2020

2. RESPONSABLE VANESA BERNAL MONTERDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ BONILLA EVA
FUENTES OLMO JAVIER
MEDRANO PEÑA JOAQUIN
RUIZ DE LA CUESTA ELISA
CASAS DEZA DIEGO
LAZARO RIOS MARIA
BAJADOR ANDREU EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el 2018 se elaboró un protocolo de paracentesis evacuadora, un consentimiento informado para paracentesis (pendiente de aprobación por la Comisión correspondiente), unas normas de actuación de enfermería durante el procedimiento y una hoja de registro de cada paciente con ascitis refractaria.
Durante el 2019, se ha diseñado el protocolo de derivación, indicación, procedimiento y seguimiento del TIPS (pendiente de presentación en la Comisión), se ha elaborado un registro informático con datos clave del paciente y posibles efectos adversos, y se ha elaborado un informe tipo para el médico de atención primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el 2018 se realizaron 127 paracentesis programadas en Hospital de Semana. Durante el 2019, con el inicio de implantación del Plan, se han realizado 75, es decir, se ha producido un descenso significativo de pacientes que precisan paracentesis a pesar de mantenerse estable el número de pacientes con hepatopatía crónica avanzada. Creemos que la evaluación sistematizada de los pacientes ha aumentado la indicación del TIPS y del trasplante hepático como alternativa de tratamiento. De hecho, en 2017 no se implantó ningún TIPS en nuestro hospital y entre el 2018 y 2019 se han implantado 18, la mayoría por ascitis refractaria. La tasas de complicaciones leves y graves se han mantenido por debajo del umbral marcado así como la Tasa de reoperabilización TIPS y la Tasa de modificación calibre TIPS: umbral 20%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración sistematizada de los pacientes con ascitis refractaria disminuye la variabilidad y aumenta las opciones de tratamiento. Queda pendiente la remisión a la Comisión pertinente de los documentos y la difusión e implantación definitiva del PLAN por parte de todos los facultativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1123 ===== ***

Nº de registro: 1123

Título
PLAN DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON ASCITIS REFRACTARIA II

Autores:
BERNAL MONTERDE VANESA, FERNANDEZ BONILLA EVA, FUENTES OLMO JAVIER, MEDRANO PEÑA JOAQUIN, BAJADOR ANDREU EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1123

1. TÍTULO

PLAN DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CON ASCITIS REFRACTARIA II

La hepatopatía crónica es un proceso complejo que cursa con múltiples complicaciones, entre las cuales se encuentra el desarrollo de ascitis refractaria. Estos pacientes requieren ingresos repetidos para la realización de paracentesis evacuadoras con reposición de albúmina. Alternativamente, en algunos de ellos se indica la implantación de un TIPS (shunt intrahepático portosistémico). Su manejo precisa una perfecta coordinación con enfermería y radiología intervencionista, y seguimiento para prevenir complicaciones y ofrecer al paciente el mayor grado de confortabilidad. Por ello, en el 2018 se presentó un Acuerdo de Gestión para aumentar la calidad en este proceso asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención al paciente con ascitis refractaria:

1. Optimizar la atención para mejorar la seguridad y confort del paciente
2. Evitar la variabilidad
3. Protocolarizar la indicación y seguimiento del paciente sometido a TIPS
4. Evitar el consumo de recursos innecesarios como los ingresos inadecuados.
5. Disminuir la incidencia de complicaciones.

MÉTODO

Durante el 2018 se elaboro un protocolo de paracentesis evacuadora, un consentimiento informado para paracentesis, unas normas de actuación de enfermería durante el procedimiento y una hoja de registro de cada paciente con ascitis refractaria. Con el Acuerdo de Gestión del 2019 pretendemos completar las actividades pendientes como colgar en la intranet el consentimiento informado tras su aprobación por la comisión correspondiente, elaborar un registro informático con datos clave del paciente y posibles efectos adversos y elaborar un informe tipo para el médico de atención primaria.

INDICADORES

n pacientes sometidos a paracentesis al año
Nº de ingresos pacientes /año
nº de pacientes sometidos a TIPS al año
Tasa de complicaciones leves: umbral 5%
Tasa de complicaciones graves: umbral 1.5%
Tasa de reopermeabilización TIPS: umbral 20%
Tasa de modificación calibre TIPS: umbral 20%
Evaluación mediante cuestionario de calidad de vida específico (CLDQ)

DURACIÓN

Elaboración registro informático: 1 mes
Elaboración informe médico de atención primaria: 1 mes
Puesta en marcha y seguimiento del proyecto: 9 meses

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0120

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DEL RAQUIS

Fecha de entrada: 17/01/2019

2. RESPONSABLE JUAN RAMON PORTILLO DEL OLMO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAHUERTA LORENTE LOURDES
GARCIA RUIZ MARIA TERESA
CARMEN GARCES ESTHER
LANZUELA VALERO MANUELA
MARTIN HERNANDEZ CARLOS
ARAGÜES BRAVO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Constitución de la Comisión de Patología del Raquis, en mayo de 2018. Formada por 3 facultativos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, siendo uno de ellos la responsable de la misma, Dra ANTONIA PILAR SORIANO GUILLEN, 3 facultativos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, 3 facultativos del Servicio de Neurocirugía y 1 facultativo del Servicio de Anestesia y Reanimación.
- Realización de protocolo/plantilla de derivación de patología del raquis a la Comisión, aceptación por la dirección y difusión del mismo a otros sectores, en mayo de 2018
- Protocolo de derivación de pacientes a la Comisión desde Atención Primaria a través de la Unidad de Musculoesquelético, mayo de 2018
- Aceptación de pacientes de otros Sectores en la Comisión, junio de 2018.
- Revisión de Cartera de los Servicios implicados y realización de la Vía Clínica del Raquis, septiembre 2018
- Reuniones con periodicidad quincenal de la Comisión con revisión de todos los casos remitidos a la misma, septiembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- % de pacientes derivados a la Comisión con la plantilla de solicitud cumplimentada: 37%, estándar 20%, dato registrado desde la misma Comisión
- N° de Comisiones de Patología de Raquis: 9 en 4 meses, estándar 12 al año, dato recogido desde la misma Comisión
- % de pacientes intervenidos valorados por la comisión: No disponemos del dato porque no en este año no disponíamos de registro, el estándar es el 100%.
- % disminución de entradas en el Registro de Demanda Quirúrgica respecto al año anterior: no hemos podido obtener el dato por estar la Comisión en periodo de formación, tratarse de LEQ diferentes con gran volumen de entradas y diversos procedimientos.
- % pacientes intervenidos por patología del raquis en menos de 1 año: este objetivo se ha cumplido por parte de la Unidad de la Columna pero no en Neurocirugía, el estándar es del 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Ha sido posible la creación de una Comisión con diferentes profesionales que tratan la misma patología, han realizado una vía clínica para el tratamiento de esta patología de forma que se disminuye la variabilidad y se potencia el trabajo multidisciplinar
- Por medio del protocolo o plantilla de derivación se consigue que las derivaciones vayan siendo mas adecuadas y con los pacientes mejor estudiados de forma que disminuimos el numero de consultas y consecuentemente las demoras.
- Queda pendiente la información de las derivaciones, registro de las actividades de la Comisión con el informe de cada uno de los pacientes valorados, seleccionar los procedimientos quirúrgicos que vamos a utilizar para plantear los objetivos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/120 ===== ***

N° de registro: 0120

Título
GESTION CLINICA DE LA PATOLOGIA DE RAQUIS

Autores:
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, LAHUERTA LORENTE MARIA LOURDES, GARCIA RUIZ MARIA TERESA, CARMEN GARCES MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0120

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DEL RAQUIS

ESTHER, LANZUELA VALERO MANUELA, MARTIN HERNANDEZ CARLOS, ARAGÜES BRAVO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El dolor de raquis representa un importante problema de salud en el entorno de los países desarrollados por su alta prevalencia y repercusión socioeconómica, generando un alto número de consultas a diferentes profesionales, una elevada utilización de los recursos sanitarios y causa frecuente de absentismo laboral. La prevalencia real difiere según los estudios y existe gran variabilidad en su estimación debido a las diferentes definiciones de dolor lumbar y métodos empleados para la recogida de la información. Actualmente, en relación con las derivaciones por patología musculoesquelética realizadas desde Atención Primaria a Atención Especializada, el 40% lo son por patología de raquis, existiendo una gran variabilidad no sólo en los criterios de derivación sino también en el manejo de esta patología tanto en su diagnóstico como en su tratamiento por los diferentes profesionales y especialidades (rehabilitación, unidad de columna de traumatología, neurocirugía, unidad del dolor). En el 2017 se realizaron en el HUMS 8500 consultas por patología de raquis en los servicios de traumatología y rehabilitación. Las entradas en el registro de demanda quirúrgica desde los servicios de traumatología y neurocirugía fueron de 1450, con una demora media para intervención quirúrgica superior al año.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención que se presta a los pacientes con patología de raquis a través de una vía clínica que establezca el tratamiento más adecuado en el lugar y momento correcto para cada paciente mediante un trabajo colaborativo entre todos los profesionales sanitarios implicados y consensuar criterios de inclusión en el RDQ.

MÉTODO

- Elaboración del mapa de proceso de la patología de raquis.
- Revisión de la cartera de servicios de procedimientos y técnicas de intervencionismo de columna vertebral.
- Constitución de una Comisión de Columna vertebral que valorará todos los casos que sean subsidiarios de precisar tratamiento quirúrgico.
- Favorecer la comunicación entre profesionales a través de la creación de una agenda virtual de recepción de derivación a la comisión y elaboración de una plantilla informatizada de solicitud de colaboración.

INDICADORES

- % pacientes derivados a la comisión con plantilla de solicitud cumplimentada =20%
- N° comisiones de columna vertebral anuales =12
- % pacientes intervenidos valorados por la comisión de columna 100%
- % disminución de entradas en Registro de Demanda Quirúrgica respecto al año anterior =10%
- % pacientes intervenidos por patología de raquis en menos de 1 año 100%

DURACIÓN

1º trimestre 2018: elaboración mapa proceso y constitución comisión
2º- 3º trimestre: revisión cartera procedimientos, elaboración plantilla y agenda virtual. Comunicación a profesionales e implementación
4º trimestre: evaluación de resultados y propuestas mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Fecha de entrada: 21/12/2018

2. RESPONSABLE TERESA ANTOÑANZAS LOMBARTE
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. DIRECCION
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON
GARCES CARMEN
ACHA PEREZ MARIA ESTHER
NOYA JAVIER
CASTRO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para mejorar la asistencia nutricional en el Hospital Universitario Miguel Servet, no sólo desde el punto de vista de la salud de los pacientes, sino también para disminuir estancias medias y gastos indebidos, la Dirección de enfermería ha transformado la Unidad funcional de enfermería de dietética, en la Unidad funcional de enfermería de nutrición y dietética, incorporando a la misma dos enfermeras para cubrir las necesidades asistenciales detectadas tanto a nivel hospitalario como ambulatorio.

Con la incorporación de las enfermeras a la unidad, durante el año 2008:

1. Se ha implantado el programa de cribado nutricional en las unidades de medicina interna del HUMS (plantas 10 y 11 HG) y en la planta 6º del HQ para el paciente incluido en el proceso de cadera
2. Se ha puesto en marcha la valoración del estado nutricional de los pacientes ingresados subsidiarios o no, de recibir una intervención nutricional (oral, enteral, parenteral) así como de los pacientes con cribado nutricional positivo.
3. Se ha mejorado el Abordaje terapéutico y los cuidados de enfermería de los pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o en riesgo de desarrollarla, y muy especialmente en los pacientes con soporte dietético y nutricional (oral, enteral, parenteral)
4. Se ha implantado un programa de Educación Nutricional y de Manejo de dispositivos para la administración de nutrición artificial, previa al alta hospitalaria. En este apartado se han elaborado vídeos formativos y manuales para entregar al paciente y otros profesionales.
5. Se han actualizado los protocolos de actuación ante la nutrición parenteral / enteral domiciliaria y de manejo de dispositivos.
6. Se ha mejorado en el seguimiento del estado nutricional al alta del paciente con nutrición artificial.
7. Aunque no se ha llegado a implantar la consulta de enfermería, se ha trabajado en el documento de funcionamiento de la consulta y su cartera de servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores que se han evaluado en el proyecto han sido:

1. % de pacientes a los que se les realiza cribado nutricional en las 72 primeras horas de su ingreso en las unidades de M. Interna: Standard 90%
 - De 1892 pacientes ingresados en MI a 1842 se realiza cribado nutricional - 97,36%
2. % de pacientes incluidos en el proceso de cadera a los que se les realiza cribado nutricional en las 72 primeras horas de su ingreso. Standard 90%
 - De 488 pacientes ingresados a 482 se realiza cribado nutricional- 98,77%
3. % de pacientes de M. interna, con criterio de inclusión (must > 2), a los que se le realiza la valoración nutricional. Standard > 95%
 - De 318 pacientes totales en MI con criterio must > 2 a 310 se realiza valoración nutricional - 97,48 %
4. % de pacientes incluidos en el proceso de cadera, con criterio de inclusión (must > 2), a los que se le realiza la valoración nutricional- Standard > 95%
 - De 54 pacientes con criterio must <2 en la unidad de proceso cadera a 52 se realiza valoración nutricional - 96,29 %
5. Se ha Elaborado un programa de aprendizaje para el manejo de la nutrición artificial, enteral y parenteral (PANA)
6. % de pacientes con nutrición enteral de reciente instauración x parte del servicio de endocrino/ nutrición que antes del alta hospitalaria, realizan el programa de aprendizaje PANA. Standard > 95%
 - De 57 pacientes con nutrición enteral de reciente instauración, 57 antes del alta hospitalaria han realizado el programa de aprendizaje- 100 %
7. % de pacientes con nutrición parenteral de reciente instauración por el servicio de endocrino/ nutrición

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

que antes del alta hospitalaria, realizan el programa de aprendizaje PANA. Standard>95%

- De 3 pacientes con nutrición parenteral de reciente instauración por el servicio de endocrino los 3 realizan el programa de aprendizaje PANA - 100 %

8. % de pacientes con nutrición artificial de reciente instauración por el servicio de endocrino/nutrición, que completa al alta el programa de aprendizaje (PANA) de manera satisfactoria Standard>98%

- De 57 pacientes con nutrición artificial de reciente instauración x parte del servicio de endocrino, 57 completan al alta el programa de aprendizaje (PANA) de manera satisfactoria . 100 %

9. % de pacientes, incluidos en el proceso de cadera, con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o en riesgo de padecerla, a los que se les da la hoja con recomendaciones dietéticas al alta. Standard> 95%

- De 488 pacientes, incluidos en el proceso de cadera, con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o en riesgo de padecerla, a 482 se les da la hoja con recomendaciones dietéticas al alta : 98,77 %

10. Nº de pacientes con nutrición artificial de reciente instauración por parte del servicio de endocrino y nutrición en los que contactamos telefónicamente con la coordinadora/ enfermera de AP. Standard> 90% . En 60 pacientes con nutrición artificial de reciente instauración por parte del servicio de endocrino y nutrición se ha contactado telefónicamente con la coordinadora/ enfermera de AP de los 60: 100%

11. Consulta de enfermería: No se ha puesto en marcha. Se ha trabajado el marco teórico y se ha definido la cartera de servicios de la consulta.

Los datos se han obtenido de la base de datos que existe en la unidad de nutrición.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con el proyecto que se ha implantado estamos garantizando el soporte dietético y nutricional adecuado y costo-efectivo a toda la población adulta dependiente sector Zaragoza II que lo requiera. El programa nos ha permitido identificar pacientes que necesitan soporte en las unidades de medicina interna y proceso de cadera, así como asegurar el suministro efectivo y manejo nutricional en estos pacientes.

Como dificultades encontradas, al no disponer en la actualidad de historia electrónica en las unidades donde hemos captado a los pacientes, el proceso de coordinación asistencial y continuidad de cuidados es más complejo. Trabajar con historia electrónica nos facilitaría el trabajo asistencial y la continuidad de cuidados, así como la consulta de datos.

Durante el próximo año la idea sería continuar con la implantación del proyecto en las unidades de cirugía general / cirugía hepatobiliar de nuestro hospital y mejorar la continuidad de cuidados y la reevaluación en pacientes con riesgo moderado de desnutrición al alta hospitalaria

Queda pendiente la puesta en marcha de la consulta de enfermería de nutrición si definitivamente se finalmente se considera viable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/131 ===== ***

Nº de registro: 0131

Título
PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Autores:
ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA, PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, CARMEN GARCES MARIA ESTHER, ACHA PEREZ JAVIER, NOYA CASTRO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Nutrición y Dietética constituye el 1º paso en el tratamiento médico de todo pcte, por lo que se requiere una colaboración estrecha con todos los ámbitos sanitarios.
La desnutrición está presente en todos los ámbitos asistenciales, variando su prevalencia según el método empleado para su detección. Afecta al 60% de personas ingresadas en instituciones; al 40% de pacientes hospitalizados; y alrededor del 5% de la población general.
En el estudio PREDYCES7, se evidenció una alta prevalencia de desnutrición al ingreso (23,7%), así como una desnutrición durante el ingreso de un 9,6% de los pacientes que presentaron un buen estado nutricional inicial. Dentro de este marco conceptual, definimos este proyecto para trabajar en los próximos tres años, ya que creemos importante mejorar la asistencia nutricional en nuestro sector, no sólo desde el punto de vista de la salud de nuestros pacientes, sino también para disminuir estancias medias y gastos indebidos, así como favorecer la continuidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

General:
Garantizar el soporte dietético y nutricional adecuado y costo-efectivo a la población adulta dependiente SZ II que lo requiera.

Específicos:

Identificar pctes que requieran soporte dietético y nutricional
Asegurar el suministro efectivo y manejo nutricional de pctes
Proporcionar el adecuado aporte dietético nutricional.
Educar en la identificación y manejo de problemas nutricionales
Planificar la nutrición domiciliaria al alta.
Mejorar la continuidad asistencial en el SZII

MÉTODO

Actualización del p. nutrición clínica y dietética del SZII

Detección de pctes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE y AP (enfermera)

AE:

- Cribado Nutricional:
Implantación del cribado en las unidades de M.interna del HUMS (10 y 11 HG) y en planta 6º del HQ para el paciente incluido en el p. de cadera.

-Valoración del estado nutricional de los pctes ingresados subsidiarios o no, de recibir una intervención nutricional, así como de los pacientes con cribado nutricional +

AP:

- Seguimiento del pcte que presenta riesgo moderado de desnutrición en su centro de AP
Se pilotará, en un centro de salud del SZII,
Seguimiento del estado Nutricional en aquellos pacientes que al alta de MI y P. de cadera presenten riesgo moderado de DRE

Abordaje terapéutico - cuidados de enfermería a los pctes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE/AP

Control, seguimiento y cuidados de pctes con soporte dietético y nutricional AE

Gestión de accesos para la administración de n.artificial (venosos y digestivos) AE

Valoración nutricional previa al alta según criterios establecidos.

Educación sanitaria:

Nutricional y de Manejo de dispositivos para la administración de n. artificial, previa al alta hospitalaria y domiciliaria AE/AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Seguimiento del estado nutricional alta AE /AP
Garantizar la continuidad de cuidados (enfermera)
Implantar consulta de enfermería de educación nutricional en AE
Revisión de las dietas codificadas en el HUMS
Mejorar el manejo y control del gestor de dietas

INDICADORES

% pctes con cribado nutricional en las 72 primeras h de ingreso en unidades de M.I y P. de cadera (enfermera) - 90%
% pctes de M.I y P de cadera con (MUST > 2), a los que se le realiza la valoración nutricional (enfermera) - 95%
% pctes con n. artificial (enteral parenteral) de reciente instauración x endocrino/nutrición que antes del alta hospitalaria, realizan el programa de aprendizaje (enfermera)- > 95%
% pctes con n. artificial de reciente instauración por endocrino/ nutrición, que completa al alta el programa de aprendizaje satisfactoriamente- 98%
% pctes, del p de cadera, con DRE o en riesgo de padecerla, a los que se les da la hoja con recomendaciones al alta > 95%
% pctes de MI y P de cadera, con n artificial de reciente instauración por endocrino y nutrición con informe de continuidad de cuidado enfermero al alta > 95%
Nº pctes con n artificial de reciente instauración por endocrino y nutrición en los que contactamos con la coordinadora/ enfermera de AP - 90%
% pctes, del centro de salud a pilotar, que al alta hospitalaria de M.I y de p. de cadera tienen un riesgo moderado de presentar DRE y son reevaluados en su centro de salud. (AE/ AP enfermera) >35%
% de dietas codificadas en el HUMS actualizadas - 85%
Formación gestor de dietas - 2 sesiones

DURACIÓN

Marzo- junio 2018:
1.Revisión del proceso
2.Elaboración del programa aprendizaje
3.Cribado nutricional + valoración nutricional s/p
4. Informe de continuidad de cuidados
Septiembre- Diciembre 2018
1. Pilotaje centro de salud reevaluación nutricional
2. Actualización dietas codificadas
3. Formación gestor dieta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA ANTOÑANZAS LOMBARTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON
CARMEN GARCES ESTHER
ACHA PEREZ JAVIER
NOYA CASTRO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Valoración estado nutricional. (Enfermeras Unidad de Nutrición)

Detección de pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE Y AP en la unidad de cirugía (DRE) o en riesgo de desarrollarla en cirugía

2. Abordaje terapéutico y de cuidados de enfermería a los pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad. (Endocrinos + Enfermeras Unidad de Nutrición)

3. Garantizar la continuidad de cuidados en aquellos pacientes que lo requieran (Enfermeras Unidad de Nutrición)

Para la realización de estas actividades, se realizó una revisión del proceso de nutrición clínica del sector ZII. Se llevó a cabo la implantación del cribado nutricional y valoración nutricional. Se definieron los criterios del abordaje terapéutico en los cuidados de enfermería a los pacientes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AP y AE. Para el control, seguimiento y cuidados de pacientes con soporte dietético y nutricional se elaboró el documento: Programa de Aprendizaje de Nutrición Artificial Domiciliaria (PANA) y se ha realizado un pilotaje de la reevaluación nutricional por parte de un Centro de Salud del Sector.

Durante este año, se han realizado las acciones arrastradas del año 2018 en el que se inicia el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Porcentaje de pacientes en cirugía, en programa, a los que se realiza la valoración nutricional: 100%

Total, pacientes incluidos en programa.....362 pacientes

Total, pacientes incluidos en programa con valoración nutricional362 pacientes

2. Porcentaje de pacientes de cirugía con nutrición enteral de reciente instauración que antes del alta realizan el programa PANA: 100%

Total, pacientes de cirugía con nutrición enteral domiciliaria de reciente instauración: 15

Total, de pacientes de cirugía con nutrición enteral domiciliaria de reciente instauración que antes del alta realizan el programa PANA: 15

3. Porcentaje de pacientes de cirugía incluidos en proyecto con nutrición parenteral domiciliaria de reciente instauración que antes del alta realizan el programa de aprendizaje PANA: 100%

Total, de pacientes de cirugía con nutrición parenteral domiciliaria de reciente instauración: 1

Total, de pacientes de cirugía con nutrición enteral domiciliaria de reciente instauración que antes del alta realizan el programa PANA: 1

4. Porcentaje de pacientes con nutrición artificial que al alta completan el programa de aprendizaje de manera satisfactoria. 100%

Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración que realizan el programa de aprendizaje: 16

Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración que al alta completan el programa de aprendizaje de manera satisfactoria: 16

5. Porcentaje de pacientes en cirugía con nutrición artificial de reciente instauración con informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria: 100%

Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración: 16

Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración con ICCE al alta: 16

6. N° de pacientes en cirugía con nutrición artificial de reciente instauración por parte del servicio de endocrino en los que contactamos telefónicamente con Atención primaria: 100%

Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria de reciente instauración: 9

Total, de pacientes de cirugía con nutrición artificial domiciliaria en los que se contacta telefónicamente con Atención primaria: 9

7. n° de pacientes con riesgo moderado de presentar DRE, reevaluados en su centro de salud: 100%

Total, de pacientes con riesgo moderado de presentar DRE, reevaluados en su centro de salud: 2

8. Está definido el contenido de la consulta de nutrición

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Estos datos se han recogido de los registros de la Unidad de Nutrición, creados a tal efecto. El dato de pacientes reevaluados en su centro de salud, ha sido solicitado al centro de salud en el que se ha realizado el pilotaje. Se ha completado el proyecto de forma satisfactoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el proyecto ha aportado valor a los pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, mejorando su abordaje temprano, desde ambos niveles asistenciales, para evitar otras complicaciones derivadas de una situación de desnutrición añadida a su patología. La valoración del proyecto por parte de los profesionales de las unidades que forman parte del proceso de atención a este tipo de pacientes, es positiva. Creemos conveniente realizar una evaluación del seguimiento desde los centros de salud, puesto que la escasa muestra obtenida desde el centro de salud pilotado no nos lo permite.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/131 ===== ***

Nº de registro: 0131

Título
PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Autores:
ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA, PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, CARMEN GARCES MARIA ESTHER, ACHA PEREZ JAVIER, NOYA CASTRO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Nutrición y Dietética constituye el 1º paso en el tratamiento médico de todo pcte, por lo que se requiere una colaboración estrecha con todos los ámbitos sanitarios. La desnutrición está presente en todos los ámbitos asistenciales, variando su prevalencia según el método empleado para su detección. Afecta al 60% de personas ingresadas en instituciones; al 40% de pacientes hospitalizados; y alrededor del 5% de la población general. En el estudio PREDYCES7, se evidenció una alta prevalencia de desnutrición al ingreso (23,7%), así como una desnutrición durante el ingreso de un 9,6% de los pacientes que presentaron un buen estado nutricional inicial. Dentro de este marco conceptual, definimos este proyecto para trabajar en los próximos tres años, ya que creemos importante mejorar la asistencia nutricional en nuestro sector, no sólo desde el punto de vista de la salud de nuestros pacientes, sino también para disminuir estancias medias y gastos indebidos, así como favorecer la continuidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
General:
Garantizar el soporte dietético y nutricional adecuado y costo-efectivo a la población adulta dependiente SZ II que lo requiera.

Específicos:
Identificar ptes que requieran soporte dietético y nutricional
Asegurar el suministro efectivo y manejo nutricional de ptes
Proporcionar el adecuado aporte dietético nutricional.
Educar en la identificación y manejo de problemas nutricionales
Planificar la nutrición domiciliaria al alta.
Mejorar la continuidad asistencial en el SZII

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

MÉTODO

Actualización del p. nutrición clínica y dietética del SZII

Detección de ptes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE y AP (enfermera)

AE:

- Cribado Nutricional:

Implantación del cribado en las unidades de M.interna del HUMS (10 y 11 HG) y en planta 6º del HQ para el paciente incluido en el p. de cadera.

-Valoración del estado nutricional de los ptes ingresados subsidiarios o no, de recibir una intervención nutricional, así como de los pacientes con cribado nutricional +

AP:

- Seguimiento del pte que presenta riesgo moderado de desnutrición en su centro de AP

Se pilotará, en un centro de salud del SZII,
Seguimiento del estado Nutricional en aquellos pacientes que al alta de MI y P. de cadera presenten riesgo moderado de DRE

Abordaje terapéutico - cuidados de enfermería a los ptes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE/AP

Control, seguimiento y cuidados de ptes con soporte dietético y nutricional AE

Gestión de accesos para la administración de n.artificial (venosos y digestivos) AE

Valoración nutricional previa al alta según criterios establecidos.

Educación sanitaria:

Nutricional y de Manejo de dispositivos para la administración de n. artificial, previa al alta hospitalaria y domiciliaria AE/AP

Seguimiento del estado nutricional alta AE /AP

Garantizar la continuidad de cuidados (enfermera)

Implantar consulta de enfermería de educación nutricional en AE

Revisión de las dietas codificadas en el HUMS

Mejorar el manejo y control del gestor de dietas

INDICADORES

% ptes con cribado nutricional en las 72 primeras h de ingreso en unidades de M.I y P. de cadera (enfermera) - 90%

% ptes de M.I y P de cadera con (MUST > 2), a los que se le realiza la valoración nutricional (enfermera) - 95%

% ptes con n. artificial (enteral parenteral) de reciente instauración x endocrino/nutrición que antes del alta hospitalaria, realizan el programa de aprendizaje (enfermera)- > 95%

% ptes con n. artificial de reciente instauración por endocrino/ nutrición, que completa al alta el programa de aprendizaje satisfactoriamente- 98%

% ptes, del p de cadera, con DRE o en riesgo de padecerla, a los que se les da la hoja con recomendaciones al alta > 95%

% ptes de MI y P de cadera, con n artificial de reciente instauración por endocrino y nutrición con informe de continuidad de cuidado enfermero al alta > 95%

Nº ptes con n artificial de reciente instauración por endocrino y nutrición en los que contactamos con la coordinadora/ enfermera de AP - 90%

% ptes, del centro de salud a pilotar, que al alta hospitalaria de M.I y de p. de cadera tienen un riesgo moderado de presentar DRE y son reevaluados en su centro de salud. (AE/ AP enfermera) >35%

% de dietas codificadas en el HUMS actualizadas - 85%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROYECTO NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Formación gestor de dietas - 2 sesiones

DURACIÓN

Marzo- junio 2018:

- 1.Revisión del proceso
- 2.Elaboración del programa aprendizaje
- 3.Cribado nutricional + valoración nutricional s/p
4. Informe de continuidad de cuidados

Septiembre- Diciembre 2018

1. Pilotaje centro de salud reevaluación nutricional
2. Actualización dietas codificadas
3. Formacion gestor dieta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

Fecha de entrada: 20/01/2019

2. RESPONSABLE JUAN RAMON PORTILLO DEL OLMO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARMEN GARCES ESTHER
LANZUELA VALERO MANUELA
LAHUERTA LORENTE LOURDES
GARCIA RUIZ MARIA TERESA
ORTAS NADAL ROSARIO
ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA
NOYA CASTRO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. El día 16 de abril del 2018 se constituyó el GRUPO MULTIDISCIPLINAR, integrado por las diferentes Subdirecciones Médicas y de Enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada del hospital Miguel Servet, así como profesionales médicos y de enfermería de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada cardiológica (AE cardiológica), del ámbito hospitalario y ambulatorio.

Desde la primera reunión se han realizado 10 reuniones del grupo, con una periodicidad aproximada mensual (16/04, 27/04, 17/05, 25/05, 15/06, 22/06, 07/09, 18/10, 23/11 y 19/12). Se ha levantado acta de todos los puntos tratados/acordados por el grupo en cada una de las reuniones que, posteriormente, fue enviada a todos los integrantes y firmada en la siguiente reunión.

A partir de la 4ª reunión, el Grupo Multidisciplinar contó con dos integrantes más: Médico de Atención Primaria del CS de Fernando el Católico y enfermera del Centro de Salud de San Pablo.

Por otra parte, dado que la labor de consenso del grupo lo requería, se invitó a asistir a profesionales del Servicio de Rehabilitación cardiaca del HUMS y del Servicio de Rehabilitación Cardiaca multihospitalario del HNSG. La última reunión del Grupo Multidisciplinar se llevó a cabo en el Centro de Salud de Torrerramona, donde se mostró al grupo el programa Omi para su conocimiento.

2. Creación de CORREOS CORPORATIVOS en todas las Secciones del Servicio de Cardiología, así como en los dos centros médicos de especialidades (CME), como medio de comunicación fiable, ágil y seguro de solicitud de determinadas pruebas intraservicio. Permite la solicitud de pruebas previas a la consulta presencial en los CME, con la idea de aumentar consultas de acto único. Pendiente de protocolizar la solicitud de determinadas pruebas (p.e. holter-ECG de 24 horas) desde AP. Las consultas de los CME son de alta resolución ya que todas disponen de ecocardiógrafo.

3. Designación de un CARDIÓLOGO REFERENTE de los 18 centros de salud (CS), quien se encarga de reponder las solicitudes de consulta a través de la interconsulta virtual.

4. Inicio de SESIONES CLÍNICAS PRESENCIALES en los diferentes CS, con presencia del cardiólogo referente, en el horario habitual de las sesiones docentes del centro. Periodicidad aproximadamente mensual. Realizada o programada en 12 de los 18 CS referentes (3 de ellas en el área rural), con un total de 29 sesiones en los últimos 8 meses. El Inicio se ha retrasado en algunos centros como consecuencia de los importantes cambios en el personal médico.

Estas sesiones clínicas tienen como objetivos:

1. Visita de inicio por parte de la responsable del Servicio para informar sobre el proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico como forma de trabajo habitual.
2. Resolución de casos complejos in situ.
3. Facilitar la propagación de los diferentes protocolos aprobados por el Grupo Multidisciplinar a todos los médicos de AP.
4. Formación en patología cardiovascular.
5. Mejora en la comunicación y entendimiento entre los dos niveles asistenciales.

Actualmente, nos encontramos en vías de programación de sesiones clínicas virtuales con los centros de salud rurales mediante el uso del programa de videoconferencia del Salud Spontania, con la colaboración del Servicio de Informática del HUMS.

5. Creación de ALGORITMOS DE RESPUESTA A LA INTERCONSULTA VIRTUAL, con criterios consensuados por todo el Servicio de Cardiología (en sesión clínica del Servicio) para la adecuación de la derivación a consultas presenciales (generales y específicas) de pacientes consultados a través de la interconsulta virtual. Algoritmos que se han dado a conocer en todos los CS visitados.

6. Definición de DOS PROCESOS ASISTENCIALES CONSENSUADOS dentro del Grupo AP-AE cardiológica: Cardiopatía isquémica estable y Síndrome coronario agudo. Posteriormente, se mostrarán en sesión clínica en cada uno de los CS del sector 2.

7. JORNADA DOCENTE SECTORIAL AP-AE CARDIOLÓGICA, prevista dentro del programa de docente del HUMS del 2019,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

acreditada a docentes y discentes.

8. Puesta en marcha del PROYECTO CHECKLIST, con el propósito de detectar redundancias en citas/buzones pendientes de todos los pacientes hospitalizados en el Servicio. Hasta finales del mes de diciembre se ha revisado la HCE en el 100% de todos los pacientes dados de alta en el Servicio de Cardiología.

9. Desde la Unidad de Rehabilitación cardiaca del HUMS y la Unidad multihospitalaria del HNG se ha puesto en marcha el INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA, con el propósito de mantener la continuidad asistencial entre los dos niveles asistenciales. En situación de proceso a nivel de enfermería de hospitalización. Dentro del Grupo AP-AE cardiológica se encuentra en estudio la creación de "consulta de enfermería cardiológica" con el uso del programa OMI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Interconsultas contestadas a través de la consulta virtual en menos de 7 días (estándar >95%)
La celeridad en la respuesta de la interconsulta virtual también ha experimentado una mejora sustancial desde sus inicios, aunque en la actualidad se mantiene alejada del objetivo planteado.

- Durante los dos meses de año 2017, tan solo un 54% de las interconsultas se resolvieron en un tiempo inferior a 7 días.

- Durante el año 2018, el 72% fueron contestadas en menos de 7 días, lo que representa una mejora del 33%.
Teniendo en cuenta, además que:

- o Aproximadamente 1 de cada 5 (19%) interconsultas se resolvieron en menos de 24 horas y
- o 1 de cada tres (37%) en menos de 48 horas.

2. Interconsultas resueltas de forma no presencial (estándar <20%)

El número de interconsultas aumentó de forma muy importante durante los primeros meses tras la implantación de la interconsulta virtual para, posteriormente, ir estabilizándose.

El porcentaje medio de resolución del mes de noviembre de 2017 fue del 18%, alcanzando el 25% de media desde el inicio y siendo del 27% de media durante en el último año 2018 (de enero a diciembre). Lo que representa una aumento del 50% en la resolución virtual durante éste, su primer año

3. Consultas presenciales desde AP y resueltas en CME en 30 días (estándar: 60%)

El porcentaje de consultas presenciales enviadas desde AP y resueltas en menos de 30 días también ha sufrido una mejora importante durante el último año aunque, de forma global, dista del objetivo actual planteado.

No obstante, sí se ha conseguido el objetivo en las consultas presenciales desde AP con carácter preferente, cuya demora media en diciembre-2018 oscila entre 14 y 51 días.

4. Consultas presenciales en CME y alta en AP con informe de alta en Hp-doctor (estándar: 60%)

El porcentaje detectado es mucho más bajo del esperado y traduce una inadecuada recogida de la información en la HCE de los pacientes visitados, así como una posible falta de captura en las altas realizadas desde el CME. Llama la atención la diferencia detectada entre la realización de informes en CEX del hospital (76%), donde se cumple el objetivo planteado y las consultas de los CMEs (0 y 1,7%), difícil de explicar.

5. Primeras consultas desde AP a cardiopatías congénitas con tiempo de espera (estándar < 50 días)

El planteamiento de este indicador resulta inadecuado ya que no se realizan consultas desde AP por cardiopatía congénita, por lo tanto no procede su valoración

6. Primeras consultas desde AP a la Unidad de diagnóstico rápido resueltas en 15 días (estándar: 80%)

La consulta de diagnóstico rápido (CDR) no ha cumplido el objetivo planteado. La estructura y gestión de esta consulta creada en 2015 distaba mucho de la filosofía de una consulta de este tipo, cuyo objetivo es valorar pacientes con patología potencialmente grave pero sin síntomas incapacitantes, cuyo estudio muy preferente pudiera hacerse ambulatorio, evitando el ingreso hospitalario. La protocolización y creación de circuitos intraservicio, así como el cambio cultural de su cometido, ha llevado mucho más tiempo del esperado.

Esta consulta tiene acceso restringido y solo es accesible desde el propio servicio, sin acceso desde AP, por lo que el tiempo de resolución debiera contar desde su solicitud en la respuesta de la interconsulta virtual.

A lo largo de año 2018 se ha realizado la protocolización consensuada intraservicio de esta consulta, como consulta referente y restringida para pacientes con enfermedad cardiovascular potencialmente grave. Desarrollando protocolos de derivación y circuitos intraservicio.

En el momento actual no pueden extraerse resultados de indicadores quedando pendiente para 2019.

7. Ecocardiogramas transtorácicos realizados en < 30 días de su petición (estándar 30%)

El porcentaje de ecocardiogramas transtorácicos, asociados o no a una prueba de esfuerzo en pacientes no ingresados en hospitalización, y llevados a cabo en menos de 30 días desde su solicitud, ha superado el 36% y, por lo tanto, el objetivo planteado.

Si consideramos también los pacientes ingresados el resultado alcanza el 80%.

8. Altas hospitalarias en Cardiología y Cirugía cardiaca con citación en consulta programada (50%)

Desde el pasado 12 de abril de 2018, el Servicio de Cardiología colabora en la gestión de la 1ª consulta en todos los pacientes dados de alta por el Servicio de Cirugía cardiaca tras una cirugía cardiaca mayor.

Los informes de alta de estos pacientes se distribuyen, mediante correo interno, por los diferentes servicios de cardiología de toda la Comunidad Aragonesa (previamente informados del proyecto) tan pronto como estos son recibidos en el servicio de Cardiología.

En nuestro sector, dichos informes son enviados a los responsables de ambos CMEs, para su gestión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

independiente, lo que ha permitido que el 81% de estos pacientes dispongan de una cita programada en CEX en menos de 60 días tras el alta hospitalaria. De los 208 pacientes dados de alta en estos meses, se ha comprobado cita en HCE en más de un 94% y tan solo un 5% permanece pendiente de un buzón de citaciones.

9. Aplicación del check-list de revisión de citas cardiológicas pendientes al alta hospitalaria en el Servicio de Cardiología. Durante los meses de julio a diciembre de 2018, se han revisado la presencia de buzones/citas pendientes en la HCE del 100% de todos los pacientes dados de alta en el Servicio de Cardiología, con el siguiente resultado:
- 1335 pacientes ingresados en planta de Cardiología en los últimos 6 meses, con revisión de buzón/citas pendientes en HCE:
 - Citas detectadas: 280. El 20.9% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían una cita de consulta pendiente en CEX de cardiología.
 - Buzones detectados: 140. El 10.4% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían un buzón de cita pendiente en CEX de cardiología.
 - Anulados: 99 buzones y/o citas, por considerarse redundantes e innecesarios, lo que representa:
 - o 7.4% de los pacientes ingresados en hospitalización de cardiología
 - o 23,5% de todos los buzones/citas pendientes

Como resumen, los resultados expuestos representan un alcance dispar aunque en general optimista, de los objetivos inicialmente planteados en el proyecto. Objetivos difícilmente superables desde sus valores iniciales en tan solo 6 meses tras poner en marcha todas las actividades descritas. El logro completo de los mismos requerirá de un periodo de tiempo de evaluación mucho más largo. No obstante y a pesar de lo expuesto, las medidas operativas adoptadas han permitido obtener un importante descenso en los indicadores de gestión de la consulta externa del Servicio de Cardiología durante este último año, como son:

- Un descenso medio del 80,88% en los buzones de Primeras
- Un descenso medio del 14,12% en la demora >60 días en Primeras
- Un descenso medio del 54,57% en el total de consultas pendientes (buzón y citas)
- Una disminución media de la demora prospectiva en consultas del 37,93% (siendo superior al 100% en algún CME).
- Si comparamos 2017 con 2018:
 - o Buzón de Primeras ha pasado de 1345 a 257.
 - o Demora <60 días ha pasado de 170 a 146
 - o Consultas pendientes (buzón+citas) ha pasado de 2558 a 1162
 - o Demora prospectiva de consultas ha pasado de 112 a 51,84

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Grupo AP-AE cardiológico ha tenido éxito inicial en su creación y en la definición de dos procesos asistenciales consensuados muy prevalentes (cardiopatía isquémica estable y síndrome coronario agudo) y decisivos en la patología cardiovascular. Estos procesos, por otra parte, han supuesto un tiempo excesivo al Grupo, como consecuencia de la importante dificultad que ha requerido reunir mensualmente a sus miembros, pese a planificar cada sesión durante la celebración de la reunión previa. La asistencia en algunos casos específicos se considera insuficiente.

Las sesiones clínicas presenciales a los diferentes CS ha permitido mejorar claramente la relación entre los profesionales y la percepción subjetiva por ambas partes, así como el aumento progresivo desde sus inicios en la resolución de la interconsulta virtual, disminuyendo la necesidad de vistas presenciales en los CME. No obstante, en dos CS, ha sido necesario reiniciar las sesiones después de un periodo de vacío en la comunicación como consecuencia de una falta de planificación. Es fundamental concienciar a todos los participantes en este proyecto (AP y AE cardiológica) que el contenido del mismo supone una nueva forma de trabajo que debiera aceptarse e integrar en la práctica habitual.

La elaboración de los algoritmos de respuesta a la interconsulta virtual garantizó un marco de apoyo y consulta a los cardiólogos referentes de los CS en cuanto a la derivación o no a consulta presencial, así como el tipo de consulta cardiológica, general o especializada de destino. Por otra parte, ha sido decisiva la disminución de la variabilidad de respuesta entre los cardiólogos referentes de los CS. La reciente y difícil protocolización de la consulta de diagnóstico rápido del HUMS (realizada de forma consensuada en el Servicio de cardiología) mejorará la atención de los pacientes con patología potencialmente grave, mediante un diagnóstico y tratamiento preferente, disminuyendo las necesidades de ingreso hospitalario.

La puesta en marcha de un sistema de check-list en las altas de hospitalización ha permitido realizar un borrado de buzones y citas, consideradas redundantes e innecesarias en 23,5% de todas ellas.

La colaboración activa de todos los miembros implicados en el Grupo AP-AE cardiológico y de Staff del propio Servicio, ha sido clave para la consecución de buena parte de los objetivos planteados.

Todas estas actividades realizadas se plasman en una mejora de los indicadores de gestión, que traducen una mejor atención a nuestros pacientes y que se sustentan en una mejor relación y entendimiento entre los profesionales de ambos niveles asistenciales. No obstante, la situación actual dista mucho de ser la ideal por lo que será necesario promover mejoras en otros muchos otros procesos diagnóstico/terapéuticos, así como crear circuitos de colaboración que permitan ofrecer una AE cardiológica de calidad y a tiempo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

7. OBSERVACIONES.

La información sobre el Proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico a la población/pacientes del sector II sería clave para su comprensión y conocimiento. Esto llevaría a la aceptación general del papel preponderante que el médico de AP tiene en la gestión de la enfermedad cardiovascular, siempre respaldado por el médico de AE cardiológica, mediante la interconsulta virtual y las sesiones conjuntas en cada uno de los CS.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/135 ===== ***

Nº de registro: 0135

Título
RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO

Autores:
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, CARMEN GARCES MARIA ESTHER, LANZUELA VALERO MANUELA, LAHUERTA LORENTE MARIA LOURDES, GARCIA RUIZ MARIA TERESA, ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO, ANTONANZAS LOMBARTE TERESA, NOYA CASTRO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan un elevado número de personas en nuestro medio y son la principal causa de mortalidad y discapacidad. Es frecuente que la respuesta de las unidades de atención especializada (AE) a los pacientes se retrase más tiempo del que se considera óptimo, y se debe, en gran medida, a la sobrecarga asistencial sobre todo por el volumen de revisiones rutinarias en las que el especialista aporta muy poco o nada de valor añadido respecto a la proporcionada por el médico de Atención Primaria (AP). La propuesta esencial es trabajar en equipo con protocolos coordinados para liberar las consultas especializadas de visitas sucesivas de escaso valor, y aumentar la disponibilidad para las visitas más importantes, pacientes nuevos o desestabilizaciones.
El proyecto se plantea a 3 años: 1º: Diagnóstico del paciente 2º: Diagnóstico y tratamiento de paciente, electrofisiología, hemodinámica y trazabilidad. 3º: Cirugía cardiaca, idoneidad del paciente derivado a cirugía, UCI, RHB.
Se debe contar desde el principio con la implicación y colaboración de los profesionales que participan en la asistencia al paciente cardiológico. Son ellos los que deben estar motivados para participar en el rediseño y creación de los circuitos necesarios para mejorar entre todos la asistencia a nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Fundamental:
Mejorar la atención que se presta a los pacientes cardiológicos, mediante la redefinición de las tareas que los profesionales de AP y AE deben asumir de manera coordinada en la atención a pacientes con sospecha o ECV ya conocida.

- Específicos:
- Reducir la demora para primeras visitas en las consultas de Cardiología de los centros médicos de especialidades (CME) de nuestro sector.
 - Mejorar la relación AP-AE para la derivación de pacientes con sospecha de enfermedad cardiológica.
 - Depurar posibles problemas médicos y administrativos en el curso de las interconsultas virtuales y presenciales.
 - Mejorar las indicaciones de pruebas diagnósticas cardiológicas.
 - Reducir la demora para la realización de pruebas diagnósticas cardiológicas.
 - Revisar los buzones de consultas y pruebas complementarias cardiológicas para depurar redundancias.
 - Favorecer el seguimiento del paciente y la continuidad de cuidados por parte de la enfermera.

MÉTODO

Creación de un grupo multidisciplinar integrado por profesionales de AP y AE que trabajara sobre criterios de derivación de pacientes desde AP a la consulta de Cardiología en distintas situaciones clínicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

Creación de un grupo de trabajo integrado por cardiólogos especializados en Cardiopatías Congénitas y pediatras de AP para protocolizar los criterios de derivación a estas consultas.
 Valoración de la posibilidad de realizar peticiones de determinadas pruebas diagnósticas desde AP para agilizar el proceso diagnóstico.
 Designación de médico de AP referente y cardiólogo consultor para cada centro de AP.
 Realización de sesiones clínicas equipo AP-cardiólogo consultor sobre casos clínicos.
 Organización de dos jornadas anuales sectoriales AP-Cardiología, acreditadas para la asistencia y la docencia.
 Revisión y unificación de criterios de derivación a consultas específicas y pruebas diagnósticas y terapéuticas en el servicio de Cardiología.
 Depurar repeticiones de citas cardiológicas pendientes en pacientes hospitalizados en Cardiología.
 Definición de modelo de consulta de enfermería.

INDICADORES

Interconsultas contestadas a través de la plataforma virtual en un plazo =7 días	=95%	
Interconsultas resueltas de forma no presencial	=20%	
Consultas presenciales desde AP y resueltas en el CME en = 30días	=60%	
Consultas presenciales en CME y alta a AP con informe de alta en HP-Doctor		=60%
Primeras consultas desde AP a Cardiopatías Congénitas con tiempo de espera =50 días	=80%	
Primeras consultas desde AP a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en =15 días		=80%
Ecocardiograma transtorácico realizado en <30días desde su petición		
=30%		
Altas hospitalarias en Cardiología y Cirugía Cardiaca con citación en consulta programada		=50%
Aplicación de Checklist de revisión de citas cardiológicas pendientes en pacientes al alta		=60%

DURACIÓN

Primer semestre:
 Constitución del grupo multidisciplinar: marzo-18.
 Designación de referentes en Atención Primaria y cardiólogo consultor.
 Sesiones conjuntas equipo AP-cardiólogo consultor.
 Definición de criterios de derivación de AP-AE y AE-AP.
 Revisión del buzón y criterios de indicaciones de pruebas diagnósticas y terapéuticas.
 Elaboración de Checklist.
 Informatizar lista de espera HD y EFL.
 Segundo semestre:
 Sesiones clínicas sectoriales AP-AE.
 Aplicación de Checklist.
 Definición consulta Enfermería.
 Difusión a profesionales de AP-AE.
 Implantación de los protocolos realizados.
 Evaluación continua.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0030

1. TÍTULO

ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE LOURDES LAHUERTA LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANZUELA VALERO MANUELA
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER
CANTIN BLAZQUEZ SONIA
MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD
ASENSIO AROSTEGUI ROSA
MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisar y actualizar la cartera de servicios de los procedimientos de cirugía sin ingreso de cada uno de los Servicios Quirúrgicos
Actualización y/o realización de guías, vías o protocolos de los procedimientos.
Actualización de tiempos quirúrgicos para adecuar el Rendimiento quirúrgico
Aumentar el índice de sustitución de procedimientos seleccionados
Disminuir las suspensiones quirúrgicas causas evitables, actualización del listado de recogida de causas de suspensión y difusión del mismo.

Se ha hablado con todos los Servicios Quirúrgicos para adecuar la cartera de servicios, se ha procedido a codificar con CIE 10 todos los procedimientos, se han evaluado guías y protocolos para mejorar el funcionamiento de la Unidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso 100%

Porcentaje de guías, vías, protocolos actualizados (Nº de guías, vías y protocolos actualizados/ Nº de guías, vías y protocolos vigentes a 1/1/2019). 100 %

Se ha actualizado el Protocolo de prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso y el de Valoración anestésica preoperatoria en CSI.

Mejorar el Rendimiento quirúrgico (suma de tiempo del paciente en quirófano durante las horas programadas (entrada y salida de quirófano)/número total de horas programadas. Estándar: 56.7%

Aumentar el índice de sustitución (Nº procedimientos realizados en UCSI/ Nº procedimientos susceptibles de realizarse en UCSI) de los siguientes procedimientos:

- . Artroscopia de rodilla: 6%
- . Hallux valgus : 3.3%
- . Hernioplastia: 46%
- . Fisurectomía anal: 75% y hemorroidectomía 28%

La fuente donde se han obtenido los datos es el registro de la Unidad, Servicio de Admisión y Servicio de información del Hospital.

Se han alcanzado toda los objetivos salvo el de aumentar el índice de sustitución de estos procedimientos, la causa ha sido la suspensión de la actividad de tarde durante el año pasado, estos procedimientos se realizan en este horario.

También ha influido que ha habido un elevado número de concertación externa de estos procedimientos, quedando en el hospital los casos complejos que no pueden realizarse en cirugía sin ingreso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Destaco la colaboración de todos los Servicios para poder mejorar la calidad y el rendimiento de los procedimientos realizados en esta Unidad, queda pendiente el aumentar el índice de sustitución para los procedimientos seleccionados y añadir algún procedimiento más del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Ahora el proyecto tiene que seguir trabajando en aplicación y actualización de los protocolos realizados

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/30 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0030

1. TÍTULO

ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Nº de registro: 0030

Título
ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LAHUERTA LORENTE LOURDES, LANZUELA VALERO MANUELA, MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, CANTIN BLAZQUEZ SONIA, MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL, MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD, ASENSIO AROSTEGUI ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Procedimientos quirúrgicos
Línea Estratégica .: Sustitución por CMA u otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Cirugía sin Ingreso es una modalidad asistencial, es decir una forma organizativa y de gestión sanitaria específica con una cartera de servicios que requiere unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de los usuarios.
Se deben de seleccionar los procedimientos de la cartera de Servicios de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso, (UCSI), se incluyen clásicamente los integrados en los niveles II y III de la Clasificación de Davis y es importante revisarla periódicamente en base a su experiencia y la evolución científica y tecnológica.
Es precisa la actualización de los tiempos quirúrgicos de los procedimientos, con el fin de optimizar los recursos y evitar ingresos.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos principales del proyecto son:
- Revisar los procedimientos que realizan los Servicios quirúrgicos en la Unidad de Cirugía sin ingreso, de forma que se puedan incluir más procedimientos que son candidatos a este tipo de cirugía y retirar de la cartera de servicios aquellos que puedan realizarse en otro tipo de recurso como consulta o sala blanca.
- Revisar tiempos quirúrgicos y programaciones para mejorar los rendimientos quirúrgicos.
- Revisar las suspensiones quirúrgicas, para descubrir si existe alguna causa evitable de las mismas.

MÉTODO
-. Revisar y actualizar la cartera de servicios de los procedimientos de cirugía sin ingreso de cada uno de los Servicios quirúrgicos.
-. Actualización y/o realización de guías, vías o protocolos de los procedimientos.
-. Actualización de tiempos quirúrgicos para adecuar el Rendimiento quirúrgico
-. Aumentar el índice de sustitución de procedimientos seleccionados.
-. Disminuir las suspensiones quirúrgicas causas evitables, actualización del listado de recogida de causas de suspensión y difusión del mismo.

INDICADORES
-. Porcentaje de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso (Nº de Servicios que han actualizado su Cartera de Servicios de procedimientos de cirugía sin ingreso/ Nº Servicios que realizan procedimientos de cirugía sin ingreso). Estándar: 100%.
-. Porcentaje de guías, vías, protocolos actualizados (Nº de guías, vías y protocolos actualizados/ Nº de guías, vías y protocolos vigentes a 1/1/2019). Estándar: 50%
-. Mejorar el Rendimiento quirúrgico (suma de tiempo del paciente en quirófano durante las horas programadas (entrada y salida de quirófano)/número total de horas programadas. Estándar: 60%
-. Aumentar el índice de sustitución (Nº procedimientos realizados en UCSI/ Nº procedimientos susceptibles de realizarse en UCSI) de los siguientes procedimientos:
-. Artroscopia de rodilla. Estándar 10%
-. Hallux valgus. Estándar: 20%
-. Hernioplastia inguinal. Estándar 50%
-. Fisurectomía anal y hemorroidectomía. Estándar 60%
-. Revisión mensual de las causas de suspensión quirúrgica y análisis de las mismas(Nº de revisiones mensuales/12) Estándar 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0030

1. TÍTULO

ADECUAR LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS Y LOS RENDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

DURACIÓN

Duración prevista es de 12 meses:

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Cartera de servicios		X	X	X	X	X	X					
Guías, vías y protocolos		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Rendimiento quirúrgico		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Índice de sustitución							X	X	X	X	X	X

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0863

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL CONSEJO GENETICO PARA MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CANDIDATOS AL MISMO.

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MANUELA LANZUELA VALERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN GARCES ESTHER
ANTON TORRES ANTONIO
RELLO VARAS LUIS
ABENIA USON PILAR
TAJADA DUASO MAURICIO CAYO
VICENTE GOMEZ ISABEL
PASCUAL ALIENDE MARIA LORETO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre abril y mayo de 2019, se realizaron visitas y reuniones para la recogida de información sobre la situación y circuitos existentes, tanto en el campo del Consejo Genético Prenatal como en el Oncológico.

En el Consejo Genético Prenatal se ha consolidado la actuación conjunta de todas las partes implicadas, con la creación de un informe conjunto de todas las especialidades (Obstetricia, Genética y Pediatría), además de una consulta conjunta. Se ha incorporado una matrona, con agenda específica para el seguimiento de los casos. Ello ha permitido disminuir la variabilidad en la indicación del análisis genético.

Para la realización del análisis genético, se llegó al acuerdo entre los servicios de Obstetricia y Genética de entregar a las mujeres candidatas al mismo, el documento de Consentimiento Informado en la consulta de Obstetricia. Dicho documento fue consensuado entre ambas partes. Esto evita una visita añadida de las mujeres al hospital antes de la realización de dicho análisis, y evita también que los facultativos de Genética tengan que visitar a la mujer antes del análisis.

En el Consejo Genético Oncológico, se han celebrado varias reuniones de trabajo para ir ordenando las puertas de entrada. Se está trabajando en la realización de un documento de información a Atención Primaria y a Admisión para la unificación de criterios de derivación y el circuito apropiado para ello. Además, se realizaron varias sesiones quirúrgicas en el primer semestre de 2019 para poder realizar la cirugía profiláctica a aquellas mujeres que más tiempo llevaban pendiente de dicha intervención.

En paralelo, se están analizando las determinaciones realizadas en el Servicio de Genética y las derivadas a centros externos para ver posibilidades de reordenamiento y adecuación de las indicaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el Consejo Genético Prenatal, gracias a la consolidación de la actividad multidisciplinar, tanto en el aspecto de la consulta como en el del informe clínico, prácticamente todas las mujeres gestantes candidatas a dicha valoración conjunta son vistas de esta manera. Además, el hecho de contar con una matrona pendiente de los casos, hace que la mujer gestante susceptible de ello tenga una referencia única que está pendiente de las actuaciones a realizar.

En el Consejo Genético Oncológico, dada la creciente complejidad del mismo, estamos todavía en fase de ordenación, no habiendo sido posible alcanzar todos los objetivos previstos para este primer año. Se ha conseguido alinear a todos los actores implicados y se han iniciado varias líneas de trabajo fundamentales para organizar tanto las puertas de entrada en el sistema como la indicación de realización del análisis, lo que permitirá acercarnos a los objetivos previstos en este próximo año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el Consejo Genético Prenatal, la trayectoria conjunta previa de varios de los especialistas ha permitido que la colaboración multidisciplinar haya fluido de forma natural y se extienda al resto de implicados. Está pendiente la creación del espacio "físico" de la consulta conjunta para la mejora de la funcionalidad.

Asimismo, y por distintos motivos, está pendiente de retomar la actividad quirúrgica adecuada para la realización de las cirugías profilácticas que van apareciendo. Hay que tener en cuenta la dificultad que entraña la complejidad técnica de estas intervenciones: en la mayoría de los casos se debe realizar una doble mastectomía con reconstrucción inmediata y una ooforectomía en el mismo acto. Esto supone que son tiempos quirúrgicos largos y que requieren la colaboración de varias especialidades, lo que origina problemas para su programación ante la aparición de patologías urgentes y/o graves como tumores, etc.

En el Consejo Genético Oncológico, se han dado los primeros pasos para concienciar a todos los implicados, aunque queda pendiente la terminación e implantación de los circuitos adecuados para cumplir objetivos. Además, se está pendiente de destinar una enfermera a la gestión de los casos, lo que redundará en un mejor aprovechamiento de los recursos y sobre todo en una mejor atención a los pacientes y sus familias.

Asimismo, está pendiente en las próximas semanas retomar la actividad quirúrgica adecuada para la realización de las cirugías profilácticas que van apareciendo. Hay que tener en cuenta la dificultad que entraña la complejidad técnica de estas intervenciones: en la mayoría de los casos se debe realizar una doble mastectomía con reconstrucción inmediata y una ooforectomía en el mismo acto. Esto supone que son tiempos quirúrgicos largos y que requieren la colaboración de varias especialidades, lo que origina problemas para su programación ante la aparición de patologías urgentes y/o graves como tumores, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0863

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL CONSEJO GENETICO PARA MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CANDIDATOS AL MISMO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/863 ===== ***

Nº de registro: 0863

Título
OPTIMIZACION DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL CONSEJO GENETICO PARA MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CANDIDATOS AL MISMO

Autores:
LANZUELA VALERO MANUELA, CARMEN GARCES ESTHER, ANTON TORRES ANTONIO, RELLO VARAS LUIS, ABENIA USON PILAR, TAJADA DUASO MAURICIO CAYO, VICENTE GOMEZ ISABEL, PASCUAL ALIENDE MARIA LORETO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología: Neoplasias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Ley de Investigación Biomédica define el Consejo genético como el procedimiento destinado a informar a una persona sobre las posibles consecuencias para él o su descendencia de los resultados de un análisis o cribado genéticos y sus ventajas y riesgos y, en su caso, para asesorarla en relación con las posibles alternativas derivadas del análisis. Tiene lugar tanto antes como después de una prueba o cribados genéticos e incluso en ausencia de los mismos.
El Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina proclamó en su artículo 12: Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad, o detectar una predisposición o una susceptibilidad genética a una enfermedad, con fines médicos o de investigación médica y con un asesoramiento genético apropiado. Este asesoramiento genético, que se da no solo en diagnóstico prenatal sino también en otras disciplinas, como la Oncología es un proceso y no un acto médico aislado.
Por ello y dada la trascendencia clínica y de necesidad de recursos, además en un medio en constante actualización y de aparición de informaciones nuevas con mayor o menor trascendencia clínica, es necesario ordenar de forma reglada los distintos actos que conducirán al asesoramiento genético para que la asistencia se produzca de la forma más correcta posible.

RESULTADOS ESPERADOS
Consejo Genético Oncológico:
Disminuir la variabilidad en las puertas de entrada de los pacientes oncológicos/familias susceptibles de ello a la realización del consejo genético de forma global.
Disminuir las demoras en la realización del análisis genético.
Revisar y actualizar en el hospital/sector los criterios de derivación de los pacientes a la realización del análisis, quién y cómo puede indicar dicha realización.
Consejo Genético Prenatal:
Disminuir la variabilidad en la indicación del análisis genético, mediante la actualización/implantación de protocolos de actuación ante el hallazgo/sospecha de anomalía genética.
Mejorar la interacción con los potenciales padres para ayudar en la toma de decisiones.

MÉTODO
Reordenación de circuitos en consejo Genético Oncológico y Prenatal.
Análisis/Organización de los circuitos de los pacientes dentro del proceso del Consejo Genético Oncológico:
Ubicación en consultas con agenda específica médica y de enfermería, fuera del Proceso de Cáncer de Mama.
Toma de decisiones/actualización-elaboración de protocolos multidisciplinares consensuados.
¿Quién hace el Consejo Genético?
¿A quién se le pide el Análisis Genético?
¿Plazos máximos de realización del análisis?
Análisis/Organización de los circuitos de los pacientes dentro del proceso del Consejo Genético Prenatal:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0863

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS ACTIVIDADES LIGADAS AL CONSEJO GENETICO PARA MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CANDIDATOS AL MISMO.

Protocolos de actuación conjuntos entre Obstetricia, Genética y Pediatría.
¿Quién da la información previa?
¿Quién y donde da la información del resultado?
Consultas conjuntas con los tres especialistas para mejorar la toma de decisiones.
Laboratorio: reorganización de las consultas.
Priorización en el análisis.
Ordenación/derivaciones a laboratorios externos...

INDICADORES

Nº protocolos revisados/actualizados/elaborados en cada disciplina. =2
% de pacientes/familias a los que se les hace el consejo genético oncológico en <3 meses = 40%
% pacientes oncológicos y familiares susceptibles a los que se realiza análisis genético en <6 meses análisis genético en <6 meses =30%
% pacientes susceptibles que se incluyen en seguimiento apropiado =80%
% de pacientes susceptibles a los que se realiza tratamiento profiláctico en plazo <9 meses =80%
% mujeres gestantes susceptibles de ello vistas en consulta multidisciplinar =80%
Definición de cartera de servicios de la agenda específica de Enfermería en Consejo Genético Oncológico. 100 %
Definición de los estándares de actividad de la Consulta de Enfermería. 100 %

DURACIÓN

Primer año: análisis y reorganización extralaboratorio.
Segundo año: análisis y reorganización intralaboratorio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0957

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA ANTOÑANZAS LOMBARTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD SAZATORNIL REYES
NOYA CASTRO CARMEN
LARRODE LECIÑENA ITZIAR
GRACIA CASADO GEMA LUCIA
REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL
VINUES SALAS CARLOTA
CASAJUS NAVASAL ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Actualización e implementación del protocolo "Almacenamiento y conservación de los medicamentos en las unidades de enfermería del Hospital Universitario Miguel Servet".
- Normalización los botiquines de farmacia, en las unidades de cuidados teniendo en cuenta la estructura existente, siguiendo criterios de seguridad.
- Actualización el stock de medicamentos en las unidades de cuidados de enfermería.
- Implantación del circuito de petición, reposición, devolución y custodia de todos los medicamentos (incluidos estupefacientes) de los botiquines de farmacia y de los armarios de dispensación automática.
- Evaluación de la disminución en las devoluciones y las peticiones urgentes, desde las unidades de cuidados de enfermería al servicio de farmacia.
- Elaboración del listado de fármacos peligrosos más habituales en las unidades de hospitalización.
- Realización de formación específica, que refuercen los conocimientos para un correcto manejo de fármacos en las unidades de cuidados de enfermería de hospitalización

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2019 se ha comenzado con la implementación de diferentes líneas establecidas en el protocolo almacenamiento y conservación de medicamentos en el 100% las unidades de enfermería del HUMS.
En relación a la actualización del stock de botiquines, en la actualidad del total de botiquines 30 de ellos se han revisado y actualizado, si así se ha considerado, lo que supone un 66%.
En el 100% de las unidades se ha puesto en marcha el nuevo circuito de petición, reposición y devolución de medicamentos a farmacia lo que ha conllevado una disminución en el número de peticiones/ devoluciones urgentes. Si comparamos devoluciones/ peticiones realizadas en el periodo septiembre - noviembre de 2018 / 2019:
N.º de devoluciones hechas desde las unidades de hospitalización al servicio de farmacia:
Septiembre - noviembre 2018: 49619 unidades devueltas
Septiembre - noviembre 2019: 28 221 unidades devueltas
La implantación del nuevo circuito ha supuesto una disminución en las unidades que se han devuelto al servicio de farmacia de 21398 unidades en los meses de septiembre y noviembre, lo que supone un 43% menos
N.º de peticiones urgentes realizadas desde las unidades de hospitalización al servicio de farmacia
Septiembre - noviembre 2018: 118020 unidades solicitadas vía urgente
Septiembre - noviembre 2019: 108.882 unidades solicitadas vía urgente
La implantación del nuevo circuito ha supuesto una disminución de 9138 unidades de medicamentos que se han pedido de forma urgente al servicio de farmacia entre los meses de septiembre y noviembre, lo que ha supuesto un 7,7% menos.
En relación a la solicitud, recepción y custodia de estupefacientes está implantado en 14 de los botiquines de hospitalización en los que existen armarios de dispensación automática, lo que supone el 31% de los botiquines de hospitalización. Así mismo se ha implantado el circuito en las unidades de gran consumo de estupefacientes como es: Bloque quirúrgico del multifuncional, paritorios y bloque quirúrgico del HMI.
Pendiente de poner en marcha en la unidad de pruebas funcionales.
Durante el año 2019 se han llevado a cabo las dos ediciones del curso manejo seguro de fármacos en las unidades de enfermería del HUMS que se han programado.
Sobre la normalización de botiquines siguiendo criterios de seguridad no se ha iniciado su implementación
Sobre la línea de fármacos peligrosos, se ha diseñado la documentación / poster a implantar en las unidades de enfermería y la formación específica a dar en ellas. Se ha comenzado en el mes de diciembre en las unidades de cuidados intensivos.
Durante el año 2019 se ha puesto en marcha sistemas de dispensación automática en la unidad de urología y tipo unidosis en la unidad de oncología médica. En enero de 2020 se implanta en la unidad de cirugía torácica/ otorrino y maxilofacial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario avanzar en la puesta en marcha de sistemas de dispensación tipo carros de unidosis en las unidades de enfermería en la que no existe. Esto supone tener que hacer una cierta inversión en el servicio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0957

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

de farmacia para completar su implantación total en el hospital.

El proyecto se debe continuar durante los próximos años hasta completar el proyecto completamente en todo el hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/957 ===== ***

Nº de registro: 0957

Título
MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA, ABAD SAZATORNIL REYES, NOYA CASTRO CARMEN, LARRODE LECIÑENA ITZIAR, GRACIA CASADO GEMA LUCIA, REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL, VINUES SALAS CARLOTA, CASAJUS NAVASAL ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El personal de enfermería de las unidades de hospitalización conjuntamente con los farmacéuticos, tienen un papel fundamental en la prevención de errores relacionados con el manejo de fármacos, errores, que afectan a la eficacia de los mismos, lo que puede significar un riesgo elevado para la salud de los pacientes, además de un importante impacto económico

Tras la elaboración de un mapa de riesgos en el manejo de fármacos llevado a cabo en las unidades de cuidados del HUMS y las evaluaciones que se realizan periódicamente desde el servicio de farmacia, se han detectado problemas a lo largo de la cadena terapéutica del medicamento, lo que requiere la puesta en marcha de medidas correctivas y preventivas para evitar potenciales daños a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

.Garantizar la organización, mantenimiento y condiciones ambientales adecuadas, del stock de medicamentos depositados en los botiquines de farmacia, neveras y armarios de dispensación automática, con criterios de seguridad, evitando así caducidades y devoluciones innecesarias.
.Mejorar el proceso de reposición de la medicación en las unidades de enfermería optimizando el proceso de reposición de stock, disminuyendo el número de pedidos urgentes.
.Identificar los medicamentos de alto riesgo, para el paciente, de cada unidad de hospitalización, y establecer recomendaciones para su uso seguro.
.Asegurar que la manipulación de medicamentos peligrosos en las unidades de hospitalización es la correcta, evitando riesgos para la salud de los profesionales que los manejan.
.Mejorar la custodia y dispensación controlada de estupefacientes y psicótrpos en las unidades de cuidados de enfermería.

MÉTODO

.Actualizar e implementar el protocolo "Almacenamiento y conservación de los medicamentos en las unidades de enfermería del Hospital Universitario Miguel Servet".
.Normalizar los botiquines de farmacia, en las unidades de cuidados teniendo en cuenta la estructura existente, siguiendo criterios de seguridad (45 botiquines)
.Actualizar el stock de medicamentos en las unidades de cuidados de enfermería.
.Mejorar el circuito de petición, reposición, devolución y custodia de todos los medicamentos(incluidos estupefacientes) de los botiquines de farmacia y de los armarios de dispensación automática.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0957

1. TÍTULO

MEJORAR EL PROCESO DE REPOSICION, ALMACENAMIENTO, CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- .Establecer medidas específicas que conlleven una disminución en las devoluciones y las peticiones urgentes, desde las unidades de cuidados de enfermería al servicio de farmacia.
- .Realizar formación específica, que refuercen los conocimientos para un correcto manejo de fármacos en las unidades de cuidados de enfermería de hospitalización
- .Elaborar listado de fármacos peligrosos más habituales en las unidades de cuidados de enfermería de hospitalización.
- .Informar y formar sobre los riesgos asociados a los mismos y tomar las medidas necesarias para evitar riesgos para la salud de los profesionales que los manipulan.

INDICADORES

% unidades de hospitalización que han puesto en marcha el nuevo circuito de petición, reposición y devolución de medicamentos al servicio de farmacia: 64%-80%

% unidades de cuidados de enfermería donde consta documentación que incluya el listado de medicamentos peligrosos más habituales en la unidad y el manejo seguro de los mismos:64%-80%

Número de peticiones urgentes / devoluciones de medicamentos realizadas desde las unidades de enfermería al servicio de farmacia: disminuir un 30%

DURACIÓN

Actualización del protocolo "Almacenamiento y conservación de los medicamentos". Febrero 2019

Comunicar proyecto Abril - Mayo 2019

Implantar el protocolo año 2019

Normalizar botiquines en hospitalización. Año 201

Implantar el circuito de petición, reposición y devolución de medicamentos Durante 2019

Implantar circuito de solicitud, recepción y custodia de estupefacientes Durante 2019

Elaboración del listado de fármacos peligrosos más habituales en las unidades de hospitalización febrero 2019

Evaluación del número de devoluciones y solicitudes urgentes de medicamentos realizadas, comparando los años 2018 -2019 Diciembre 2019

Comunicar resultados- Diciembre 2019

Todas las actividades se realizaran por los integrantes del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0852

1. TÍTULO

MANTENER LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 E ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA Y AUMENTO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE JUAN LAIN MERCADAL
· Profesión TECNICO ELECTROMEDICINA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑOZ SERRANO PEDRO
ESPIAGO GRACIA AGUSTIN
CASAO HERNANDEZ JESUS
ARTIGAS GRACIA RAFAEL
SOTERAS GABAS JOSE LUIS
PORROCHE SORBE CARMEN
BEISTY CHUECA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas han sido comunicar el proyecto a los participantes de este.

Para el mantenimiento de la ISO se han realizado las Auditorías internas, revisión por la dirección auditorías externas en las fechas programadas.

Las acciones realizadas han sido las reuniones con el grupo de mejora para la revisión de las no conformidades y revisión de la documentación de las normas.

El material elaborado han sido los informes de las auditorías y las actas de las reuniones del grupo de Mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado es que el Servicio de Electromedicina sigue manteniendo la ISO 9001 y la ISO 13485. Para ello se creó un objetivo para el aumento de incidencias con sus respectivos indicadores que se revisan trimestralmente, la fuente de obtención de los datos es revisando el listado de incidencias viendo que hay aumento de estas, y pasando correctamente las auditorías y revisiones por la dirección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora es que hay que conseguir más participación aún de todos los componentes del servicio para conseguir que haya más incidencias, pues habiendo habido un aumento de incidencias apreciable se tendría que conseguir que hubiese más incidencias.

Tras todas las reuniones del grupo de mejora, las auditorías, revisiones por la dirección se ha conseguido mantener las certificaciones de las dos ISO's..

Los aspectos que han quedado pendientes son que se tendría que conseguir más participación, aunque se ha notado más colaboración, por parte de todo personal del servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/852 ===== ***

Nº de registro: 0852

Título
MANTENER LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 E ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA Y AUMENTO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS

Autores:
LAIN MERCADAL JUAN, MUÑOZ SERRANO PEDRO, ESPIAGO GRACIA AGUSTIN, CASAO HERNANDEZ JESUS, ARTIGAS GRACIA RAFAEL, SOTERAS GABAS JOSE LUIS, PORROCHE SORBE CARMEN, BEISTY CHUECA MARTA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0852

1. TÍTULO

MANTENER LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 E ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA Y AUMENTODE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: .
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Merjorar la Calidad en el Servicio.

PROBLEMA
El Servicio de Electromedicina del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001-13485 desde el año 2010
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Electromedicina para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 y 13485 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro plantenamiento es: Mantener las certificaciones y aumento de las incedencias en el SGC para los temas que surgen y tienen transcendencia e incrementar el registro de incidencias como intrumento de mejora de seguridad del paciente

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Para dinamizar e integrar el SGC entre los componentes del servicio, se habilita una via de más practitca para la recogida de incidencias. Asi mismo el Grupo de mejora se implicara en la revision de estas.

INDICADORES
Aumento de incidencias por parte del presonal. Nº de personas que registran incidencias /Personal.

En el 100% de las reuniones del grupo de mejora se tratara la y evaluara el objetivo.
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
- Impantación de propuestas de mejoras aboradadas en la Revision por la dirección.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Cada tres meses hasta Diciembre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1405

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 24/03/2018

2. RESPONSABLE ALEJANDRO SANZ PARIS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2017 en 148 días de consulta han valorado 504 pacientes de primer día en consulta de Nutrición tras alta (GNUTRA)= 3.4 valoraciones por día. De ellos, 82.3% tras alta del Hospital San Juan de Dios y 17.7% del Hospital Militar (Servicios de Geriátría y Medicina Interna)

Respecto al tratamiento nutricional indicado:

- -Solo se ha prescrito espesante 21.1% por presentar disfagia sin desnutrición evidente
- -Solo se ha prescrito nutrición enteral oral 18.7% por presentar desnutrición proteico calórica severa
- -Se ha prescrito espesante junto con nutrición enteral oral 48.3%
- -Se ha prescrito nutrición enteral por sonda 4.3%
- -Se ha prescrito solo proteína en polvo por presentar desnutrición proteica pura
- -Se ha rechazado la indicación por no presentar desnutrición grave, administrando recomendaciones dietéticas 3.3%

Respecto a la duración de la administración de nutrición y/o espesante:

- El 3.3% no estaba indicado
- El 14.4% solo 3-4 meses tras el alta hospitalaria porque previamente estaba bien y pensamos que se recuperará
- El 1% durante 6 meses
- El 81.3% durante 12 meses (tiempo máximo permitido para el informe porque suponemos que es una indicación a largo plazo por ser una situación crónica al estar ya desnutrido antes de ingresar en el hospital)

Respecto a la demora en la atención

- El 5.3% se han visto en el mismo día de su recepción (acudieron los pacientes sin citar)
- Un día 31.6%
- Dos días 14.8%
- Tres días 18.7%
- Cuatro días 12.9%
- Cinco días 3.3%
- Seis días 2.9%
- Siete días o más 10.5% (coincidiendo con los meses de julio, agosto y septiembre).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Indicador de demora: días que tarda desde que se solicita hasta que se atiende al paciente: 2 días (2-4 días)= 83.3% de los pacientes vistos en esos 2-4 días
- Indicador de pacientes a los que no requieren nutrición enteral sino solo recomendaciones dietéticas: 5% (0-15%)= el 3.3%
- Indicador de presión asistencia: número de pacientes atendidos al día: 2 pacientes/día (0-3 pacientes / día)= 3.4 pacientes al día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados son buenos, dentro de los esperado en los indicadores.
Todavía son remitidos muchos mas pacientes del Hospital San Juan de Dios que del Hospital Militar.
La presión asistencial es ligeramente superior a la esperada. El problema se plantearía si llegase el mismo número de pacientes del Hospital Militar que los que están llegando del Hospital San Juan de Dios.

7. OBSERVACIONES.

No me había llegado ningún correo electrónico ni de confirmacion de recepción del proyecto ni luego reclamando los resultados. Por lo que mandé yo un correo preguntando y así obtuve el número de registro

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1405 ===== ***

Nº de registro: 1405

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1405

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA

Título
VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA

Autores:
SANZ PARIS ALEJANDRO, LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El hospital Militar de Zaragoza atiende a pacientes de nuestra área santiaria que al ser dados de alta de hospitalización pueden requerir nutrición enteral y/o espesante. Dichos pacientes no son valorados por la Sección de Nutrición y Dietética durante su estancia hospitalaria. Para la prescripción de nutrición enteral y/o espesante es preceptivo la valoración nutricional por parte de una Unidad de Nutrición y Dietética. Dichos pacientes son dados de alta con la indicación de nutrición enteral y/o espesante por parte de su médico de planta del Hospital Militar y se les remite a su médico de Atención Primaria, que a su vez los remite a Consultas Externas de Nutrición.
Este proceso ocurre igual con los pacientes que son dados de alta del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza. Para evitar dichos trámites se creó a principios de año una consulta específica de nutrición (GNUPRA) a la que se citan telefónicamente y directamente los pacientes antes de su alta.
Nos proponemos que los pacientes que son dados de alta del Hospital Militar de Zaragoza sigan el mismo proceso que los del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS
Los pacientes que requieren nutrición enteral y/o espesante al alta del Hospital Militar de Zaragoza son valorados en Consultas de Nutrición sin solución de continuidad al alta hospitalaria.
Consiste en:
-valoración nutricional
-prescripción de la nutrición enteral y/o espesante individualizado para el pacientes
- Informe para Inspección Médica
-Recomendaciones dietéticas en caso de no ser necesaria la nutrición enteral.
-Recomendaciones de cómo usar los espesantes
-Recomendaciones de cómo administrar la nutrición por sonda en caso necesario

MÉTODO
Se les atiende en consulta de lunes a jueves con una demora de un día (excepto fines de semana). La citación se realiza mediante llamada de teléfono directamente a consultas externas de nutrición, para citarla para el día siguiente. Abrir la consulta de GNUTRA para los pacientes que son dados de alta del Hospital San Juan de Dios fue complicado porque se pretendía gran agilidad en la citación. Para esto se requería que los pacientes se citaran directamente de un día para otro en la Consulta de GNUTRA.
Mediante el concurso de la Supervisor de Consultas Externas (Conchita Martínez), la Subdirección Médica (María Esther Carmen Garcés), Citaciones (Oscar Sienes) y la auxiliar de Consultas de Endocrinología y Nutrición (Mercedes Borja) se pudo abrir esta Consulta de Nutrición.
En la actualidad, incorporar a esta consulta los pacientes que van a ser dados de alta del Hospital Militar de Zaragoza es menos complejo

INDICADORES
1- Indicador de demora: días que tarda desde que se solicita hasta que se atiende al paciente: 2 días (2-4 días)
2- Indicador de pacientes a los que no requieren nutrición enteral sino solo recomendaciones dietéticas: 5% (0-15%)
3- Indicador de presión asistencia: numero de pacientes atendidos al día: 2 pacientes/día (0-3 pacientes / día)

DURACIÓN
Dado que se trata de ofertar un servicio que ya se está realizando a otro hospital, la implantación es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1405

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA

inmediata.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1410

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II DE ARAGON

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE JAVIER ACHA PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TRINCADO AZNAR PABLO
GRACIA RUIZ MARISA
ALVAREZ BALLANO DIEGO
MONREAL VILLANUEVA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó una recogida de datos (de forma manual), al no disponer de datos en historia electrónica, para conocer la situación de partida de una serie de indicadores (recogidos en la historia clínica del Hospital o Centro de Especialidades).
- Selección de la muestra: Se seleccionaron 5 pacientes con DM1 de cada Médico Especialista de los Centros de Especialidades y del Hospital.
- En total se recogieron los datos de 41 pacientes (Peso, Talla, Evolución, Complicaciones micro y macroangiopáticas, determinaciones analíticas, HbA1c, nº de visitas anuales, realización f.de ojo, fracciones lipídicas, TA, fármacos, reserva insulina, autoinmunidad y enf. asociadas, hipoglucemias leves y graves, úlceras de pies, ITB)
- Los datos obtenidos se introdujeron en una plantilla Excell (la puede solicitar el departamento de Calidad en Salud).
- Procesamiento de los datos estadísticamente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Nº visitas médicas y de enfermería:1,92. Objetivos: 2-3 x año
 - Determinación LDL-Col: 100%. Nivel objetivo medio: 101,23 mg/dl. Estándar 100%. Objetivo 100-130.
 - HbA1c:100%. Estándar 90%. Nivel medio:7,12%. Objetivo <7%.
 - Registro tabaco: Muy escasamente recogido y/o mal recogido tanto en la Historia clínica física como electrónica. No se puede validar.
 - Autocontrol-autocuidados: 1 control: 72,5%; 2 controles 15%; 3 controles 7,5%. Estándar en 2-3 controles 90%.
 - Nº de hipoglucemias recogidas: Leves 62,5%; graves:17,5%. Estándar graves <5/1000.
 - Realización fondo de ojo: 98%. Estándar 90%
 - Realización de exploración pies (ITB): 20%. Estándar 90%
- Todos los datos han sido obtenidos de la historia clínica manual y electrónica.
- IMC: realizado en el 92%. Estándar 100%. Nivel medio IMC 27,04. Estándar 25%.
 - TA: Determinada en el 97%. Estándar 100%. TA media: 110/76. Estándar: <135/85

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este estudio nos ha permitido ver y analizar datos, hasta la fecha no disponibles, al no tener indicadores informatizados. Resulta paradójico que los pacientes con DM2 atendidos en primaria si que disponen de estos datos).
A pesar de todo, el grado de control de nuestros pacientes (hallados en esta muestra) es bastante bueno, sobre todo en el grado de control glucémico, lípidos y TA.
Nos falta realizar un mayor grado de intervenciones educativas en lo que respecta a : Tabaco, inspección de pies, aumento del autocontrol glucémica y cuantificación de las hipoglucemias

7. OBSERVACIONES.

Estos datos los presentaremos también en el Grupo que elabora el Plan Integral de Aragón para su conocimiento. La acción de mejora primordial, a nuestro modo de entender, pasa en primer lugar por disponer de una Historia Electrónica Única para todo el SALUD, con botones de alarma que soluciones las carencias detectadas.

Nota: Nos gustaría seguir realizando esta evaluación año a año para controlar la evolución de los indicadores.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1410 ===== ***

Nº de registro: 1410

Título
PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1410

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II DE ARAGON

Autores:
ACHA PEREZ JAVIER, TRINCADO AZNAR PABLO, ALVAREZ BALLANO DIEGO, GRACIA RUIZ MARISA, MONREAL VILLANUEVA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta a gran número de personas, representando un problema de salud pública de enormes proporciones. Su prevalencia conocida se sitúa alrededor del 7% de la población, y va en aumento con la edad. En Aragón se estima que existen unos 90.000 pacientes con DM. Presenta una incidencia anual de 10-12 casos nuevos /100.000 hab/año para DM1 y 60-150 casos nuevos /100.000 hab /año para DM2. La prevalencia estimada de pacientes con DM1 está alrededor de los 2000 pacientes.

En los últimos años, los distintos departamentos de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas han intentado dar soluciones a este problema y desde el año 2015, disponemos en Aragón de un Plan de Atención integral al paciente con Diabetes Mellitus tanto tipo 1 como 2.

Actuaciones globales que se pretender conseguir en relación al Plan Integral:

1. Establecer estándares para cada indicador, que nos permitan la evaluación comparada de los datos de nuestra área de salud, para compararla con el resto de Aragón y con el Estado.
2. Validar los indicadores de calidad con adecuación permanente del Plan Integral y de los protocolos.
3. Detectar problemas en las actividades de atención al paciente diabético (organizativas o estructurales...)
4. Realizar propuestas de mejora de la calidad con definición de indicadores de proceso y resultado, priorizando los problemas en función de su vulnerabilidad, trascendencia y disponibilidad de recursos de cada centro.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Implementar un Programa de Mejora Continua de la Calidad en el cuidado de los Diabéticos tipo 1 atendidos por Especialistas en Endocrinología y Nutrición del Sector II.
2. Valorar la influencia del Programa de Mejora Continua de la Calidad dentro del plan integral de DM de Aragón en:
 - Resultados a corto plazo: mejora del control metabólico (glucemia, colesterol, triglicéridos, tensión arterial, peso., despistaje de enfermedades autoinmunes asociadas, planificación de gestación en diabéticas tipo 1)
 - Hipoglucemias graves o no reconocidas
 - Resultados a largo plazo: disminución de la incidencia de casos de ceguera, de amputaciones, de insuficiencia renal, y de enfermedad cardiovascular.

MÉTODO

- 1.- Reunión informativa (Mayo 2017)
- 2.- Recogidas de datos según el siguiente método:
Diabéticos tipo 1 (DM1) seleccionados por muestreo sistemático con arranque aleatorio, a partir del listado de diabéticos de cada Centro de Especialidad u Hospital.
Selección de la muestra:
De cada población de referencia en los distintos centros se evaluará una micro muestra de historias de pacientes diabéticos. El tamaño se calculará multiplicando por 5 el número de unidades básicas de asistencia que integren el CES u Hospital evaluado
Al conocer la situación de partida y una vez evaluados los resultados, junto con los indicadores, podremos establecer las medidas pertinentes para mejorar la asistencia de los pacientes con DM1.
Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios.

INDICADORES

Los indicadores de calidad propuestos se basan en los definidos en la Declaración de San Vicent y del propio Plan Integral.
Indicadores de proceso:

En relación con la organización

- número de visitas médicas y de enfermería (sin contar las no relacionadas con la diabetes, por ejemplo para recetas, etc.).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1410

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II DE ARAGON

- número de intervenciones educativas de contenido diferente.

En relación con determinaciones de laboratorio

- Determinación de colesterol LDL o No-HDL y HDL-colesterol.
- Determinación de hemoglobina glicada.
- Determinación de micro albuminuria.
- Determinación de Funcionalismo renal
- Determinación de endocrinopatías asociadas

En relación con las exploraciones

- Determinación de peso, talla, y tensión arterial.
- Fondo de ojo.
- Revisión de pies y estratificación del riesgo.

En relación con practica de autocuidados.

- práctica de autoanálisis de glucemia capilar domiciliario.

Indicadores de resultado:

En relación a resultados intermedios:

- número de pacientes con control aceptable de: hemoglobina glicosilada, Tensión arterial, IMC, nivel de lípidos.
- número de pacientes que utilizan los servicios hospitalarios por descompensación hiperglucémica o hipoglucémica severa.
- número de pacientes en tratamiento con antidepresivos/ansiolíticos:

En relación a resultados finales:

- Retinopatía - ceguera.
- Lesiones en pies: úlceras, amputaciones.
- Lesión renal: micro albuminuria, proteinuria, insuficiencia renal.
- Complicaciones cardiovasculares: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular.

DURACIÓN

Inicio Mayo 2017- finalización prevista Noviembre 2017-03-29 Procesamiento de datos Diciembre 2017
Responsables los que figuran en anteriores apartados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1211

1. TÍTULO

ANALIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE JAVIER ACHA PEREZ
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H MIGUEL SERVET
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
 · Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 DE DIEGO GARCIA PATRICIA
 ZAPATA ADIEGO CONCEPCION
 MELCHOR LACLETA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1.- Recogida de datos realizado mensualmente a través del servicio de admisión y gestión.
 5.2.- Se creo una plantilla para la recogida de las enfermedades mas frecuentes vistas habitualmente en la especialidad.
 5.3- Confección de una base de datos para saber el tiempo de respuesta dado a las consultas virtuales.
 5.4.- Conocer la derivación segúnb los centros de Salud.
 5.5.- Comunicación al final del año a los componentes del Servicio para su conocimiento y dar soluciones apropiadas en forma de sesión clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6.1.- N° DE INTERCONSULTAS VIRTUALES RECIBIDAS EN EL AÑO 2018:

TOTAL: 3647
 *CONSTESTADAS SIN DERIVACIÓN: 1323 (33%)
 *DERIVADAS AL LA ESPECIALIDAD: 2324 (63,72%)
 *DERIVADAS A CONSULTAS MONOGRÁFICAS: 195 (3,27%)
 1.- Cirugía Bariátrica: 58
 2.- Hipófisis: 12
 3.- Transtornos Género: 16
 4.- Nutrición: 111

6.2.- PORCENTAJE DE DERIVACIONES SEGÚN PATOLOGÍAS:% DE PACIENTES REMITIDOS POR CENTROS DE SALUD POR/1000 HABITANTES

*DIABETES: 26%, OBESIDAD: 12%, TIROIDES: 31%, NUTRICIÓN: 9%,, PARATIROIDES: 2%, SUPRARRENAL: 3%, HIPOFISIS: 2%,TRANSEXUALIDAD:2%, MISCELANEA (Hirsutismo, Ginecomastia, Hipogonadismo, Lípidos: 13%:

6.3.-% DE PACIENTES REMITIDOS POR CENTROS DE SALUD POR/1000 HABITANTES

*CS ALMOZARA 11%
 *CS CAMPO DE BELCHITE: 18%
 *CS CANAL IMPERIAL: 13%
 *CS FERNANDO EL CATÓLICO: 14%
 *CS FUENTES DE EBRO: 9%
 *CS JOSE RAMON MUÑOZ: 12%
 *CS LAS FUENTES: 10%
 *CS PARQUE ROMA: 11%
 *CS PUERTA DEL CARMEN: 11%
 *CS REBOLERIA: 13%
 *CS SANJOSE NORTE: 15%
 *CS SAN PABLO: 8%
 *CS SASTAGO: 12%
 *CS TORRERO-LA PAZ: 10%
 *CS VALDESPARTERA: 3%

6.4.- CONTESTACIÓN TELAMÁTICA NO DERIVADAS A CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD EN TRAMOS DE DÍAS:

< 24 HORAS: 213
 24-48 HORAS: 402
 48-72 HORAS: 164
 72-96 HORAS: 76
 96-120 HORAS: 427
 >120 HORAS: 31

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7.1.- Creemos que la consulta virtual ha facilitado una comunicación más directa, rápida y eficaz con atención primaria.
 7.2.- Nos ha dado a conocer el tipo de patología más frecuente derivada. Este maacanismo nos va a dar pautas para establecer en un futuro criterios de derivación-comunicación conjunta con primaria.
 7.3.- Existe una gran variabilidad en la derivación por centros de salud (tendremos que analizar las causas).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1211

1. TÍTULO

ANALIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

7.4.- Pensamos que el tiempo de derivación ha sido el idóneo en la mayor parte del año, con puntos de mayor tardanza en vacaciones, navidad y semana santa. Habrá que gestionar mejor en los próximos años estos picos de demora

7.5.- Hay que seguir trabajando en mejorar esta magnífica herramienta de trabajo de comunicación entre profesionales y extenderla a especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1211 ===== ***

Nº de registro: 1211

Título
ANALIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

Autores:
ACHA PEREZ JAVIER, DE DIEGO GARCIA PATRICIA, ZAPATA ADIEGO CONCEPCION, MELCHOR LACLETA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde la puesta en marcha por el SALUD, a finales de septiembre de 2017 de la consulta virtual, la relación entre atención primaria y especializada ha empezado a marcar un nuevo rumbo, que se espera que mejore la eficiencia, rapidez y calidad de la consulta a nuestros pacientes.

Es una gran oportunidad de mejora para nuestro servicio, ya que nos va a facilitar el conocer y cuantificar de una manera más exacta las causas de consulta y poder establecer una vía de comunicación más directa y fructífera entre la atención primaria y especializada.

Asimismo, nos permitirá dentro del servicio establecer criterios de uniformidad en las respuestas para disminuir la variabilidad y conocer más extensamente las causas de derivación, al recabar una información más global y completa

RESULTADOS ESPERADOS

1. Conocer el nº de interconsultas virtuales recibidas durante el año 2018
2. Establecer el % de pacientes remitidos por patologías (Diabetes, Tiroides, Hipófisis, Suprarrenales, Obesidad, Nutrición, Miscelanea, Transexualidad).

Dentro de estas:

- el % remitido directamente a consulta presencial
- el % remitido a consulta monográfica
- el % remitido devuelto directamente al MAP
- el % remitido por los distintos centros de salud y por patologías
- % de consultas cuya derivación es inadecuada

MÉTODO

1. Se recogerán los datos a través del servicio de admisión.
2. Análisis de resultados trimestralmente.
3. En relación a los resultados obtenidos, realización de propuestas de mejora por los miembros del servicio y comunicación con los coordinadores de los centros de salud

INDICADORES

1. Nº total de consultas virtuales realizadas en el año 2018
2. % - Número de pacientes remitidos a las consultas de endocrinología general/ nº total de consultas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1211

1. TÍTULO

ANALIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

virtuales

- 3. % - Número de pacientes derivados a las consultas monográficas/nº total de consultas virtuales
- 4. % - Número total de consultas devueltas directamente a AP/ nº total de consultas virtuales
- 5.- %- Nº de consultas por centros de salud/nº total de consultas virtuales.
- 6.- %- Nº de consultas virtuales por patologías.

DURACIÓN

- 1. Será de un año (2018)
- 2. Recogida de datos facilitada por el servicio de admisión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1334

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE Y CUIDADOR QUE REQUIERE NUTRICION ENTERAL DOMICILIARIA POR SONDA AL ALTA HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ALEJANDRO SANZ PARIS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO
BIMBELA SERRANO MARIA TERESA
GARCIA NAVALON PILAR
DE DIEGO GARCIA PATRICIA
MARTINEZ GARCIA MARIA
LOPEZ ALAMINOS MARIA ELENA
GONZALEZ FERNANDEZ MIKEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado educación sanitaria y entrenamiento familiar en 68 pacientes (30 mujeres y 38 hombres) de edad media 68 años. La distribución por meses ha sido durante 2018= Enero 0/4, Febrero 3/5, Marzo 3/4, Abril 7/7, Mayo 6/6, Junio 4/4, Julio 10/10, Agosto 4/4, Septiembre 7/7, Octubre 10/10, Noviembre 7/7 y Diciembre 6/6.
Por patologías: 17 cirugía maxilofacial/ORL, Medicina Interna 9, ELA 7, Oncología 5, Neurología 3, Hospital de semana 4, Geriatria 4 y neurocirugía 1.
Las vías de administración de nutrición han sido: SNG con geringa 17, SNG con gravedad 1, PEG con bomba 5, PEG con jeringa 40 y PEG gravedad 3.
Respecto a la evolución, en febrero de 2019 habían fallecido 26 pacientes y reingresado 32.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES:

1- Porcentaje de pacientes que se dan de alta del Hospital Universitario Miguel Servet con sonda a los que se les atiende con este programa=90.66%.
Todo paciente que es dado de alta con sonda de nutrición debe ser valorado por la Unidad de Nutrición para la prescripción de nutrición enteral con informe para Inspección Médica. Al inicio del año no se realizaba la educación reglada al no disponer de personal de enfermería (Enero 0/4: ninguna educación reglada de 4 pacientes dados de alta), pero en Febrero ya se inició (3 de 5 pacientes) y en marzo aún no llegó todo completo (3 de 4) pero a partir de abril, todos los pacientes ya han recibido esta educación y entrenamiento. Previamente a disponer de personal de enfermería, la educación la realizaba el médico de la unidad pero ahora disponemos de material didáctico propio y tiempo para la explicación.
2- Porcentaje de pacientes a los que se les ha incluido en este programa y requieren reingreso por problemas relacionados con la nutrición enteral: De los 68 pacientes valorados, reingresaron en el año 2018 un total de 32 pacientes. Estos pacientes suelen ser pacientes complejos y reingresan por su patología de base, excepto en 2 pacientes que reingresaron por intolerancia a la nutrición en el contexto de su enfermedad neurológica (ELA) que corresponde a 2.94%
3- Encuesta de satisfacción de los cuidadores: Se valora de 1 a 5 los siguientes aspectos: Claridad de las explicaciones 4.8, Confianza en realizarlo en casa 3.9, Material escrito facilitado 3.7

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esta actividad ya forma parte de las actividades asistenciales de la Unidad de Nutrición y Dietética. La satisfacción no solo es para el paciente y cuidador sino también para el personal de la planta de hospitalización donde está ingresado el paciente porque facilita el alta hospitalaria al estar el paciente confiado en que lo podrá realizar en su domicilio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1334 ===== ***

Nº de registro: 1334

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE Y CUIDADOR QUE REQUIERE NUTRICION ENTERAL DOMICILIARIA POR SONDA AL ALTA HOSPITALARIA

Autores:
SANZ PARIS ALEJANDRO, LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO, BIMBELA SERRANO MARIA TERESA, GARCIA NAVALON PILAR, TRINCADO AZNAR PABLO, DE DIEGO GARCIA PATRICIA, MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA, LOPEZ ALAMINOS MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1334

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE Y CUIDADOR QUE REQUIERE NUTRICION ENTERAL DOMICILIARIA POR SONDA AL ALTA HOSPITALARIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La nutrición enteral por sonda es una vía de alimentación necesaria cuando el paciente no puede o no debe ingerir alimentos por vía oral pero el tubo digestivo es útil. Esta situación es frecuente en pacientes con disfagia como los que sufren enfermedades neurológicas agudas (accidente cerebro vascular) o crónicas (demencia, Parkinson, ELA...) así como procesos oncológicos de cabeza o cuello y cirugía digestiva, que impiden la correcta utilización de la vía oral. Al alta hospitalaria el paciente debe recibir la información necesaria para mantener un correcto estado nutricional, ya que el aporte de nutrición e hidratación que se prescriba será el único que reciba. Por otra parte, el cuidador requiere unos conocimientos y habilidades para su manipulación, administración, mantenimiento y cuidados de la nutrición, de la sonda y de la piel periostomal. Por último, se le debe ofrecer una clara programación de su asistencia continuada posterior para su tranquilidad y eficacia nutricional en domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: pacientes que van a ser dados de alta del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza con nutrición enteral por sonda, tanto de servicios quirúrgicos como médicos. Dichos pacientes deben ser dados de alta con un programa de nutrición enteral domiciliaria en el que se asegure la tolerancia a la nutrición enteral, el aporte indicado de nutrición enteral y agua, la forma adecuada de administración de su medicación habitual, el conocimiento de autocuidados personales y de la sonda (equipo de administración), así como una planificación de los cuidados posteriores en domicilio y seguimiento en consultas externas.

- Contribuir a la mejora del estado nutricional de los pacientes que requieren nutrición por sonda tras el alta hospitalaria
- Adiestrar a pacientes y/o cuidadores en el manejo y mantenimiento de la nutrición enteral por sonda
- Asegurar la continuidad de cuidados con el Equipo de Atención Primaria del paciente que requiere nutrición enteral por sonda en su domicilio.

MÉTODO

- La captación de los pacientes con sonda para nutrición enteral se realiza mediante hoja de interconsulta escrita o llamada telefónica al busca de la Unidad de Nutrición y Dietética (UND).
- Prescribir el tipo de nutrición enteral y agua, así como su cantidad, individualizada para cada paciente.
- Facilitar la primera receta y el informe para Inspección Médica de la nutrición enteral.
- Realizar educación sanitaria individualizada del paciente y su cuidador sobre la manipulación y cuidados de la sonda, administración de la nutrición enteral por sonda, los cuidados del estoma, la higiene bucal y las complicaciones más frecuentes que pueden surgir así como la manera de prevenirlas y tratarlas.
- Facilitar vías de comunicación con la UND para el abordaje rápido de las complicaciones, tanto para el paciente y/o cuidador, como del equipo de Atención Primaria que le atiende.
- Planificar el seguimiento en consultas externas para ajuste de tratamiento y revisión de recambios de sonda.
- Coordinar el alta con su equipo de Atención Primaria para los cuidados del paciente y el material que debe suministrar al paciente para continuar el mantenimiento y la administración diaria de la nutrición. Independiente del Servicio o Unidad en el que haya estado ingresado, todos los enfermos deberían ser dados de alta con un informe de alta de la UND, una citación programada para revisión en la consulta de nutrición (GNUTRI).

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes que se dan de alta del Hospital Universitario Miguel Servet con sonda a los que se les atiende con este programa 90%
- Porcentaje de pacientes a los que se les ha incluido en este programa y requieren reingreso por problemas relacionados con la nutrición enteral < 10%
- Encuesta de satisfacción de los cuidadores

DURACIÓN

La duración será continua durante todo el año y siguientes.
Calendario: el manual lo tenemos redactado en fase de pruebas y la implantación del proyecto será inmediata. Este programa se incluye en la actividad asistencial diaria de la UND de forma que no tiene finalización.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1334

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE Y CUIDADOR QUE REQUIERE NUTRITICION ENTERAL DOMICILIARIA POR SONDA AL ALTA HOSPITALARIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0198

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE LA TIROTOXICOSIS INDUCIDA POR AMIODARONA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PATRICIA DE DIEGO GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TRINCADO AZNAR PABLO
ACHA PEREZ JAVIER
MARTINEZ GARCIA MARIA
LOPEZ ALAMINOS MARIA ELENA
GONZALEZ FERNANDEZ MIKEL
ALVARADO ROSAS ALMENDRA
ALVAREZ RUIZ SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este año se han valorado a 31 pacientes en tratamiento con Amiodarona por fibrilación auricular e hipertiroidismo detectado durante el ingreso hospitalario y consultados con nuestro servicio por este motivo. Se ha determinado que la prevalencia de tiroiditis por Amiodarona tipo 1 (TIA 1) es del 13% (4 pacientes) mientras que la prevalencia de tiroiditis por Amiodarona tipo 2 (TIA 2) es del 87% (27 pacientes). La TIA 1 se ha diagnosticado por la presencia de patología tiroidea de base en 2 casos (bocio multinodular y nódulo tiroideo tóxico) y los otros 2 casos por presencia de Inmunoglobulinas estimulantes de tiroides y antecedentes familiares de patología tiroidea.

Se ha establecido un protocolo diagnóstico-terapéutico consistente en inicio de tratamiento combinado con Prednisona 40 mg y Tiamazol 10-30 mg al día, valorando la respuesta a los 7-14 días y a las 2-4 semanas posteriormente y se compara la respuesta terapéutica con los resultados obtenidos en las pruebas complementarias solicitadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha confirmado que los pacientes con pruebas complementarias sugestivas de TIA 2: autoinmunidad negativa, ausencia de antecedentes de patología tiroidea, gammagrafía tiroidea con captación ausente o disminuida, ecografía tiroidea sin hallazgos y con vascularización disminuida en el estudio Doppler responden de forma más rápida al tratamiento farmacológico con corticoide, mientras que los pacientes con patología tiroidea de base y tratamiento con Amiodarona tienen una respuesta inicial lenta lo que hace suponer ausencia de respuesta al tratamiento corticoideo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con estos resultados, podemos confirmar que la tiroiditis por Amiodarona es una patología frecuente y la prevalencia de TIA 2 es mucho mayor que la TIA 1. La respuesta rápida al tratamiento esteroideo ayuda a diferenciar entre ambos tipos de TIA así como la hipovascularización en la ecografía-doppler. La gammagrafía tiroidea no es de utilidad porque existe hipocaptación en el 100% de los casos dado el antecedente de exposición previa a altas dosis de yodo. Ha quedado pendiente la realización de la gammagrafía con Tc99m sestaMIBI en estos pacientes, al estar fuera de indicación y precisar de dotación económica para su realización, pero sería interesante llevarlo a cabo en posteriores proyectos para comparar los resultados en la captación con los resultados obtenidos en el resto de pruebas complementarias así como la respuesta al tratamiento inicial, para conocer su utilidad como método de diagnóstico diferencial entre ambos tipos de TIA. Por lo tanto, hemos podido establecer un protocolo de inicio de tratamiento combinado con prednisona y tiamazol y a las 2 semanas se puede individualizar el tratamiento pudiendo retirar el tratamiento con tiamazol o corticoides y así evitar tratamiento prolongados y con altas dosis de estos fármacos en los casos en los que no sea necesario.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/198 ===== ***

Nº de registro: 0198

Título
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA TIROTOXICOSIS INDUCIDA POR AMIODARONA

Autores:
DE DIEGO GARCIA PATRICIA, TRINCADO AZNAR PABLO, ACHA PEREZ JAVIER, MARTINEZ GARCIA MARIA, LOPEZ ALAMINOS MARIA ELENA, GONZALEZ FERNANDEZ MIKEL, ALVARADO ROSAS ALMENDRA, ALVAREZ RUIZ SOLEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0198

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE LA TIROTOXICOSIS INDUCIDA POR AMIODARONA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido al frecuente uso de la amiodarona en nuestro medio, se ha detectado un importante porcentaje de alteraciones tiroideas secundarias a dicho tratamiento evaluadas en las interconsultas hospitalarias y consultas ambulatorias de endocrinología.

La amiodarona es un potente antiarrítmico cuya dosis terapéutica supone un aporte excesivo de yodo para el paciente, ocasionando disfunción tiroidea en aproximadamente el 18% de los casos. La tirototoxicosis inducida por amiodarona (TIA), con una incidencia del 10%, en más prevalente en áreas deficitarias de yodo y existen dos cuadros clínicos diferentes: La TIA-1 se suele desarrollar en sujetos con enfermedades tiroideas de base y está causada por efecto Jod-Basedow (por sobrecarga de yodo) mientras que la TIA-2 ocurre en pacientes sin enfermedad tiroidea de base y es consecuencia de una tiroiditis destructiva inducida por el fármaco. Así mismo, existen formas mixtas que comparten características de ambas. El diagnóstico diferencial entre las distintas formas de TIA es importante ya que el tratamiento es completamente distinto: la TIA-1 se trata preferiblemente con tionamidas y la TIA-2 con corticoides; en los casos de causa indeterminada se puede realizar tratamiento combinado. El diagnóstico diferencial se puede hacer con gammagrafía tiroidea con Tecnecio, anticuerpos antitiroideos, la existencia de bocio y la ecografía doppler, pero ninguno de los métodos disponibles discrimina con certeza entre ambos tipos de TIA, siendo necesaria una combinación de métodos diagnósticos para lograr diferenciar un tipo de otro, y a pesar de ello sigue sin conseguirse en un gran porcentaje de casos. Recientemente se ha comenzado a hablar del uso de la gammagrafía con sestaMIBI, cuya captación es normal o aumentada en la TIA-1 y ausente en la TIA-2.

- Estudios recientes realizados para diferenciar ambos tipos de TIA, proponen un protocolo terapéutico y diagnóstico basado en iniciar tratamiento mixto con prednisona y tionamidas valorando la respuesta periódicamente y según ésta, establecer un diagnóstico diferencial y continuar con el tratamiento más apropiado en cada caso.
- La ecografía doppler parece ser una de las mejores técnicas para diferenciar entre ambos tipos de TIA. La ausencia de vascularización del parénquima tiroideo correspondería a los casos de TIA-2 y por lo tanto a aquellos pacientes que responder a tratamiento corticoideo de forma precoz.
- La gammagrafía con tc99m-sestaMIBI parece ser una prueba fácil y altamente efectiva para diferenciar ambos tipos de TIA: la captación difusa es sugestiva de hiperfunción tisular en pacientes con TIA-1 y ausencia de captación en pacientes con TIA-2. Por lo que esta prueba incrementaría la precisión diagnóstica permitiendo un tratamiento adecuado para cada paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Incrementar la precisión diagnóstica en la tirototoxicosis inducida por amiodarona.
- Valorar la eficacia de un protocolo diagnóstico-terapéutico en pacientes con TIA.
- Valorar la correlación de los resultados de la ecografía doppler y la gammagrafía con Tc99m sestaMIBI con el resto de pruebas complementarias habituales: anticuerpos antitiroideos y gammagrafía tiroidea.
- Evitar tratamiento innecesarios con corticoides o tionamidas.

MÉTODO

- Establecer un protocolo diagnóstico para los casos de TIA consultados al servicio de Endocrinología y Nutrición mediante interconsulta hospitalaria.
- Establecer un protocolo de terapia combinada para la TIA de etiología indeterminada.
- Monitorización de función tiroidea a las 2 semanas y posteriormente cada 4 semanas por parte del servicio de Endocrinología y Nutrición durante el ingreso o de forma ambulatoria según cada caso.

INDICADORES

- Valorar la prevalencia de TIA-1 y TIA-2.
- Correlacionar los resultados de las distintas pruebas complementarias utilizadas en el diagnóstico diferencial de la TIA
- Valorar la ecografía doppler como método de diagnóstico diferencial entre ambos tipos de TIA.
- Valorar la gammagrafía con Tc99m sestaMIBI como método de diagnóstico diferencial entre ambos tipos de TIA.
- Poner en marcha el protocolo diagnóstico y terapéutico
- Valorar porcentaje de pacientes en los que se ha podido establecer un diagnóstico diferencial y en los que se ha podido individualizar tratamiento.

DURACIÓN

Se considera que la duración será de 1 año. Constará de una primera consulta donde se inicia tratamiento y se solicitan las pruebas complementarias y segunda (2º semana) y sucesivas visitas (cada 4 semana) para valorar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0198

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE LA TIROTOXICOSIS INDUCIDA POR AMIODARONA

resultados, evolución y ajuste de tratamiento en cada caso.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0417

1. TÍTULO

TRATAMIENTO NUTRICIONAL PERIOPERATORIO EN CIRUGIA BARIATRICA

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE ALEJANDRO SANZ PARIS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DE DIEGO GARCIA PATRICIA
GRACIA RUIZ MARIA LUISA
ZAPATA ADIEGO CONCEPCION
LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO
BIMBELA SERRANO MARIA TERESA
GARCIA NAVALON PILAR
CASAMAYOR FRANCO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Dieta preoperatoria

Anteriormente a este proyecto, los pacientes con obesidad mórbida eran seguidos en consulta de endocrinología bariátrica. Cuando se iban a intervenir, seguían su dieta habitual y no se les realizaba dieta muy hipocalórica pre-cirugía.

Con este proyecto se ha abierto una consulta de nutrición en Consultas Externas del Hospital Miguel Servet dependiente del Servicio de Endocrinología y Nutrición denominada "GNUPREOB" con agenda propia. Atiende sin demora los miércoles a los pacientes con obesidad mórbida que van a ser intervenidos de cirugía bariátrica. En ella, se realiza encuesta dietética, antropometría e impedancia, así como control de las pruebas diagnósticas pedidas por cirugía. Además se indica una dieta muy baja en calorías (800 Kcal/día) que el paciente debe seguir dos meses antes de la cirugía. Se ha editado dicha dieta específica para estos pacientes. Con esto se ha logrado descargar a la consulta de endocrinología bariátrica de unas citaciones que se consideraban urgentes porque deben realizarse con gran agilidad dada la necesidad de coordinar las múltiples pruebas preoperatorias y la disponibilidad de quirófanos.

Actividades nuevas: consulta de alta resolución GNUPREOB y diseño de una dieta hiperprotéica muy hipocalórica

2-Recomendaciones dietéticas tras la cirugía bariátrica.

Anteriormente a este proyecto, a los 5 días post-cirugía requerían una consulta urgente en endocrinología bariátrica para instaurar una dieta postcirugía con los problemas de tiempo y citaciones lógicas. Esto generaba más consultas de seguimiento porque no se podía explicar todas las fases de la dieta postcirugía. Se explicaba la dieta líquida y la semisólida para citarles en un mes. En la siguiente consulta se explicaba la dieta blanda y se citaba para dos meses para ya la dieta definitiva.

En la actualidad, durante el ingreso hospitalario por su intervención quirúrgica, el personal de enfermería de la Unidad de Nutrición y Dietética realiza educación nutricional de estos pacientes y les explica las recomendaciones dietéticas que se han redactado a este fin. Consisten en una la dieta líquida los primeros 15 días, luego semisólida 40 días y luego blanda 60 días. Además, el endocrinólogo revisa el tratamiento farmacológico del paciente, porque suelen requerir la suspensión del tratamiento hipotensor e hipoglucemiante. Se le cita para la consulta de endocrinología en 2 meses y se le facilita petición de analítica previa a esta revisión de los dos meses. Con esta actividad se han reducido las consultas postcirugía.

Actividad: Educación nutricional, Edición dieta progresiva, ajuste de tratamiento farmacológico inmediato, continuidad de cuidados al alta hospitalaria.

3-Tras el alta tras cirugía bariátrica, se están alternando las consultas de revisión entre las consultas de cirugía a los 20 días de la intervención y la de endocrinología a los 2 meses (cuando finalizan las recomendaciones dietéticas dadas durante el ingreso hospitalario).

Actividad: coordinación entre las consultas de cirugía bariátrica y endocrinología bariátrica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha intervenido 73 pacientes en 2018 y 54 pacientes en 2019.

1-Porcentaje de pacientes de cirugía bariátrica que entran en el programa= 100%. (se comparan los pacientes del registro de cirugía bariátrica con el de la Consulta de Nutrición Precirugía Bariátrica) (Standard >90%).

2-Porcentaje de pacientes que pierden un 10% del peso corporal antes de la intervención quirúrgica (se revisan el peso de la consulta preoperatoria y al ingreso hospitalario para la intervención quirúrgica).

De los 54 pacientes totales, 51 pacientes pierden >10% (94.4%) (Standard >65%). Los tres que no pierden peso, la razón es porque no han seguido la dieta.

Solo 14 de los 54 pacientes se les vuelve a valorar en consulta GNUPREOB antes de la cirugía. El motivo de esta falta de seguimiento es que se les avisa para ingresar y operar con solo una semana de antelación y sin una previsión. Con los datos de estos 14 pacientes se ha realizado una valoración de la variación en su composición corporal: La pérdida de grasa fue proporcional en tronco (-2.07+2.7), piernas (-2.21+1.79) y brazos (-2.33+1.9), así como lado izquierdo y derecho. Pero la pérdida de masa muscular fue significativamente menor en brazos (-0.27+0.22) que en piernas (-1.07+1.48) (p: 0.001) y tronco (-1.6+1.59) (p: 0.004) sin diferencias entre el dominante y el no-dominante. La pérdida en piernas (-1.07+1.48) fue menor que en tronco (-1.6+1.59) pero sin llegar a ser significativa. La conclusión: En pacientes con movilidad reducida, una dieta muy hipocalórica produce pérdida de masa muscular en tronco y piernas pero muy poco en brazos. Posiblemente será la parte del cuerpo que muevan mejor. Estos datos serían de utilidad para incentivar el ejercicio físico con la dieta hipocalórica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0417

1. TÍTULO

TRATAMIENTO NUTRICIONAL PERIOPERATORIO EN CIRUGIA BARIATRICA

3-Reingreso hospitalario por complicaciones en la dieta de pacientes tras cirugía bariátrica (se revisarán los datos de los ingresos hospitalarios en la historia clínica electrónica) (indicador<10%)
De los 54 pacientes totales han ingresado 4 pacientes (7.4%) por dolor epigástrico, que ha cedido con dieta absoluta y sin complicaciones (descartadas con Rx bariátrica). Al alta se ha realizado revisión de la progresión de la consistencia de la dieta y consistencia de los fármacos que tomaban. En estos casos los pacientes aceleraron la progresión de la consistencia de la dieta y tomaban metformina (comprimidos muy grandes).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1-Las revisiones en la consulta GNUPREOB la realizamos ahora a demanda (todos los miércoles) porque no se puede planificar la disponibilidad de quirófanos.
2-La progresividad de la consistencia de la dieta postquirúrgica la hemos enlentecido una semana más y se revisa la consistencia de medicación al alta.

7. OBSERVACIONES.

La mayoría de los pacientes eran hipertensos y diabéticos. El tratamiento farmacológico hipotensor se suspendió en el postoperatorio si requerir su reintroducción al alta. El tratamiento hipoglucemiante se redujo también al alta en todos los pacientes, suspendiéndolo en el 78%.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/417 ===== ***

Nº de registro: 0417

Título
TRATAMIENTO NUTRICIONAL PERIOPERATORIO EN CIRUGIA BARIATRICA

Autores:
SANZ PARIS ALEJANDRO, DE DIEGO GARCIA PATRICA, GRACIA RUIZ MARIA LUISA, ZAPATA ADIEGO CONCEPCION, LOFABLOS CALLAU FRANCISCO, BIMBELA SERRANO MARIA TERESA, GARCIA NAVALON PILAR, CASAMAYOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes con obesidad mórbida requieren tratamiento quirúrgico. Su situación metabólica hace que requieran un tratamiento nutricional individualizado en el perioperatorio inmediato. En el preoperatorio deben perder peso para facilitar el tratamiento anestésico y en el postoperatorio la dieta debe ser progresiva, desde líquida, pasando por semisólida y luego blanda para conseguir tolerancia digestiva ante una cirugía restrictiva y/o malabsortiva. Se requiere que este tratamiento nutricional se ofrezca al paciente con la mínima demora posible. Se tratan además de pacientes complejos con múltiples comorbilidades que requieren un seguimiento ajustado por requerir diferentes dietas en las fases en las que va pasando y tratamiento por los déficits nutricionales que pueden aparecer.

RESULTADOS ESPERADOS

1-Indicar y explicar una dieta de muy bajas calorías 2 meses antes de la cirugía para una pérdida de peso aproximada de un 10%.
2-Indicar y explicar dieta postcirugía inmediata en sus diferentes fases
3-Coordinar los diferentes profesionales que atienden a estos pacientes en un equipo multidisciplinar

MÉTODO

1-Se abre una consulta de alta resolución de Nutrición Precirugía Bariátrica para realizar valoración nutricional (encuesta dietética, antropometría e impedancia) e indicar dieta muy baja en calorías (800 Kcal/día) dos meses antes de la cirugía. Dicha consulta la realizarán los médicos de la Unidad de Nutrición y Dietética del Servicio de Endocrinología y Nutrición.
2-Durante el ingreso hospitalario por su intervención quirúrgica de cirugía bariátrica, el personal de enfermería de la Unidad de Nutrición y Dietética realizará educación nutricional de estos pacientes. Explicación de la dieta líquida los primeros 15 días, luego semisólida 40 días y luego blanda.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0417

1. TÍTULO

TRATAMIENTO NUTRICIONAL PERIOPERATORIO EN CIRUGIA BARIATRICA

3-Tras el alta hospitalaria, el paciente será revisado en consultas de cirugía bariátrica y de endocrinología bariátrica para su correcta

INDICADORES

- 1-Porcentaje de pacientes de cirugía bariátrica que entran en el programa (se compararán los pacientes del registro de cirugía bariátrica con el de la consulta de Nutrición Precirugía Bariátrica) (indicador >90%)
- 2-Porcentaje de pacientes que pierden un 10% del peso corporal antes de la intervención quirúrgica (se revisarán los datos de la consulta) (indicador >65%)
- 3-Reingreso hospitalario por complicaciones en la dieta de pacientes tras cirugía bariátrica (se revisarán los datos de los ingresos hospitalarios en la historia clínica electrónica) (indicador <10%)

DURACIÓN

La duración será continua durante todo el año y siguientes.

Calendario: este programa se incluye en la actividad asistencial de la Unidad de Nutrición y Dietética del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, de forma que no tiene finalización.

La consulta de Nutrición Precirugía Bariátrica tendrá su inicio el 13 de marzo de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0785

1. TÍTULO

FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE VANESA CAÑADA ASENSIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILAR SIERRA MARIA PILAR
ESTEBAN SOMOLINOS LAURA
VAQUERO LAZARO NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se ha iniciado en el año 2018 en el bloque quirúrgico del edificio multifuncional y del hospital materno infantil.

Hemos realizado un póster visual, con imágenes de los diferentes tipos de contenedores disponibles en nuestro centro, donde se muestran las características que deben tener los mismos para garantizar su esterilidad. Se han llevado a cabo sesiones formativas en las áreas quirúrgicas, apoyadas con una presentación audiovisual y se han repartido los posters para cada quirófano donde se ha impartido la sesión. En la sesión formativa hemos valorado la adquisición de conocimientos, mediante la cumplimentación de un test y pre y post intervención realizada, lo que nos ha permitido evaluar la efectividad del programa formativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos realizado un poster a color, tamaño DIN A3 plastificado para colocar en los bloques quirúrgicos y el servicio de esterilización. Se han realizado 6 sesiones formativas dirigidas a enfermeras y TCAEs del bloque quirúrgico y del unidad de enfermería de esterilización. Para valorar la efectividad del programa formativo hemos realizado un cuestionario de valoración que consta de diez preguntas con tres posibles respuestas, salvo la pregunta 9 que tenía cuatro opciones. La metodología utilizada fue pasar dos veces el mismo cuestionario a los profesionales que asisten a a sesión formativa, antes y después de la intervención realizada, para así poder comparar los resultados. De forma global, y analizando los datos obtenidos, observamos que ha habido una mejora de los conocimientos adquiridos por parte del personal de enfermería del bloque quirúrgico y del servicio de esterilización tras la realización de la sesión formativa . Calculando la media podemos decir que de forma global se ha mejorado el conocimiento que tiene el personal sobre las condiciones de esterilidad de un contenedor en un 12,52% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Uno de los aspectos claves de nuestra central de esterilización es que hay que asegurar la esterilidad de los productos hasta el momento de ser usados. Con este proyecto hemos intentado disminuir los errores que se pueden producir en nuestra central de esterilización. Con el proyecto que hemos llevado a cabo, hemos sido conscientes de que tenemos que mejorar la comunicación entre el bloque quirúrgico y la central de esterilización así como debemos mejorar el conocimiento del trabajo que se lleva a cabo en ambas áreas. Dada la rotación existente del personal de enfermería en los dos servicios es preciso tener definido un programa formativo para el personal de nueva incorporación o contar con una herramienta que te permita adquirir los conocimientos. En nuestro caso utilizamos el póster como herramienta visual que nos ayuda en nuestro trabajo del día a día.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/785 ===== ***

Nº de registro: 0785

Título
FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE

Autores:
CAÑADA ASENSIO VANESA, VILAR SIERRA MARIA PILAR, ESTEBAN SOMOLINOS LAURA, VAQUERO LAZARO NOELIA, DELGADO CALVO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0785

1. TÍTULO

FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROCESOS QUIRURGICOS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Central de Esterilización, del Hospital universitario Miguel Servet, es el servicio que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye textiles, equipamiento biomédico e instrumental a todos los sectores del hospital, con el fin de proveer un consumo seguro para ser usado con el paciente. Uno de los aspectos claves en las centrales de esterilización es que hay que asegurar la esterilidad de los productos hasta el momento de ser usados, para lo que se utilizan distintos sistemas cerrados de empaquetado, que intentan garantizarlo, actuando como eficaces barreras contra los microorganismos. Dentro de los sistemas de empaquetado, los contenedores rígidos son recipientes herméticos, termo resistente y reutilizables, dentro de los cuales se puede esterilizar y transportar el material. Para asegurar la calidad del producto estéril en un contenedor rígido, es imprescindible, mantener la integridad física de la estructura y de los mecanismos de cierre, así como seguir las instrucciones del fabricante para el uso correcto de los mismos en relación a la colocación de los filtros. Tras las incidencias recogidas en el servicio de esterilización se ha detectado que diferentes modelos de contenedores han sido distribuidos a quirófano con irregularidades tanto en su estado como en la colocación errónea de los filtros lo que no garantiza el estado de esterilidad del instrumental que servimos. Dentro de este marco conceptual dirigir estrategias para la reducción de incidencias sobre la esterilidad de instrumentos quirúrgico, es uno de los principales objetivos del servicio de esterilización.

RESULTADOS ESPERADOS

General:
- Proporcionar un producto estéril con la máxima garantía de calidad para los usuarios del hospital
Específicos
- Adquirir la habilidad, el conocimiento y las técnicas necesarias para realizar una inspección eficiente de los contenedores tanto en la central de esterilización como en el bloque quirúrgico que nos permita identificar las características fundamentales que otorgan a un contenedor la condición de estéril
- Reconocer las posibles modificaciones del contenedor que suponen un riesgo en su uso.
- Colocar una barrera más de protección hacia el paciente, mediante la formación del personal de quirófano, siendo posible detectar un error ocurrido durante el proceso de esterilización.

MÉTODO

El proyecto se iniciará en el año 2018 en el bloque quirúrgico A y el bloque del infantil

- Realizar póster visual informativo para ubicar en los diferentes quirófanos
- Realizar sesiones formativas apoyadas con una presentación visual
- Realizar un calendario para la impartición de estas sesiones
- Realización de la evaluación de adquisición de conocimientos y de su influencia en la práctica habitual

INDICADORES

- N° de poster informativos entregados en bloque quirúrgico - Durante el año 2018 se entregarán los posters en el bloque A, Quirófanos del infantil y central de esterilización
- N° de sesiones formativas realizadas
Se realizarán como mínimo 6 sesiones formativas en el año 2018
- Comprobación de adquisición de conocimientos y habilidades previstas
Pre y post test a los participantes de las sesiones formativas. El 80% de los participantes cumplimentarán el test
- Influencia de la formación en la práctica habitual
- Observación directa de la correcta inspección de los contenedores en los quirófanos implantados
- Revisión de incidencias detectadas en la central de esterilización en relación a los contenedores rígidos de los quirófanos donde se ha implantado el proyecto.

DURACIÓN

- Realizar póster visual informativo: abril - mayo 2018
- Sesiones formativas: Desde junio 2018 hasta octubre 2018
- Comprobación de adquisición de conocimientos: Desde junio 2018 hasta octubre 2018
- Observación directa de la inspección que se realiza a los contenedores, en los quirófanos donde se ha implantado el proyecto: Noviembre - Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0785

1. TÍTULO

FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE

OBSERVACIONES

Dado el número total quirófanos existentes actualmente el todo el Hospital Miguel Servet y para poder completar la formación en todas las áreas se considerará un proyecto continuista para los próximos años.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0625

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE HERMINIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
GALINDO ALLUEVA MARIA
OLIER MARTINES PILAR
GASSO SANCHEZ AMALIA
PEREIRA BLANCO OLGA
ARIAS SANCHEZ AGATA
NAVARRO PARDO IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de este proyecto se han realizado las informaciones dirigidas a los pacientes VIH del 100% de los nuevos antirretrovirales que han ido apareciendo y se han ido incorporando en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital, de forma que se dispone de información escrita de todas las posibles combinaciones de tratamiento antirretroviral, por lo que se ha podido facilitar información por escrito al 100% de los pacientes atendidos, principalmente a aquellos que inician su tratamiento y a los que han sufrido un cambio en el mismo. Facilitar información oral y escrita, asegura que el paciente conoce posología, frecuencia, efectos adversos frecuentes y posibles interacciones, y motivan al paciente para un correcto cumplimiento del tratamiento. También se ha realizado información escrita de los tratamientos del VHC, donde se ha diseñado una información común con el resto de Hospitales de Aragón, donde se recoge los siguientes apartados: ¿Qué es?, ¿Cómo se debe tomar?, ¿Qué hacer si se ha olvidado una dosis o vomita?, ¿Cuándo no debe tomar el medicamento?, ¿Qué precauciones deben tenerse?, ¿Puede afectar la toma de otros medicamentos?, ¿Qué problemas pueden producirse con su empleo? Acuda a urgencias si aparece... ¿Cómo se conserva? y ¿Cómo puedo conseguir este medicamento?. Además se utiliza el mismo documento para incluir determinadas recomendaciones al paciente y donde el paciente pueda añadir a modo de agenda las semanas de tratamiento, fecha de inicio y fecha final de tratamiento, próximas visitas a farmacia y medicación concomitante; en todas las informaciones se incluye los datos de la Unidad de Pacientes Externos como horario, teléfono y email de contacto. A todo paciente en tratamiento se revisan las posibles interacciones con la medicación concomitante. Se mide el grado de adherencia de los pacientes tratados de VHC mediante el registro de dispensaciones y se obtiene el % de pacientes que alcanzan RVS12 (respuesta viral sostenida a la semana 12 de terminar el tratamiento). En enero de 2017 se realiza una encuesta de satisfacción, donde se preguntan aspectos sobre la información recibida, trato del personal, horario e instalaciones (lugar y comodidad). Se calculan los indicadores gasto/paciente/año VIH y gasto/paciente/año Terapias Biológicas Reumatología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 100 % pacientes VIH+ reciben información escrita y oral (>95%)
- El gasto medio anual paciente VIH fue de 6.704,74 (1.288 pacientes) en 2016 y 6.236,04 (1.334 pacientes) en 2017.
- El gasto medio anual del paciente en tratamiento con Terapia Biológica en reumatología en 2016 fue de 8.542,38 (661 pacientes).
- En 96 % de los pacientes están satisfechos en general con la Unidad de Pacientes externos, aunque solo lo están en un 48% respecto al tiempo de espera y en un 63% con el horario de la Unidad.
- En los años 2016 y 2017 se ha dispensado tratamiento para el VHC a 678 pacientes, de ellos se tiene posibilidad de conocer la respuesta viral sostenida (RVS) a las 12 semanas de tratamiento de 477, ya que 201 iniciaron el tratamiento a partir de agosto de 2017. De los 477 pacientes un 98% obtuvieron RVS12. Se evaluó la adherencia de los pacientes que iniciaron y completaron tratamiento para el VHC entre el 01/10/2016 y el 31/12/2017, que fueron 374. El 99.5% de los pacientes presentaron un grado de adherencia >95% (únicamente 2 pacientes presentaron mala adherencia). El porcentaje de adherencia media fue de 99.7%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos propuestos en este proyecto de mejora continúa en la atención farmacéutica al paciente externo se han cumplido durante el periodo descrito. Se ha proporcionado información escrita y oral a todos los pacientes VIH y/o VHC atendidos, se ha potenciado la adherencia a los tratamientos obteniendo resultados óptimos en salud (RVS 12 semanas), así como se ha medido el impacto económico de diferentes patologías. Un año más se ha conseguido la mejora en la eficiencia de los tratamientos antirretrovirales y las terapias biológicas en patologías reumatológicas, disminuyendo el coste medio por paciente. Se considera muy importante la continuidad de este proyecto, ya que la información y educación al paciente permite que éste participe mejor en su tratamiento (empoderamiento del paciente) y por tanto, alcanzar los objetivos de resultados en salud. En cuanto a la satisfacción, un alto porcentaje de pacientes está mucho o muy satisfecho con la atención general de la Unidad de pacientes Externos, pero dos aspectos indican que podrían mejorarse como: tiempo de espera y horario de atención. Actualmente la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia se encuentra inmersa en un proceso de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0625

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

mejora que pretende ofrecer un servicio integral para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y asegurar la adherencia en los pacientes externos. Este proyecto incluye la gestión citas, automatización del área y una reorganización funcional del personal facultativo farmacéutico por áreas de conocimiento de forma que se optimice la atención recibida por el paciente y el tiempo dedicado al paciente, aumentando la eficiencia en la gestión de este servicio, aumentando la satisfacción del paciente y la reducción del tiempo de espera, aspectos peor valorados por el paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/625 ===== ***

Nº de registro: 0625

Título
MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

Autores:
NAVARRO AZNAREZ HERMINIA, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, GALINDO ALLUEVA MARIA, NAVARRO PARDO IRENE, OLIER MARTINEZ MARIA PILAR, GASSO SANCHEZ AMALIA, PEREIRA BLANCO OLGA, ARIAS SANCHEZ AGATA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología crónica, tratamientos de uso hospitalario
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Seguridad y eficiencia

PROBLEMA

La falta de adherencia a los tratamientos, especialmente en enfermedades crónicas, es el principal factor de fracaso terapéutico. Se ve afectada por múltiples factores: la enfermedad, el paciente, el equipo sanitario y el tratamiento (efectos adversos y complejidad del tratamiento). Detectar y corregir los factores que pueden influir en la adherencia y monitorizarla de forma rutinaria son importantes para alcanzar el objetivo terapéutico. Una estrategia para mejorar la adherencia es la educación/formación del paciente, donde el farmacéutico tiene un papel relevante facilitando información oral y escrita, asegurando que el paciente conoce posología, frecuencia, efectos adversos frecuentes y posibles interacciones, y motivando al paciente para un correcto cumplimiento del tratamiento. Otro importante aspecto es el conocimiento y control de las interacciones farmacológicas ya que la aparición de interacciones puede dar reacciones adversas o pérdida de efectividad. Los nuevos tratamientos de la hepatitis crónica virus C (VHC) tienen la posibilidad de numerosas y complejas interacciones que pueden comprometer la eficacia y seguridad de estos fármacos o de aquellos tomados concomitantes.

El consumo en el área de pacientes externos supone un alto impacto económico, conocer el gasto paciente/mes a través de un indicador ajustado a tiempo, permite conocer el gasto real y hacer comparaciones económicas entre distintos tratamientos para una misma patología y entre periodos de tiempo.

La valoración de la calidad de la atención percibida por el paciente se realiza a través de encuestas de satisfacción.

Este proyecto se inició en el año 2007, donde se valoró la calidad percibida por los pacientes. En 2008 se inició la línea de mejora de atención farmacéutica al paciente VIH (89% de los pacientes naive información escrita). Durante 2009: 97% de pacientes VIH informados, se valoró la adherencia al TAR y se analizaron las interacciones. En 2010: 97% de pacientes naive informados y 32% de pacientes con cambios, se elaboró un díptico informativo de interacciones de ARV con fitoterapia, y se realizó encuesta de satisfacción con resultados generales muy positivos, pero no la ubicación. En 2011-2014 se continuaron con las actividades de información (97% pacientes VIH naive informados y 95% de cambios de tratamiento y 96% de antineoplásicos orales). En 2015 el 93.5% de los pacientes atendidos en la unidad de paciente externos estaban satisfechos con la atención recibida. Coste medio/paciente/año VIH: 8670€ (2012) y 6.791€ (2015). En 2015 gasto/paciente medio/semestre de tratamiento con TB-reumatología (9.246€), Análisis de interacciones de 193 pacientes tratados con nuevos antivirales directos frente a virus hepatitis C (AAD), 244 interacciones encontradas con una media de 1.25 interacciones/paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0625

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

RESULTADOS ESPERADOS

Favorecer adherencia: paciente VIH y hepatitis C.

- Incrementar seguridad.
- Mantener la satisfacción del paciente en el área de pacientes externos a pesar del incremento de la actividad.
- Conocer el impacto económico del tratamiento a través de un indicador objetivo, ajustado a tiempo en tratamiento: VIH, TB reumatología
- Estudio calidad de vida de paciente VIH, en una muestra de pacientes.

MÉTODO

- Actualizar información al paciente VIH (Herminia Navarro (HN)
- Entrega información escrita. VIH, VHC (HN, Natalia de la Llama NDLL).
- Realizar encuesta de satisfacción (HN y NDLL).
- Valorar gasto/paciente/año: VIH, TB reumatología. (HN y NDLL).
- Revisar y valorar posibles interacciones VHC (HN y NDLL)
- Detección precoz de la no-adherencia en los tratamientos de VHC. Control semanal de recogidas de medicación.
- Diseño de un cuaderno personalizado de información al paciente en tratamiento de VHC, consensuado con el equipo multidisciplinar. (HN, NDLL).
- Entrega del cuaderno de información paciente VHC y cumplimentación según necesidades y agenda del paciente.

INDICADORES

- % pacientes VIH+ información escrita y oral (>95%)
- % de pacientes satisfechos con la atención recibida (>90%).
- Seguimiento gasto/paciente medio/año VIH (mensual), TB reumatología (semestral/anual).
- % pacientes VHC revisión interacciones (>90%).
- Nº de pacientes en seguimiento para una correcta adherencia VHC. (>90%)
- Evaluación del % RVS obtenida tras tratamiento VHC.
- Evaluación de la calidad de vida (SF-12) en paciente VIH.

DURACIÓN

1. Actualización información TAR y tratamiento VHC. (Octubre 2016-diciembre 2017).
2. Entrega información escrita VIH, VHC (Octubre 2016-diciembre 2017).
3. Realización/análisis encuesta. Diciembre 2016 y diciembre 2017).
4. Cálculo gasto/paciente medio/año TB, VIH. (Octubre 2016-diciembre 2017).
5. Valoración de la adherencia paciente VHC (Octubre 2016-diciembre 2017).
6. Evaluación del % de RVS obtenida tras el tratamiento de la VHC. Diciembre 2016 y diciembre 2017.
7. Elaboración del cuaderno personalizado de información al paciente VHC. (Octubre 2016-diciembre 2017).
8. Valoración de la Calidad de vida paciente VIH.-diciembre 2016.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0943

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR CASAJUS LAGRANJA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRIETA NAVARRO RAQUEL
LARRODE LECIÑENA ITZIAR
OLIER MARTINEZ PILAR
PEREZ NOGUERAS FRANCISCO JAVIER
SANCHO GINER MARIA ISABEL
TORRES ANORO ELENA
LORENTE MIRALLAS CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Evaluación de las recetas emitidas por los CSS en el año anterior. Elaborar lista de medicamentos que no formaban parte de la guía farmacoterapéutica del hospital (GFT) y que suponían un elevado coste. Valorar la adquisición de estos medicamentos por parte del servicio de farmacia e informar a los CSS.
Analizar las recetas una vez implantada la medida.
-Validación de las prescripciones médicas de los CSS, realizando intervenciones farmacéuticas (ajuste de dosis, adaptación a los PIT, interacciones...)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Datos obtenidos de Farmasalud.
Indicador 1
-nºrecetas medio por residente año 2015: 10.12
-nºrecetas medio por residente año 2017: 3.48
Disminución : 65.7%
-coste medio receta por residente año 2015: 207.67€
-coste medio receta por residente año 2017: 94.65€
Disminución: 54%
Indicador 2
-coste medio residente centro Las Fuentes 2015: 138.35€
-coste medio residente centro Las Fuentes 2017: 87.25€
Disminución: 35%
-coste medio centro Romareda 2015:127.1€
-coste medio centro Romareda 2017:78.70€
Disminución:38%
-coste medio centro Torrero 2015:316.98€
-coste medio centro Torrero: 113.55€
Disminución 64.18%
Indicador 3
-Gasto de recetas que se podría evitarse: 8854.7€ que corresponde al 19.5% del total
Indicador 4:
_valoración de intervenciones: dificultad a la hora del registro para poder evaluarlas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se han alcanzado los objetivos propuestos tras la adquisición de medicamentos desde el servicio de farmacia del hospital y suministro a los CSS.
-La implantación de la prescripción electrónica en todos los CSS, ha aumentado la adaptación a la GFT del hospital, disminuyendo el número de recetas. Por otra parte permite la validación farmacéutica aumentando la calidad y seguridad en la atención al paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/943 ===== ***

Nº de registro: 0943

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0943

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

Autores:

CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR, ARRIETA NAVARRO RAQUEL, LARRODE LECIÑENA ITZIAR, CASTIELLA GARCIA MARINA, PEREZ NOGUERAS FRANCISCO JAVIER, SANCHO GINER MARIA ISABEL, TORRES ANORO ELENA, LORENTE MIRALLAS CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE PLURIPATOLÓGICO
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE ANCIANO

PROBLEMA

En Aragón desde el año 2010 los servicios de Farmacia de Hospital han asumido la dispensación de medicamentos a los centros sociosanitarios (CCSS)de titularidad pública de su sector.

Actualmente en el sector Zaragoza II el Servicio de Farmacia del HUMS gestiona la provisión de la farmacoterapia y nutrición enteral en los CCSS del IASS: Elías Martínez(Torrero)(200 residentes), Romareda (200 residentes) y Las Fuentes (80 residentes).

Tras la reciente implantación en los CCSS de la prescripción electrónica asistida con el programa informático Farmatools® (el utilizado en todos los hospitales del salud), el farmacéutico dispone de información actualizada de las prescripciones específicas de cada residente, de forma que cada modificación realizada por el médico, es validada por un farmacéutico garantizando la adecuación de la prescripción. Además se realizan recomendaciones para adaptar las prescripciones a los medicamentos disponibles en la guía farmacoterapéutica del hospital, disminuyendo por tanto la necesidad de prescribir por receta y como consecuencia, el gasto farmacéutico.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la eficacia y la seguridad de los medicamentos a través del incremento de las intervenciones farmacéuticas.
Disminuir el número y el gasto en recetas de los CCSS
Optimizar el gasto farmacéutico

MÉTODO

Valorar la idoneidad de las prescripciones de acuerdo a las características del paciente (atención farmacéutica)
Evaluación y seguimiento del número y el gasto por receta de cada CCSS mediante los datos obtenidos del programa Farmasalud®.
Valorar la idoneidad en el modo de provisión del medicamento, a través del Servicio de farmacia del Hospital o de recetas a oficina de farmacia, para asegurar que sea el más eficiente.

INDICADORES

Evaluación cuatrimestral de las recetas. Indicador:
- Número y coste medio en recetas por residente y CCSS y comparación del mismo con el año 2015. (indicador : disminuir coste año 2015 8% (media de los 3 CCSS)
- Coste total en medicamentos por residente y CCSS (indicador : disminuir coste año 2015 5%)
- % gasto en recetas que podría haber sido evitado = gasto en recetas de medicamentos que podría haber sido proporcionado por el hospital (Guía, PIT)/ gasto recetas total
- % número de recetas que podría haber sido evitado = número de recetas de medicamentos que podría haber sido proporcionado por el hospital (Guía, PIT)/ número de recetas total .
Indicador: % de intervenciones aceptadas (evaluar)
Los indicadores se evaluarán cuatrimestralmente y se compararán con los resultados del año 2015, año previo a la implantación de la PE

DURACIÓN

Inicio en el primer cuatrimestre de 2017. Periodo de análisis inicial de 1 año y reevaluación de objetivos en función de los resultados alcanzados

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0943

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIO-SANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:	: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0969

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL REAL CAMPAÑA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES
ASCASO MARTORELL CONCEPCION
PLANA FERNANDEZ BLANCA
VICTORIA LIARTE FRANCISCO JAVIER
LUCAS HERNANDEZ ANTONIO
GARCES SAN JOSE CRISTINA
GALINDO ALLUEVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estudio de la situación actual: Realizada. Se analizó tipo de dolor y tratamiento utilizado en los pacientes que acudían por dolor al área de traumatología
Elaboración protocolo de manejo del dolor en el Servicio de Urgencias: En proceso: pendiente de aprobar.
Difusión protocolo del manejo del dolor: se realizarán trípticos, carteles y sesiones al personal implicado:
Pendiente de protocolo definitivo.
Revisión de los pacientes que acudieron con dolor al Servicio de Urgencias para valorar implantación y efectividad del protocolo: pendiente protocolo definitivo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha analizado la situación previa a la implantación del protocolo: 546 pacientes, 63,4% mujeres, edad media 52,7±2,11 años. Diagnóstico: 59% dolor articular extremidades, 28% dorsalgia, 10% dolor torácico osteomuscular y 3% dolor abdominal. Tratamiento recibido: 5% AINE tópico, 78,2% AINES sistémicos, 37,6% paracetamol, 8,9% corticoide IM, 18,8% diazepam, 29,7% opioide menor, 4% opioide mayor, 1% duloxetina, 3% gabaérgicos, 2% lidocaína tópica, 1% derivación a unidad del dolor y 4% ningún tratamiento farmacológico. La media de fármacos por paciente fue 1,99±1,14. A 38,6% de los pacientes se les prescribió un único fármaco, 24,8% dos, 20,8% tres y 11,9% cuatro o más. Media fármacos según diagnóstico: Dolor abdominal 1,33±0,58, dorsalgia 2,8±1,36, dolor extremidades 1,71±0,96 y dolor torácico 2,6±1,08. Los diagnósticos con mayor número de tratamientos fueron dolor torácico osteomuscular y dorsalgia con un 20% y 8,9% de pacientes con 4 o más fármacos respectivamente. El 14,9% y el 16,8% de los pacientes volvieron a visitar urgencias y atención primaria respectivamente con el mismo motivo de consulta. Media tiempo hasta revisita urgencias 26,07±33,6 días. Media tiempo hasta revisita AP: 28,53±22,41.
Se ha realizado una revisión de los efectos adversos más frecuentes de los fármacos utilizados y está pendiente de aprobarse el protocolo definitivo de recomendaciones de tratamiento del dolor en Urgencias.
Posteriormente se realizará difusión y reevaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha producido un retraso en la elaboración del protocolo, debido a que una vez iniciado el proyecto, se conoció por uno de los participantes que el Hospital había creado otro grupo para protocolizar el tratamiento del dolor en el hospital. Por ello, se esperó a conocer las recomendaciones intrahospitalarias para, con las adaptaciones necesarias al ámbito de urgencias, no introducir contradicciones entre ambos documentos.
Este hecho ha retrasado bastante el presente proyecto.
El análisis de la situación se realizó según el cronograma previsto y la revisión de los efectos secundarios más frecuentes también. Se estima que en el primer semestre de 2018 se podrá concluir con la aprobación del protocolo y su pertinente difusión.

7. OBSERVACIONES.

No se puede dar por concluido el proyecto aún.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/969 ===== ***

Nº de registro: 0969

Título
MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL, JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES, ASCASO MARTORELL CONCEPCION, PLANA FERNANDEZ BLANCA, VICTORIA LIARTE FRANCISCO JOSE, LUCAS HERNANDEZ ANTONIO, GARCES SAN JOSE CRISTINA, GALINDO ALLUEVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0969

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DOLOR
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El dolor es definido por la International Association for the Study of Pain como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión", siendo, por tanto, una experiencia subjetiva que requieren de instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona.

Es conocido que el dolor puede provocar importantes consecuencias de tipo familiar y laboral, deteriora las relaciones sociales, causa alteraciones del sueño y se relaciona con la aparición de depresión y ansiedad, de manera que es imprescindible tratarlo correctamente para minimizar estas consecuencias. En los Servicios de Urgencias el dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes (en torno al 50%) y es uno de los síntomas que más sensación de urgencia genera, siendo fundamental en la valoración de la urgencia de los pacientes. De hecho, en los sistemas de triaje es un síntoma que valora al alza la necesidad de asistencia, es decir, prioriza la atención del enfermo a un escalón superior, ya que la puntuación de la escala de dolor condicionará en muchas ocasiones el nivel de triaje. Sin embargo, varios estudios, entre los que destaca el EVADUR, han puesto de manifiesto que el manejo del dolor es una de las principales causas de que se produzcan eventos adversos en los Servicios de Urgencias. La Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) determinó la consideración de la valoración del dolor como quinta constante vital, siendo cada vez más los Servicios de Urgencias que han incorporado esta recomendación. Por ello se considera necesario que se desarrolle un protocolo del manejo del dolor en el Servicio de Urgencias del HUMS que ayude a prevenir, mitigar y tratar el dolor en los pacientes, convirtiendo el alivio del dolor en una prioridad.

RESULTADOS ESPERADOS

Consensuar los criterios de valoración y manejo del dolor en el Servicio de Urgencias, estableciendo recomendaciones basadas en la evidencia.
Mejorar el manejo del dolor en los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias
Mejorar los registros de valoración de la intensidad del dolor
Disminuir la tasa de eventos adversos relacionados con el manejo del dolor
Mejorar la formación del personal sanitario en el manejo del dolor

MÉTODO

Creación grupo de trabajo.
Estudio de la situación actual
Elaboración protocolo de manejo del dolor en el Servicio de Urgencias.
Difusión protocolo del manejo del dolor: se realizarán trípticos, carteles y sesiones al personal implicado: facultativos, residentes y enfermería.
Revisión de los pacientes que acudieron con dolor al Servicio de Urgencias para valorar implantación y efectividad del protocolo.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes que cumplen con las recomendaciones establecidas en el protocolo sobre manejo del dolor. Fórmula: (Pacientes en los que se ha aplicado el tratamiento consensuado sobre manejo del dolor/pacientes que acuden por dolor a Urgencias)*100. Valor actual: No procede; Objetivo: >50%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Porcentaje de pacientes que acuden a Urgencias por dolor con registro de valoración de la intensidad. Fórmula: (pacientes que acuden por dolor a Urgencias con registro de valoración/pacientes que acuden por dolor a Urgencias)*100. Valor actual: Desconocido. Objetivo: >50%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Porcentaje de pacientes a los que se ha realizado una revaloración del dolor en el tiempo definido. Fórmula: (pacientes con dolor a los que se realiza revaloración/pacientes que permanecen en Urgencias el tiempo suficiente para requerir revaloración)*100. Se revisará una muestra aleatorizada de pacientes para analizar si se produjeron eventos adversos. Valor actual: Desconocido. Objetivo: >50%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Porcentaje de pacientes que por sufren eventos adversos relacionados por mal manejo del dolor en el Servicio de Urgencias. Fórmula: (pacientes que sufren eventos adversos/pacientes que acuden por reingreso por dolor)*100. Se revisará una muestra aleatorizada de pacientes para analizar si se produjeron eventos adversos. Valor actual: 7% según bibliografía; Objetivo: <7%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Descripción del porcentaje de pacientes que acuden por dolor según su intensidad. Fórmula: (pacientes con dolor leve, moderado, intenso o insoportable/ pacientes que acuden por dolor a Urgencias)*100. Objetivo: Monitorizar. Evaluación anual. Diciembre 2017.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0969

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

Creación grupo de trabajo. Septiembre 2016.
Elaboración protocolo de manejo del dolor en el Servicio de Urgencias. Octubre 2016-Marzo 2017.
Difusión protocolo del manejo del dolor. Realización tríptico, carteles y sesiones al personal implicado: facultativos, residentes y enfermería. Marzo-Abril 2017
Revisión de los pacientes que acudieron con dolor al Servicio de Urgencias para valorar implantación y efectividad del protocolo. Noviembre-Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1005

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE AGUSTIN FERRANDEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO BALLESTER VICENTE
VINUES SALAS CARLOTA
VIÑARAS FRAGUEIRO ANA
YUBERO CISNEROS ROSA
VELA FUENTES RAQUEL
GUALLAR CALVO MARIA REYES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado formación individualizada a todos los facultativos de los Servicios de Oncología, Digestivo y Reumatología, de tal manera que la PE en dicho Servicio se ha mantenido en el 100%.
Se han actualizado los protocolos en el programa de oncopediatria, siendo la PE del 100%.
Se han realizado sesiones de actualización en el manejo del programa de PE para los clínicos del Servicio de Hematología, alcanzándose al final de 2017 PE en el 85% de las peticiones.
Se han realizado 5 reuniones de formación continuada para el personal de H de día por parte del farmacéutico del área de oncología y 1 al personal de enfermería del laboratorio.
Se han reetiquetado los medicamentos para permitir realizar trazabilidad a través de trazascan pero los numerosos problemas del sistema informático nos han impedido poder extender la trazabilidad en la preparación al 100% de los medicamentos(se producía error en la lectura de algunos medicamentos, no admitía las jeringas como contenedor del medicamento, calculaba mal el suero con el que debía preparar el medicamento, las balanzas perdieron la configuración, el ordenador de la campana no funcionaba, etc). Finalmente en diciembre y tras una importante dedicación por parte del personal facultativo de farmacia en el seguimiento y comprobación de errores sucesivos, se ha podido hacer trazabilidad de >65% de las preparaciones en farmacia porque se ha cambiado de versión el programa y parece que esto ha permitido resolver los múltiples problemas asociados a él.
Los farmacéuticos han valorado las preparaciones fuera de rango de pesada, para su utilización o reciclaje.
No se ha podido realizar trazabilidad en la administración de los tratamientos al paciente por los errores que genera y que todavía siguen produciéndose con el programa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha mantenido Prescripción electrónica en el 100% de las prescripciones de Oncología, oncopediatria, Digestivo y Reumatología (parenterales).(objetivo>85%)
>85% de las prescripciones de Hematología de quimioterapia son PE (objetivo>85%)
Se ha realizado el seguimiento cuatrimestral del consumo de medicamentos en oncología y hematología.
La espera de los pacientes ha sido mínima ya que la tasa de preparaciones realizadas tras la hora de cita ha sido del 3.1%(objetivo:<10%) y el tiempo medio entre prescripción y validación: 7.5 min(objetivo <30minutos).
El % de preparaciones con pesada y trazabilidad en la preparación no ha logrado el objetivo de >80% pero ha alcanzado el 65 % a final del 2017, a pesar de los numerosísimos problemas informáticos.
El N° de preparaciones descartadas/n° preparaciones realizadas ha sido muy reducido: 0.5% siendo el objetivo <10%.
Toda la información ha sido obtenida del programa informático OncowinR que es el programa de gestión (desde la prescripción a la elaboración y administración) de la quimioterapia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha trabajado en el proyecto y se han conseguido objetivos muy importantes para la seguridad del paciente como es la generalización de la PE en el área de quimioterapia onco-hematológica.
Los tiempos de espera de los pacientes para la administración del tratamiento, motivados por la actividad en farmacia, han sido mínimos y sólo motivados por el tiempo necesario para la preparación de la quimioterapia pero los errores asociados al funcionamiento del programa informático han impedido avanzar en la trazabilidad en el Hospital de día y han impedido la generalización de la trazabilidad en el Servicio de Farmacia, a pesar de ello, el cambio de versión del programa a final del 2017 ha permitido alcanzar ya una tasa importante de trazabilidad en la preparación(>65%).
El proyecto ha permitido conseguir avances muy importantes en seguridad, quedando pendiente solucionar algunos problemas informáticos para conseguir la trazabilidad total en la elaboración y en la administración

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1005 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1005

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

Nº de registro: 1005

Título
AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

Autores:
URIARTE PINTO MOISES, GIMENO BALLESTER VICENTE, AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE, VINUES SALAS CARLOTA, VIÑARAS FRAGUEIRO ANA, YUBERO CISNEROS ROSA, VELA FUENTES RAQUEL, GUALLART CALVO MARIA REYES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Reumatología y digestivo en tratamiento con terapias biológicas endovenosas.
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La elevada carga asistencial del área de farmacotecnia (37.240 preparaciones sólo de citostáticos en 2015) puede favorecer que se cometan errores en su preparación. También se ha demostrado que en los hospitales se producen errores en la administración de fármacos IV a pacientes a pie de cama y la gravedad de estos errores va asociada a la toxicidad de los medicamentos infundidos. Uno de los grupos que pueden provocar una mayor morbi-mortalidad son los fármacos citostáticos considerados medicamentos de alto riesgo por su elevada toxicidad y por el gran número de tratamientos diarios distintos que se administran.
Herramientas tecnológicas como los sistemas de identificación de medicamentos y de pacientes han mostrado ser muy útiles para disminuir los errores en la etapa de administración. Existen varios sistemas disponibles:
Identificación por radiofrecuencia, código de barras, data matrix, etc que permiten un doble registro, para confirmar que el paciente correcto recibe el fármaco correcto, en el tiempo, dosis y vía prescritas.
A nivel de elaboración y fabricación de medicamentos también es importante disponer de tecnología como un instrumento de gestión, seguridad y trazabilidad, para asegurar la idoneidad de los preparados tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mantener PE en hospital de día de Oncología, Oncopediatría, Digestivo y Reumatología.
- Generalizarla en el Hospital de día Hematología.
- Formación continuada del personal de enfermería del laboratorio de farmacia y del Hospital de día.
- Mejorar la seguridad en la preparación mediante la identificación a través de código de barras de todos los componentes utilizados en la preparación de citostáticos e identificación inequívoca de que el medicamento elaborado corresponde al solicitado mediante la utilización de código de barras y la implantación de un sistema de control de doble pesada (implantar programa trazascan) .
- Mejorar la seguridad en la administración de citostáticos comprobando en todos los pacientes mediante lectores de códigos que el paciente recibe lo que tiene prescrito por el médico y en el orden correcto (generalizar el uso en todos los pacientes de Oncoscan).

MÉTODO
1. Realización de sesiones de actualización en el manejo del programa de PE para los clínicos de Hematología, Oncología, Oncopediatría, Digestivo y Reumatología. (Servicio de Farmacia)
2. Realización de sesiones formativas en el manejo del programa Oncoscan al personal de enfermería de hospital de día oncología y de Trazascan al personal de farmacia (Servicio de Farmacia)
3. Realizar etiquetado con código de barras de los citostáticos utilizados en farmacia (Personal técnico Servicio de Farmacia)
4. Control por pesada de los citostáticos preparados (Personal técnico Servicio de Farmacia)
5. Comprobación por código de barras de la concordancia paciente y citostáticos (Enfermería Servicio de Farmacia)
6. Valorar las preparaciones fuera de rango de pesada, para su utilización o reciclaje (Farmacéuticos Servicio de Farmacia)
7. Medir mensualmente los tiempos de espera entre prescripción-validación y preparación dentro del tiempo que están citadas (Farmacéuticos Servicio de Farmacia)
8. Seguimiento del consumo de medicamentos en oncología y hematología. (Farmacéuticos Servicio de Farmacia)

INDICADORES
1. Nº prescripciones informatizadas/Nº prescripciones totales. (>85%)
2. Nº de preparaciones controladas con pesada/Nº de preparaciones realizadas. (>80%)
3. Nº de preparaciones descartadas/nº preparaciones realizadas (<10%)
4. Nº pacientes atendidos en HD con trazabilidad /Nº de pacientes (>70%) (2º semestre)
5. Nº preparaciones para pacientes atendidos en HD con trazabilidad /Nº de preparaciones realizadas (>90%) (Último trimestre)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1005

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

- 6. Tiempo medio de espera entre prescripción y validación. (<30mín)
- 7. Preparaciones con cita preparadas sin retraso (>90%)

Los indicadores se obtendrán con una periodicidad trimestral del programa informático del SF.

DURACIÓN

- Sesiones informativas y de formación en el programa de trazabilidad: durante todo 2017.
- Generalizar uso Oncoscan: enero-junio 2017.
- Implantación Trazascan. Enero-junio 2017.
- Valorar preparaciones fuera de rango: enero-diciembre 2017.
- Valorar tiempos de espera y de demora prescripción/Validación: Enero-diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1057

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA REYES ABAD SAZATORNIL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL
IZUEL RAMI MONICA
ARRIETA NAVARRO RAQUEL
CARCELEN ANDRES JOSEFA
CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR
PERRINO GARCIA MARIA JESUS
DE LA LLAMA NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han introducido los protocolos farmacoterapéuticos más frecuentemente utilizados en Urgencias en el programa FarmatoolsR para facilitar la prescripción electrónica asistida (PEA) en urgencias
Se han revisado los fármacos que se administran en perfusión, los sueros en los que deben diluirse y las concentraciones finales de los mismos para su administración, así como la velocidad correcta y se han introducido todos estos datos en Farmatools.
Se ha formado a todo el Servicio de Urgencias sobre funcionamiento del programa Farmatools y a todos los facultativos del Hospital (incluidos residentes de especializada y primaria) que pueden realizar una prescripción a un paciente que se encuentra en la sala de observación del Servicio de Urgencias.
Se han revisado los contenidos de kardex/Pyxis
Se ha validado la conexión PCH-Farmatools
Se han actualizado las interacciones más importantes para incluirlas como ayuda a la PE en farmatools
Se ha implantado la PEA en todo el Servicio de Urgencias
Se ha revisado las salidas de medicamentos de Pyxis no imputados a nombre de paciente.
Se han revisado los medicamentos que no han tenido movimientos en los sistemas automatizados de dispensación (SAD) para optimizar los stock existentes en los mismos al consumo.
Se ha implantado PEA en la planta de Oncología.
Se ha transformado la Prescripción manual de traumatología en PEA e instalado un pyxis en la planta 7ª.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha continuado con la PEA asistida en las distintas unidades del Hospital que ya disponían de ella, a excepción de la planta que se ha trasladado al Hospital de la Defensa.
El 21 de noviembre se implanto la PEA asistida en el Servicio de urgencias, realizándose a partir de entonces la validación farmacéutica en tiempo real prácticamente las 24 horas del día (excp 2-6h de la madrugada en los que se puede demorar la validación).
El % de movimientos de pyxs no imputados a pacientes se ha situado ligeramente por encima del standard <15% ya que el valor ha sido del 18,3%, si bien este indicador descenderá el año próximo con la implantación de la PEA pues la prescripción se vuelca directamente en Pyxis.
Se ha alcanzado el objetivo de ajustar los stocks existentes en los SAD al consumo(farmacos sin movimientos 3,3%, siendo el objetivo <5%).
Los farmacéuticos han intervenido de manera importante para mejorar la atención farmacéutica de los pacientes, superando las 450 intervenciones por facultativo del área de unidosis, cuando el objetivo era >100.
Se ha implantado PEA en la unidad de Hospitalización de Oncología y en la planta 7ª del CRTQ

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los objetivos se han conseguido totalmente, incrementando la seguridad en el manejo del medicamento mediante la PEA en las Unidades de oncología, traumatología y en Urgencias, siendo esta una área crítica por la posibilidad de que allí se produzcan errores importantes y con graves consecuencias por la elevada presión asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1057 ===== ***

Nº de registro: 1057

Título
AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA LIGADA A SISTEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1057

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICAASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES

DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES

Autores:
ABAD SAZATORNIL MARIA REYES, REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL, IZUEL RAMI MONICA, ARRIETA NAVARRO RAQUEL, CANTALAPIEDRA MALAGUILLA ELENA, CARCELEN ANDRES JOSEFA, CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR, PERRINO GARCIA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prescripción electrónica asistida (PEA) es una de las medidas que más contribuye a mejorar la seguridad en el proceso de utilización de medicamentos pues permite al médico prescribir el tratamiento directamente en un programa informático que dispone de una serie de ayudas, orientado hacia un sistema de soporte a la decisión clínica, y evita los errores de transcripción. El Sistema de Dispensación automatizado (SAD) ligado a PEA consigue optimizar los circuitos de trabajo e inventarios, garantizar la disponibilidad de medicamentos en las unidades e imputar los consumos de medicamentos por paciente. Actualmente existen 4 unidades con PEA ligadas a SAD, 6 unidades con PEA y 2 unidades con SAD. El principal objetivo de este proyecto es implantar en Urgencias, que actualmente dispone de SAD, la PEA, y conectar ambos sistemas. De esta manera se conseguirá mejorar la calidad de la prescripción y la administración en este servicio, implantando medidas que fomentan la seguridad del paciente. Además, se optimiza el proceso de unidosis, ya que la prescripción se realiza en el mismo programa informático desde que el paciente ingresa en Urgencias hasta que se le da el alta desde una de las unidades que ya dispone de PEA, evitando que los posibles errores cometidos relacionados con la prescripción en Urgencias perduren durante el resto del ingreso e incluso al alta del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantación de la PEA en Urgencias en las salas de observaciones, aislamiento y saturación, mejorando la calidad de la prescripción, evitando situaciones de prescripciones incompletas y/o con errores, interacciones, duplicidades terapéuticas, alergias...
Conexión PEA ligada a Pyxis en Urgencias: se mejorará la seguridad en la administración de medicamentos, reduciendo los errores por una inadecuada selección de medicamentos, así como se mejorará la imputación de consumos por paciente.
Homogeneización de las perfusiones en el hospital: Se unificarán los sueros utilizados en las perfusiones en todas las unidades con PEA para evitar errores en la prescripción y/o administración.
Validación pacientes ingresados en Urgencias: se mejorará el circuito de comunicación de las intervenciones realizadas en la validación de los tratamientos de los pacientes ingresados en Urgencias, realizándose a través de Farmatools.
Mantenimiento de las ayudas a la PEA: se actualizará la información referente a interacciones, alergias, recomendaciones de ajustes posológicos y formas de administración.
Adecuación contenido SAD a necesidades de las unidades: se revisarán los medicamentos sin retiro en los últimos 6 meses y aquellos prescritos más frecuentemente no incluidos en pyxis.
Mejora de las condiciones de conservación en kardex/Pyxis: se realizarán revisiones periódicas para verificar el cumplimiento de los protocolos de utilización de SAD
Mejorar del control de acceso del personal de enfermería de las unidades clínicas con SAD. Se revisarán los usuarios autorizados con acceso al SAD de cada unidad en la que esté disponible.

MÉTODO

Introducción protocolos farmacoterapéuticos más frecuentemente utilizados en Urgencias para agilizar PEA
Homogeneización sueros y concentraciones utilizados en perfusiones en las unidades con PEA
Formación al Servicio de Urgencias sobre funcionamiento de Farmatools
Formación sobre funcionamiento de Farmatools a todos los facultativos de los Servicios clínicos que pueden realizar una prescripción a un paciente que se encuentra en la sala de observación del Servicio de Urgencias
Adecuar el contenido de kardex/Pyxis
Mejorar el control de acceso del personal de enfermería de las unidades clínicas con SAD

INDICADORES

Nº de intervenciones realizadas en unidades con unidosis/SAD. Objetivo: >100 por fármaco (excluido FACE)
Tasa de intervenciones aceptadas. Objetivo: >80%
Tasa de dispensaciones en Urgencias imputadas a paciente ficticio. Objetivos <15%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1057

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICAASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES

Tasa de perfusiones prescritas en Urgencias utilizando el suero y la concentración protocolizado. Objetivo: >60%
Actualización anual de interacciones en Dominion. Objetivo: Sí
Tasa de medicamentos incluidos en SAD sin movimiento en los últimos 6 meses. Objetivo: <5%
Tasa de revisiones para verificar el cumplimiento de los protocolos de utilización de SAD sin incidencias. Objetivo: <10%
Tasa de unidades en las que se han revisado los usuarios con acceso al SAD. Objetivo: >95%
Nº de prescripciones electrónicas realizadas en Farmatools en urgencias (>80% segundo semestre 2017)

DURACIÓN

Introducción protocolos farmacoterapéuticos. Octubre 2016
Homogeneización sueros y concentraciones. Octubre -diciembre 2016
Formación de los facultativos y de personal de enfermería del Servicio de Urgencia. Noviembre -dic 2016
Mantenimiento de las ayudas a la prescripción electrónica. Enero-Junio 2017
Mejorar las condiciones de conservación en kardex/Pyxis. Mensual
Adecuar el contenido de kardex/Pyxis. Semestral (Junio y Diciembre)
Mejorar el control de acceso del personal de enfermería de las unidades clínicas con SAD. Diciembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE PABLO PALOMO PALOMO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VINUES SALAS CARLOTA
LOPEZ MIRETE ANTONIA
CARCELEN ANDRES JOSEFA
HUARTE LACUNZA RAFAEL
SANCHEZ LOPEZ ROSABEL
LASHERAS LLORENTE ANA CRISTINA
CASTIELLA GARCIA MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua: Realizado
Adaptación del sistema de calidad ISO a 9001: 2015: Realizado
Identificación de los principales problemas existentes actualmente mediante realización de un AMFE en cada proceso: Realizado.
Registro de incidencias con sus respectivas soluciones o medidas implantadas: Realizado
Implantación de medidas correctivas y preventivas para reducir las incidencias: Realizado.
Difusión a todo el personal del análisis de todas las acciones de mejora y del estado actual: Realizado.
Reconversión de las plazas de técnicos auxiliares de enfermería a técnicos de farmacia.: Realizado y ejecutado en Enero 2018-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de procesos con AMFE realizados. Objetivo: >80%. Resultado: 100%.
% de incidencias con propuestas de mejoras y soluciones. Objetivo: >60%. Resultado: 95%
Lograr la acreditación de las sesiones impartidas en el Servicio de Farmacia. Objetivo: Sí. Resultado: Sí 4 programas acreditados.
% de sesiones realizadas respecto a las programadas. Objetivo: >80%. Realizadas 100%
% de TF respecto a TCAE. Objetivo: >25%. Resultado: 87,5% (30/35 técnicos)
Informe quincenal de incidencias a responsables de servicio. Objetivo >16 informes: Realizados.
Porcentaje de pedidos de reposición de botiquín preparados con algún errores respecto al total de pedidos preparados. Objetivos: <5%. Resultado: 10% con errores.
Seguimiento de los indicadores de cada procedimiento operativo e implantación de acciones para lograr los objetivos fijados. Objetivo: Sí. Conseguido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha realizado una revisión de los riesgos existentes en cada proceso, lo cual permite establecer acciones para minimizar sus efectos, aumentar la detección o evitar que ocurran. Esto ha significado un cambio en la gestión de la calidad, que hasta ahora se basaba en la resolución de las incidencias notificadas.
El Servicio de Farmacia cuenta con un registro de incidencias muy potente gracias a la participación de un gran número de personas. Esto ha permitido implantar numerosas acciones correctivas que permitan evitar que se repitan las incidencias detectadas.
Dado que este registro de incidencias está en marcha desde 2012, ha servido de base para la realización de los AMFE y ha permitido analizar de manera más exacta la frecuencia y detección de estos problemas.
Se ha producido la reconversión del personal técnico, disponiendo de personal específico para los servicios de Farmacia. Sin embargo, dado que dicha categoría no existía hasta hace poco, se han detectado problemas de conocimiento del entorno en el que trabajan y está requiriendo de formación complementaria en este asunto.
La formación acreditada ha mejorado el porcentaje de asistencia por parte del personal y ha supuesto un incentivo tanto para los formadores como para los asistentes. Además según las evaluaciones se puede concluir que el grado de satisfacción es bastante elevado.
Los objetivos e indicadores propuestos en este periodo se monitorizaron. Aquellos no logrados se han mantenido en 2018 con las acciones necesarias para lograrlos. Cada proceso operativo dispone de una línea de mejora con sus respectivos objetivos, indicadores y acciones que fomenta la implicación de todo el personal.
De esta forma, se han realizado la adaptación a las exigencias de la modificación de la Norma ISO y se avanza en la mejora de la calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1083 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Nº de registro: 1083

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Autores:
PALOMO PALOMO PABLO, VINUES SALAS CARLOTA, LOPEZ MIRETE ANTONIA, CARCELEN ANDRES JOSEFA, HUARTE LACUNZA RAFAEL, SANCHEZ LOPEZ ROSABEL, LASHERAS LLORENTE ANA CRISTINA, CASTIELLA GARCIA MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Farmacia el Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente.
En este periodo, se han recogido más de 3500 incidencias, que conllevaron a la apertura de 64 "No Conformidades", e implantándose mejoras organizativas, estructurales y de equipos. Desde el punto de vista organizativo, se modificó la organización interna del servicio, para reforzar las áreas que estaban teniendo mayor carga asistencial. Se modificaron los protocolos de funcionamiento del Servicio de Farmacia. Además, debido al resultado de los indicadores, se detectaron déficits de formación que existía en el personal de enfermería, lo cual llevo a la implantación de un programa de capacitación y al reconocimiento de la categoría de Técnicos en Farmacia por el SALUD. Además, se ha desarrollado el plan funcional de Servicio de Farmacia, así como se han descrito las necesidades estructurales para lograr un adecuado funcionamiento del Servicio.
Nuestro plantamiento es mantener la certificación, adaptando el sistema de gestión de la calidad a los requisitos de la nueva norma ISO 9001:2015. Para ello, se establecerán medidas correctivas y áreas de mejora en función de la información obtenida a través de los resultados de los indicadores de los últimos años, de las revisiones del sistema por dirección y/o auditorías, así como por las incidencias registradas.

RESULTADOS ESPERADOS
Disponer de un plan de contingencia.
Detectar los puntos débiles y oportunidades de mejora del sistema de gestión para implantar medidas correctivas y minimizar los riesgos.
Lograr la colaboración de todo el personal para mantener y mejorar el sistema de calidad y conseguir la excelencia.
Conseguir el cumplimiento de los protocolos internos del Servicio de Farmacia para asegurar un producto de calidad.
Conseguir el cumplimiento de los protocolos de Farmacia por parte de las unidades.
Lograr la aprobación del proyecto de reforma estructural del Servicio de Farmacia.
Disminuir la tasa de incidencias relacionadas con la dispensación y preparación de fármacos.
Fomentar la colaboración de todo el personal en la detección de oportunidades de mejoras
Mejorar la capacitación del personal técnico.
Mejorar la trazabilidad en los procedimientos del servicio de Farmacia.
Desarrollar un programa formativo específico para cada categoría profesional.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.
Adaptación del sistema de calidad ISO a 9001: 2015.
Identificación de los principales problemas existentes actualmente mediante realización de un AMFE en cada proceso.
Registro de incidencias con sus respectivas soluciones o medidas implantadas
Implantación de medidas correctivas y preventivas para reducir las incidencias.
Difusión a todo el personal del análisis de todas la acciones de mejora y del estado actual
Reconversión de las plazas de técnicos auxiliares de enfermería a técnicos de farmacia.

INDICADORES
% de procesos con AMFE realizados. Objetivo: >80%
% de incidencias con propuestas de mejoras y soluciones. Objetivo: >60%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Lograr la acreditación de las sesiones impartidas en el Servicio de Farmacia. Objetivo: Sí
% de sesiones realizadas respecto a las programadas. Objetivo: >80%
% de TF respecto a TCAE. Objetivo: >25%
Informe quincenal de incidencias a responsables de servicio. Objetivo >16 informes
Porcentaje de pedidos de reposición de botiquín preparados con algún errores respecto al total de pedidos preparados. Objetivos: <5%
Seguimiento de los indicadores de cada procedimiento operativo e implantación de acciones para lograr los objetivos fijados. Objetivo: Sí

DURACIÓN

- Auditoria interna: Febrero/abril 2017
- Revision por la Direccion: Abril 2017
- Auditoria Externa: mayo/junio 2017
- Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
- Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
- Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Diciembre 2017/Enero 2018
- Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Diciembre 2017/Enero 2018
- Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.
- Registro de incidencias y propuestas de mejoras mediante el desarrollo de la metodología LEAN SEIS SIGMA. Todo el año
- Realizar informe quincenal para responsables del Servicio. Todo el año
- Cumplimiento del programa formativo para el personal de enfermería. Todo el año
- Incorporación de Técnicos Auxiliares de Farmacia. Progresiva

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015:AVANZANDO EN LA GESTION DEL RIESGO Y EN MEJORAR LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL REAL CAMPAÑA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD SAZATORNIL MARIA REYES
VINUES SALAS CARLOTA
LOPEZ MIRETE ANTONIA
CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR
VICENTE ITURBE CRISTINA
GIMENO BALLESTER VICENTE
CASAJUS NAVASAL ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado los AMFE de los 13 procesos que el Servicio de farmacia tiene certificados, se han puntuado los efectos de los posibles fallos en función de su gravedad, evitabilidad y frecuencia, estableciéndose acciones recomendadas para evitar las consecuencias de dichos fallos, priorizándose para realizar de manera inmediata las acciones que evitan los fallos de mayor gravedad y frecuencia y que además son más fáciles de evitar. También se han desarrollado los planes de contingencia, estando todavía algunos en proceso y otros completados. Se ha realizado una evaluación de la satisfacción de las partes interesadas, concretamente dentro de los clientes externos se ha realizado una encuesta de satisfacción a los pacientes externos, y como clientes internos se han seleccionado las supervisoras. Se ha realizado un seguimiento de las incidencias detectadas y se han implantado las acciones correctivas de mayor puntuación detectadas en los AMFEs. Se han cerrado las siguientes no conformidades de la falta de identificación de las partes interesadas y sus necesidades y expectativas y de ausencia de AMFEs. Están en proceso de resolución la del control de estupefacientes, de revisión del mapa de procesos y la de evaluación de las actividades formativas. Y se ha pasado la auditoría interna en marzo de 2019, estando pendiente el informe de auditoría. Asimismo queda pendiente para 2019 la auditoría externa, siendo conforme la del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización AMFEs de los procesos(100%), detección puntos críticos y diseño de acciones para evitarlos(100%)
Definición de planes de contingencia(4 completos y 9 en proceso)
Valoración satisfacción de las partes interesadas pacientes y supervisoras(98.2% de los pacientes está satisfecho o muy satisfecho)
Acreditación de todos los procesos del SF y del 100% de las sesiones formativas.
Realización sesiones (100% p farmacéutico, 95% técnico)
Evaluación conocimiento formación (100% curso técnicos)
Seguimiento de todos los indicadores del Servicio y definición de acciones de mejora

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La certificación nos permite la revisión exhaustiva de los procesos y la detección de los posibles fallos para implantar acciones de mejora

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1083 ===== ***

Nº de registro: 1083

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Autores:
PALOMO PALOMO PABLO, VINUES SALAS CARLOTA, LOPEZ MIRETE ANTONIA, CARCELEN ANDRES JOSEFA, HUARTE LACUNZA RAFAEL, SANCHEZ LOPEZ ROSABEL, LASHERAS LLORENTE ANA CRISTINA, CASTIELLA GARCIA MARINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MATENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015:AVANZANDO EN LA GESTION DEL RIESGO Y EN MEJORAR LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Farmacia el Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente.

En este periodo, se han recogido más de 3500 incidencias, que conllevaron a la apertura de 64 "No Conformidades", e implantándose mejoras organizativas, estructurales y de equipos. Desde el punto de vista organizativo, se modificó la organización interna del servicio, para reforzar las áreas que estaban teniendo mayor carga asistencial. Se modificaron los protocolos de funcionamiento del Servicio de Farmacia. Además, debido al resultado de los indicadores, se detectaron déficits de formación que existía en el personal de enfermería, lo cual llevo a la implantación de un programa de capacitación y al reconocimiento de la categoría de Técnicos en Farmacia por el SALUD. Además, se ha desarrollado el plan funcional de Servicio de Farmacia, así como se han descrito las necesidades estructurales para lograr un adecuado funcionamiento del Servicio.

Nuestro plantenamiento es mantener la certificación, adaptando el sistema de gestión de la calidad a los requisitos de la nueva norma ISO 9001:2015. Para ello, se establecerán medidas correctivas y áreas de mejora en función de la información obtenida a través de los resultados de los indicadores de los últimos años, de las revisiones del sistema por dirección y/o auditorías, así como por las incidencias registradas.

RESULTADOS ESPERADOS

Disponer de un plan de contingencia.
Detectar los puntos débiles y oportunidades de mejora del sistema de gestión para implantar medidas correctivas y minimizar los riesgos.
Lograr la colaboración de todo el personal para mantener y mejorar el sistema de calidad y conseguir la excelencia.
Conseguir el cumplimiento de los protocolos internos del Servicio de Farmacia para asegurar un producto de calidad.
Conseguir el cumplimiento de los protocolos de Farmacia por parte de las unidades.
Lograr la aprobación del proyecto de reforma estructural del Servicio de Farmacia.
Disminuir la tasa de incidencias relacionadas con la dispensación y preparación de fármacos.
Fomentar la colaboración de todo el personal en la detección de oportunidades de mejoras
Mejorar la capacitación del personal técnico.
Mejorar la trazabilidad en los procedimientos del servicio de Farmacia.
Desarrollar un programa formativo específico para cada categoría profesional.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.
Adaptación del sistema de calidad ISO a 9001: 2015.
Identificación de los principales problemas existentes actualmente mediante realización de un AMFE en cada proceso.
Registro de incidencias con sus respectivas soluciones o medidas implantadas
Implantación de medidas correctivas y preventivas para reducir las incidencias.
Difusión a todo el personal del análisis de todas las acciones de mejora y del estado actual
Reconversión de las plazas de técnicos auxiliares de enfermería a técnicos de farmacia.

INDICADORES

% de procesos con AMFE realizados. Objetivo: >80%
% de incidencias con propuestas de mejoras y soluciones. Objetivo: >60%
Lograr la acreditación de las sesiones impartidas en el Servicio de Farmacia. Objetivo: Sí
% de sesiones realizadas respecto a las programadas. Objetivo: >80%
% de TF respecto a TCAE. Objetivo: >25%
Informe quincenal de incidencias a responsables de servicio. Objetivo >16 informes
Porcentaje de pedidos de reposición de botiquín preparados con algún errores respecto al total de pedidos preparados. Objetivos: <5%
Seguimiento de los indicadores de cada procedimiento operativo e implantación de acciones para lograr los objetivos fijados. Objetivo: Sí

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MATENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015:AVANZANDO EN LA GESTION DEL RIESGO Y EN MEJORAR LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS

DURACIÓN

- Auditoria interna: Febrero/abril 2017
- Revisión por la Dirección: Abril 2017
- Auditoria Externa: mayo/junio 2017
- Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
- Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
- Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Diciembre 2017/Enero 2018
- Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Diciembre 2017/Enero 2018
- Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.
- Registro de incidencias y propuestas de mejoras mediante el desarrollo de la metodología LEAN SEIS SIGMA. Todo el año
- Realizar informe quincenal para responsables del Servicio. Todo el año
- Cumplimiento del programa formativo para el personal de enfermería. Todo el año
- Incorporación de Técnicos Auxiliares de Farmacia. Progresiva

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1615

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ITZIAR LARRODE LECIÑENA
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABALLERO PEREZ VICTORIA
ABAD SAZATORNIL MARIA REYES
IZUEL RAMI MONICA
VICENTE ITURBE CRISTINA
MAGALLON MARTINEZ ARANTXA
BESTUE CARDIEL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo principal del proyecto fue establecer una colaboración entre el servicio de Farmacia y la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP) para la gestión de una farmacoterapia a domicilio eficaz y segura para los pacientes atendidos por dicha unidad.

Además se definieron como otros objetivos del proyecto:

- Colaborar en la formación de los pediatras de la UCPP en la prescripción electrónica asistida (PEA) del tratamiento a pacientes en hospitalización domiciliaria con la herramienta de prescripción intrahospitalaria Farmatools®.
- Formación al personal de enfermería de la unidad y a los padres/tutores de los niños para la utilización de los listados de administración que proporciona la herramienta Farmatools® a partir de la prescripción médica. En cuanto a las actividades realizadas en este periodo, destacan las siguientes:
Puesta en marcha del depósito de medicamentos de la UCPP:
- Se ha elaborado el botiquín de la UCPP de acuerdo a la Guía Farmacoterapéutica (GFT) del hospital y acorde a las necesidades de los pacientes atendidos en la unidad.
- Para la realización de las peticiones de medicamentos, desde el servicio de Farmacia, se ha explicado tanto a los facultativos de la unidad como al personal de enfermería el circuito de solicitud de pedido de reposición de botiquín establecido en el hospital. Se ha formado específicamente al personal de enfermería de la unidad para la solicitud informatizada de reposición del botiquín a través de la intranet, así como la gestión de solicitudes urgentes de medicamentos. .
- Una vez realizada la primera solicitud de reposición de medicamentos, se estableció entre la unidad de Enfermería y el servicio de Farmacia la forma correcta de organización de dichos medicamentos en el mismo.

Gestión de medicamentos especiales:

- Fórmulas magistrales y preparados oficinales.
 - o Desde el servicio de Farmacia se ha explicado el circuito para la solicitud de fórmulas magistrales al laboratorio de Farmacia.
 - o Desde la puesta en marcha del proyecto se han elaborado fundamentalmente jarabes (gabapentina 100 mg/ml, morfina 1 mg/ml, furosemida 2 mg/ml etc...) así y también, colirios reforzados de antimicrobianos.
 - o Se ha adaptado medicamentos comercializados a la dosis prescrita para los pacientes (midazolam solución bucal) mediante el reacondicionamiento de los mismos.
- Estupefacientes:
 - o Desde el servicio de Farmacia se ha formado al personal de la unidad en el circuito intrahospitalario de gestión de estupefacientes distribuyendo el primer talonario de petición a los facultativos de la UCPP.
 - o Dispensación de estupefacientes: aunque se han dispensado los estupefacientes necesarios para administrar a pacientes en tratamiento domiciliario en el depósito de medicamentos de la unidad, todavía no se dispone del stock pactado por carecer de armario de seguridad para su almacenamiento tal como marca la legislación vigente. Formación en la herramienta de gestión de prescripción y administración de medicamentos (Farmatools®)
 - o Se ha realizado la formación de los pediatras en la PEA con el programa Farmatools® introduciendo los pacientes en atención domiciliaria.
 - o Se ha realizado la formación del personal de enfermería para el manejo de las hojas de administración generadas a partir de la prescripción médica por la herramienta Farmatools®. Dichos pacientes han sido validados y se ha preparado la medicación para domicilio.
 - o Atención Farmacéutica a pacientes incluidos en la UCPP:
 - o Validación farmacéutica de cada prescripción de pacientes de la UCPP incluidos en el programa de hospitalización domiciliaria.
 - o Resolución de múltiples consultas telefónicas sobre disponibilidad de medicamentos fuera de guía, compatibilidad fármacos con nutrición enteral, interacciones y dosis máxima en pediatría.
 - o Colaboración con farmacéuticos de otros sectores sobre la existencia y forma de funcionamiento de la red de cuidados paliativos en pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Depósito de medicamentos en la UCPP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1615

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

- Se ha establecido el número de especialidades incluidas en dicho depósito (120 especialidades diferentes) y el stock máximo y el stock que determina el punto de pedido de reposición al servicio de farmacia.
- Desde el servicio de Farmacia se ha realizado un seguimiento exhaustivo de la petición de medicamentos NO incluidos en la GFT del hospital, encontrándose la necesidad de la solicitud de inclusión en GFT de una especialidad muy consumida.
- Se ha realizado la revisión anual del depósito de medicamentos pactado valorando las condiciones de almacenamiento y conservación de los productos incluidos en él.
- Preparación de Fórmulas Magistrales, Preparados Oficinales y reacondicionamiento de medicamentos:
- Desde la puesta en marcha del proyecto hasta diciembre de 2017 se han elaborado 23 fórmulas magistrales y se ha reacondicionado al menos 30 medicamentos para adaptarlos a la dosificación pediátrica requerida.
- Reuniones de trabajo del servicio de Farmacia con la UCPP:
- De forma semanal desde el mes de septiembre de 2017 se han realizado reuniones de seguimiento entre el personal de la UCPP y el servicio de Farmacia para tratar los asuntos derivados de la gestión de la farmacoterapia de los pacientes incluidos.
- Prescripción electrónica y validación de pacientes de la UCPP en el programa de hospitalización domiciliaria.
- El 100% de los pacientes incluidos en dicho programa han sido prescritos a través de la herramienta informática y posteriormente validados por el farmacéutico responsable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La colaboración entre el Servicio de Farmacia y la UCPP se considera satisfactoria. Aunque se han establecido las bases para dicha colaboración todavía queda pendiente de desarrollar algunos aspectos que mejorarían la seguridad en el manejo de medicamentos en los pacientes de la UCPP como la notificación de las incidencias relacionadas con la medicación, implementar la posología por kg de peso en el programa de prescripción y las bombas de perfusión continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1615 ===== ***

Nº de registro: 1615

Título
PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

Autores:
LARRODE LECIÑENA ITZIAR, CABALLERO PEREZ VICTORIA, ABAD SAZATORNIL MARIA REYES, IZUEL RAMI MONICA, VICENTE ITURBE CRISTINA, MAGALLON MARTINEZ ARANTXA, BESTUE CARDIEL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuidados paliativos
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos pediátricos (CPP) como cuidados activos totales del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, incluyendo también el apoyo familiar. Comienzan cuando se diagnostica una enfermedad amenazante para la vida y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento específico.

En Aragón, existe una gran laguna en este campo debida a una prestación variable e inequidades en el manejo del paciente. Recientemente se ha incluido en Cartera de Servicio una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP) específica para pacientes de 0 a 18 años. Dicha unidad ha surgido con un enfoque interdisciplinar para lograr establecer los cuidados paliativos en un contexto domiciliario, favoreciendo el hogar propio como mejor lugar para los cuidados y el fallecimiento. Existen diferentes niveles de atención, una es la consulta y otra es la hospitalización domiciliaria. Esta última se organizará en visitas programadas a domicilio de periodicidad semanal, quincenal o mensual, que variará según la situación clínica de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1615

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

El farmacéutico tendrá como objetivo lograr una provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar mejores resultados en salud y en seguridad en todo el proceso en el que interviene el medicamento. Para desarrollar el proyecto es fundamental la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la UCPP domiciliarios y posterior validación farmacéutica. La PEA es una herramienta que incorpora diversos mecanismos de ayuda a la prescripción.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es establecer una colaboración entre el Servicio de Farmacia y la UCPP para la gestión de una farmacoterapia a domicilio para los pacientes subsidiarios. Colaborar en la formación de los pediatras de la UCPP en la PEA del tratamiento y en la formación al personal de enfermería/padres para la utilización de listados de administración, en el programa Farmatools®.

MÉTODO

Se elaborará el botiquín de la UCPP de acuerdo a la guía farmacoterapéutica del HUMS y acorde a la necesidades de la unidad.
El farmacéutico realizará la adquisición directa y eficiente de los medicamentos al proveedor garantizando una adecuada disponibilidad en función de la demanda de la UCPP.
Se realizará reenvasado y etiquetado de medicación en caso necesario para asegurar una buena identificación de los mismos y prevenir posibles problemas relacionados con la identificación de los mismos.
Se prepararán fórmulas magistrales adaptadas a las necesidades individuales de los niños, proporcionando información en cada caso sobre las instrucciones de administración, adecuada manipulación, conservación y utilización de las mismas.
Se validará la farmacoterapia previa a su dispensación. El farmacéutico participará en la sesión semanal junto con todo el resto del equipo para estar al día de la situación clínica de los pacientes y poder ayudar en la toma de decisiones en relación a la farmacoterapia. En los nuevos pacientes que se incorporen a la UCPP se llevará a cabo conciliación de la medicación para adecuarla a la medicación disponible en la guía farmacoterapéutica del HUMS.
Se realizará la dispensación en hospitalización domiciliaria. La farmacoterapia se dispensará de forma individualizada y de acuerdo a la prescripción y en función de la periodicidad de las visitas programadas por el equipo de la UCPP. La medicación se dispensará desde el Servicio de Farmacia al equipo de UCPP, siendo necesaria una estrecha coordinación entre equipos. Se dispensarán la nutrición enteral de forma individualizada organizando el proceso a través de la red establecida de dispensación a través de centros de atención primaria del sector II. Se gestionará la dispensación de estupefacientes a cada paciente ingresado en domicilio de acuerdo al protocolo interno de gestión de estupefacientes del centro HUMS.
El farmacéutico estará disponible para la resolución de consultas telefónicas relacionadas con la farmacoterapia. Desde el servicio de farmacia se promoverán estrategias que incrementen la seguridad en el manejo de la farmacoterapia. Se establecerá un circuito de notificación de errores de medicación y reacciones adversas detectadas, mediante un impreso de fácil cumplimentación con los siguientes ítems: persona que lo detecta, tipo de incidente notificado, medicamento implicado, breve descripción del incidente, si se trata de un error de medicación si alcanzó al paciente y en caso afirmativo, si produjo daño al paciente o la necesidad de algún tipo de medida adicional.

INDICADORES

% de prescripciones validadas. % medicamentos dispensados a domicilio. % intervenciones realizadas y aceptadas.

DURACIÓN

El inicio previsto de la actividad de la UCPP será en septiembre del 2017 y se prevé una instauración del programa de forma indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1491

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMP

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE HERMINIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD SAZATORNIL MARIA REYES
ABAD BAÑUELOS BEATRIZ
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
VINUES SALAS CARLOTA
LARRODE LECIÑENA ITZIAR
PINILLA RELLO ANDREA
MAGALLON MARTINEZ ARANCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2018 se han atendido en la unidad de pacientes externos a un total de 8.329 pacientes, realizándose 59.102 dispensaciones, con un gasto total de 44.960.000 euros. El objetivo de este proyecto es mejorar la atención farmacéutica de los pacientes atendidos en dicha unidad, mediante la incorporación de tecnologías innovadoras contempladas en el proyecto SAMP. En este año, se ha realizado el desarrollo de la aplicación de prescripción electrónica PresSalud@ orientada al paciente no ingresado, integrada en el programa FarmaTools@ de validación farmacéutica y dispensación, iniciándose la implantación de la prescripción médica asistida en el Servicio de Infecciosas el 29/10/2018. Respecto a conseguir la trazabilidad completa del medicamento se implantó un sistema automatizado de dispensación (ROWA@) en marzo de 2018 que permite dicha trazabilidad tanto en el almacenamiento como en la dispensación individualizada. Con el fin de minimizar el tiempo de espera en el Servicio de Farmacia, se ha ampliado el horario de atención al paciente en un 33,34% y se ha incorporado un sistema de gestión de citas integrado tanto en el programa de prescripción como de dispensación, de forma que permite citar al paciente desde la consulta del médico y desde el Servicio de Farmacia. Uno de los principales objetivos del proyecto SAMP es el registro y promoción de la adherencia del paciente a su tratamiento, por lo que se ha incorporado en el sistema informático la medida sistemática de la adherencia secundaria mediante el registro de dispensaciones y mediante cuestionarios validados, permitiendo en aquellos pacientes con prescripción electrónica conocer la falta de adherencia primaria. Se contemplaba también la puesta en marcha de un dispensador automático, pero por problemas técnicos y de integración se ha visto demorada su implantación, que se espera se solucionen en el primer semestre de 2019. Respecto al establecimiento de consultas monográficas, no se han podido desarrollar debido a dificultades técnicas, si bien se ha aumentado la Atención Farmacéutica en pacientes con patologías víricas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido un 100% de trazabilidad del medicamento.
Se ha desarrollado la aplicación PresSalud@ de prescripción electrónica integrada en FarmaTools, implantándose en noviembre de 2018 en el Servicio de Infecciosas, en el periodo de 29/10/2018 al 31/12/2018, el 9.5% de los pacientes (526/5520) tenían prescripción electrónica.
Se ha implantado un sistema de gestión de citas integrado en el proceso de atención al paciente. Actualmente no es posible conocer el número de pacientes programados respecto al total, pero se está desarrollando listados de explotación de dichos datos.
Se ha implantado un sistema de registro de adherencia tanto secundaria (registro de dispensaciones y cuestionarios) y conocimiento de la falta adherencia primaria. En desarrollo registro de la adherencia por parte del paciente en una app que incluya el plan de medicación del paciente.
Aumento de Atención Farmacéutica a pacientes con patologías víricas, pendiente la implantación de consultas monográficas.
Mejora en el tiempo de espera del paciente, tiempo medio de espera del paciente finales de 2017 era de 38 minutos de media pasando en 2018 a 16,5 minutos de media.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La duración de este proyecto está prevista extenderse durante cuatro, se han incluido en este documento los resultados obtenidos a lo largo de 2018.
Los objetivos e indicadores propuestos para el año 2019 son:
1.- Continuar con la implantación de la PEA:
a.- Número de Servicios (programas/patologías atendidas en el área de pacientes externos) con PEA respecto al total (estándar: 25%).
b.- Porcentaje de pacientes externos con PEA respecto a la totalidad de pacientes (estándar: 35%).
2.- Trazabilidad completa. Porcentaje de dispensaciones realizadas con registro de lote y caducidad (estándar: 100%).
3.- Implantación de consultas monográficas. Número de consultas monográficas de atención farmacéutica (estándar: 3).
4.- Continuar con la implantación de gestión de citas. Número de pacientes citados respecto al total de pacientes (estándar: 35%).
5.- Puesta en marcha del auto dispensador de medicamentos.
6.- Evaluar la satisfacción del paciente externo (estándar: >90% satisfechos).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1491

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1491 ===== ***

Nº de registro: 1491

Título
MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

Autores:
NAVARRO AZNAREZ HERMINIA, ABAD SAZATORNIL MARIA REYES, ABAD BAÑUELOS BEATRIZ, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, VINUES SALAS CARLOTA, LARRODE LECIÑENA ITZIAR, PINILLA RELLO ANDREA, MAGALLON MARTINEZ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías que requieren medicamentos de especial control y dispensación hospitalaria.
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La unidad de pacientes externos (UPEX) del Servicio de Farmacia (SF) del HUMS atendió a >7000 pacientes/año en 2016 y realizó >56.000 dispensaciones/año con un gasto en medicamentos de > 40 millones €. A pesar del volumen de pacientes atendidos, la complejidad de su atención y el impacto económico no disponía de prescripción electrónica. El médico realizaba la prescripción en papel y es el personal farmacéutico el que transcribe la orden médica con el riesgo de errores que conlleva la transcripción. El horario de atención era 10 a 14h y no se disponía de sistema de gestión de citas, lo que producía aglomeraciones y tiempos de espera excesivos. No se realizaba registro del lote y caducidad del medicamento entregado, excepto en hemoderivados y terapia biológica introducidas manualmente en el sistema. Este hecho impide identificar el paciente en caso de alerta sanitaria. No se medía de manera sistemática la adherencia en el momento de la dispensación, y no es posible identificar la no adherencia primaria.

En este contexto la Gerencia del HUMS tuvo conocimiento del séptimo programa Marco de la Unión Europea y la existencia del proyecto STOPandGo, proyecto piloto de adquisición pública de soluciones innovadoras a través de la utilización de tecnología de telesalud y teleasistencia. La existencia de dicho proyecto y la invitación se consideró por parte del gerente como una oportunidad estratégica de desarrollo de un proyecto que permitiera mejorar la atención en la UPEX. Como consecuencia de esta petición se desarrolló el denominado proyecto SAMPA, cuyas siglas corresponden a Servicio de registro y promoción de la Adherencia a Medicamentos en Pacientes Ancianos y tiene como objetivo general ofrecer un Servicio Integral para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y asegurar la adherencia de los pacientes ambulatorios crónicos de edad avanzada.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la seguridad para conseguir una tasa de errores mínima, en los procesos de prescripción médica, validación farmacéutica, dispensación y administración de medicamentos al paciente externo.
- Alcanzar la trazabilidad completa, tanto del paciente como del medicamento.
- Mejorar la adherencia.
- Mejorar la eficiencia en la gestión de medicamentos mediante la automatización de los procesos de almacenamiento y dispensación.
- Minimizar tiempo de espera en farmacia mediante la citación sistemática, la ampliación de horarios y la disponibilidad de un punto de dispensación directa.
- Incrementar la atención individualizada del paciente a través de la creación de consultas específicas por patología.

MÉTODO

- Desarrollo de un módulo de PEA integrado con la aplicación FarmaToolsR, que incorpore las ayudas necesarias para el soporte a la decisión clínica.
- Implantación de un Sistema automatizado para el almacenamiento, gestión y dispensación de medicamentos, que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1491

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

contemple la trazabilidad completa de los medicamentos.

- Instalación de un punto de autorrecogida de medicamentos para aquellos pacientes con un elevado conocimiento y responsabilidad sobre su enfermedad y tratamiento, que previamente han recibido asesoramiento en la Consulta de Atención Farmacéutica (AF).
- Implantación de un sistema de gestión de citas.
- Establecimiento de consultas monográficas, para proporcionar una Atención Farmacéutica especializada.
- Implantación de un programa de adherencia al tratamiento de los pacientes atendidos en la UPEX que permita:
 - ? Conocer la falta de adherencia primaria.
 - ? Calcular el grado de adherencia secundaria de cada paciente externo por registro de dispensaciones.
 - ? Incorporar en el sistema de dispensación cuestionarios específicos de adherencia y del grado de activación del paciente.
 - ? Determinar la persistencia.
 - ? Integrar en la prescripción el grado de adherencia según registros de medicación en cada uno de los medicamentos prescritos y un informe de adherencia.
 - ? Desarrollo de una plataforma (web y app) de información y educación al paciente, con la participación de asociaciones de pacientes.
 - ? Desarrollo de una app que incluya el plan de medicación del paciente y el registro de la adherencia del paciente.

INDICADORES

Número de Servicios Clínicos con PEA respecto al número de Servicios Clínicos que realizan prescripciones (standard: 5%).

Porcentaje de PE en el área de pacientes externo respecto a la totalidad de prescripciones (standard: 8%).

% de dispensaciones realizadas en las que se registra lote y caducidad (standard 2º semestre: >70%).

Nº de consultas monográficas (standard 3).

Número de pacientes citados respecto al total de pacientes (standard >15%, último trimestre 2018).

La información para estos indicadores se obtendrá del programa de gestión del medicamento FarmatoolsR.

DURACIÓN

Este es un proyecto que se extenderá durante 4 años, habiéndose indicado aquí sólo los hitos a conseguir en 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1491

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE HERMINIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD SAZATORNIL MARIA REYES
ABAD BAÑUELOS BEATRIZ
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
VINUES SALAS CARLOTA
LARRODE LECIÑENA ITZIAR
PINILLA RELLO ANDREA
MAGALLON MARTINEZ ARANTXA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades propuestas en el proyecto se han cumplido prácticamente en su totalidad:

- Se ha desarrollado e implantado la Prescripción electrónica asistida (PEA) (mediante el programa Farmatools PRESSALUD) con ayudas de soporte a la decisión clínica, en el área de pacientes externos.
 - Se ha implantado un sistema de recepción, almacenamiento y dispensación automatizado. En el caso, excepcional de medicamentos que no pueden gestionarse a través de este sistema, se han implantado lectores ópticos en la dispensación para asegurar la trazabilidad total.
 - Se ha instalado un auto dispensador que ya están usando pacientes con elevado conocimiento y control de su tratamiento.
 - Se ha implantado un sistema de gestión de citas que permite la citación de pacientes, tanto desde la consulta médica como desde el propio servicio de Farmacia para visitas sucesivas.
 - Se ha puesto en marcha la medida de la adherencia primaria en todos los Servicios que ya disponen de PEA y la medida de la adherencia secundaria de manera sistemática a través de registro de dispensaciones y de la realización de cuestionarios de adherencia, siendo visible esta información tanto para el facultativo prescriptor como para el farmacéutico con el fin de implantar medidas para su corrección, en el caso en que fuese necesario.
 - Se ha incorporado en el sistema la posibilidad de medida del grado de activación del paciente, mediante cuestionarios.
 - Se ha creado un área web de información para pacientes externos, dentro de Salud Informa.
 - Se ha desarrollado una App para medida y promoción de la adherencia real, a través del registro por el paciente de la medicación administrada, que está en la fase final de pilotaje
- Tan sólo no se han puesto en marcha las consultas monográficas, debido a las dificultades surgidas para gestionar espacios específicos, por el incremento en el número de pacientes atendidos diariamente. Este proyecto ha sido posible por financiación de la Unión Europea y especialmente del SALUD siendo el primer proyecto de compra pública de innovación de la Comunidad de Aragón
- El calendario de implantación, en líneas generales, se ha cumplido si bien alguna actividad (como la puesta en marcha de la app) ha sufrido retraso por problemas informáticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha implantado la PEA en los siguientes programas: VIH, Hepatitis C, Hepatitis B, Esclerosis múltiple, Hemofilia, Terapias Biológicas en Reumatología, Terapias Biológicas en Enfermedad inflamatoria intestinal, lo que supone 7 programas/21=33% de todos los programas con PEA, siendo el objetivo =6 programas (el indicador inicial 5% se había formulado como % de Servicios pero se ha modificado por lo que se denomina "programas" porque el programa Farmatools toda la información la tiene estructurada por programas y no por Servicios).

Se ha conseguido que en el 29,5% de los pacientes externos su prescripción sea PEA (2840 de un total de 9602) (objetivo: 25% en 2019).

El 41% de los pacientes acuden al Servicio de Farmacia con cita previa (objetivo: >40% en 2019).

El 80% de los pacientes que han recibido formación usan el autodispensador (47/59)

Se ha reducido el tiempo de espera del paciente. El tiempo medio de espera del paciente en 2017 era de 38 minutos de media pasando en 2018 a 16,5 minutos de media y en 2019 a 18,8 minutos los no citados previamente y a 2,4 minutos los citados previamente, lo que resulta una media de 11,94 minutos en 2019.

Se ha incrementado el horario de atención. Al iniciar el proyecto era de 10 a 14 horas de lunes a viernes y actualmente es de 9 a 15 horas, (lunes miércoles y viernes) y de 9 a 14,30 y de 15,3 a 18 horas (martes y jueves.) (objetivo 2019, 3 tardes/mes)

En el 92,4% de las dispensaciones se registra el lote y caducidad (59.234 de 64.097=92,41%) (objetivo >90%)

Toda la información es obtenida por el Servicio de Farmacia, a través del programa de gestión del medicamento Farmatools R)

Este proyecto ha incluido también una reforma estructural del área para humanizar los espacios de atención

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este es un proyecto que ha representado un cambio radical en la atención al paciente externo que: Mejora la seguridad en la atención a través de la PEA, la automatización de la dispensación y el fomento de la adherencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1491

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMP

La atención se adapta a las necesidades de los pacientes: minimización tiempo espera, incremento de horario de atención, autodispensador, mayor dedicación del farmacéutico a la atención
Incrementa la eficiencia: mediante el control riguroso stock, la optimización de espacios de almacenamiento y la conservación adecuada

En este proyecto hemos aprendido que la innovación es posible utilizando nuevas estrategias de gestión como la compra pública de innovación pero que para ello es imprescindible equipos multidisciplinares (gerencia, gestión económica, Servicio de Farmacia, Servicios médicos, etc y por supuesto pacientes).

Las mejoras alcanzadas también se van a extender a otros hospitales de Aragón, por lo menos parcialmente, ya que en un futuro próximo todos los hospitales van a disponer de la PEA que este proyecto ha permitido desarrollar (en este momento ya esta en fase de implantación en el Hospital Universitario Lozano Blesa)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1491 ===== ***

Nº de registro: 1491

Título
MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMP

Autores:
NAVARRO AZNAREZ HERMINIA, ABAD SAZATORNIL MARIA REYES, ABAD BAÑUELOS BEATRIZ, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, VINUES SALAS CARLOTA, LARRODE LECIÑENA ITZIAR, PINILLA RELLO ANDREA, MAGALLON MARTINEZ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías que requieren medicamentos de especial control y dispensación hospitalaria.
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La unidad de pacientes externos (UPEX) del Servicio de Farmacia (SF) del HUMS atendió a >7000 pacientes/año en 2016 y realizó >56.000 dispensaciones/año con un gasto en medicamentos de > 40 millones €. A pesar del volumen de pacientes atendidos, la complejidad de su atención y el impacto económico no disponía de prescripción electrónica. El médico realizaba la prescripción en papel y es el personal farmacéutico el que transcribe la orden médica con el riesgo de errores que conlleva la transcripción. El horario de atención era 10 a 14h y no se disponía de sistema de gestión de citas, lo que producía aglomeraciones y tiempos de espera excesivos. No se realizaba registro del lote y caducidad del medicamento entregado, excepto en hemoderivados y terapia biológica introducidas manualmente en el sistema. Este hecho impide identificar el paciente en caso de alerta sanitaria. No se medía de manera sistemática la adherencia en el momento de la dispensación, y no es posible identificar la no adherencia primaria.

En este contexto la Gerencia del HUMS tuvo conocimiento del séptimo programa Marco de la Unión Europea y la existencia del proyecto STOPandGo, proyecto piloto de adquisición pública de soluciones innovadoras a través de la utilización de tecnología de telesalud y teleasistencia. La existencia de dicho proyecto y la invitación se consideró por parte del gerente como una oportunidad estratégica de desarrollo de un proyecto que permitiera mejorar la atención en la UPEX. Como consecuencia de esta petición se desarrolló el denominado proyecto SAMP, cuyas siglas corresponden a Servicio de registro y promoción de la Adherencia a Medicamentos en Pacientes Ancianos y tiene como objetivo general ofrecer un Servicio Integral para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y asegurar la adherencia de los pacientes ambulatorios crónicos de edad avanzada.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la seguridad para conseguir una tasa de errores mínima, en los procesos de prescripción médica, validación farmacéutica, dispensación y administración de medicamentos al paciente externo.
- Alcanzar la trazabilidad completa, tanto del paciente como del medicamento.
- Mejorar la adherencia.
- Mejorar la eficiencia en la gestión de medicamentos mediante la automatización de los procesos de almacenamiento y dispensación.
- Minimizar tiempo de espera en farmacia mediante la citación sistemática, la ampliación de horarios y la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1491

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

disponibilidad de un punto de dispensación directa.

- Incrementar la atención individualizada del paciente a través de la creación de consultas específicas por patología.

MÉTODO

- Desarrollo de un módulo de PEA integrado con la aplicación FarmaToolsR, que incorpore las ayudas necesarias para el soporte a la decisión clínica.
- Implantación de un Sistema automatizado para el almacenamiento, gestión y dispensación de medicamentos, que contemple la trazabilidad completa de los medicamentos.
- Instalación de un punto de autorrecogida de medicamentos para aquellos pacientes con un elevado conocimiento y responsabilidad sobre su enfermedad y tratamiento, que previamente han recibido asesoramiento en la Consulta de Atención Farmacéutica (AF).
- Implantación de un sistema de gestión de citas.
- Establecimiento de consultas monográficas, para proporcionar una Atención Farmacéutica especializada.
- Implantación de un programa de adherencia al tratamiento de los pacientes atendidos en la UPEX que permita:
 - ? Conocer la falta de adherencia primaria.
 - ? Calcular el grado de adherencia secundaria de cada paciente externo por registro de dispensaciones.
 - ? Incorporar en el sistema de dispensación cuestionarios específicos de adherencia y del grado de activación del paciente.
 - ? Determinar la persistencia.
 - ? Integrar en la prescripción el grado de adherencia según registros de medicación en cada uno de los medicamentos prescritos y un informe de adherencia.
 - ? Desarrollo de una plataforma (web y app) de información y educación al paciente, con la participación de asociaciones de pacientes.
 - ? Desarrollo de una app que incluya el plan de medicación del paciente y el registro de la adherencia del paciente.

INDICADORES

Número de Servicios Clínicos con PEA respecto al número de Servicios Clínicos que realizan prescripciones (standard: 5%).

Porcentaje de PE en el área de pacientes externo respecto a la totalidad de prescripciones (standard: 8%).

% de dispensaciones realizadas en las que se registra lote y caducidad (standard 2º semestre: >70%).

Nº de consultas monográficas (standard 3).

Número de pacientes citados respecto al total de pacientes (standard >15%, último trimestre 2018).

La información para estos indicadores se obtendrá del programa de gestión del medicamento FarmaToolsR.

DURACIÓN

Este es un proyecto que se extenderá durante 4 años, habiéndose indicado aquí sólo los hitos a conseguir en 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE MIRIAM MERCHANT ANDREU

· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

o Generalizar la monitorización de Vancomicina y Gentamicina: La actividad se ha incrementado un 230% respecto al año anterior.
o Implantar la monitorización de Amikacina: Ya puesta en marcha la técnica analítica. A lo largo de esta semana se hará la difusión a los Servicios.
o Desarrollar una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad: Se ha desarrollado una base de datos que facilita la explotación de datos y la obtención de indicadores de actividad.
o Formación del personal implicado: Se ha realizado formación a todas las Supervisoras de Enfermería del Centro (4 sesiones de una hora), para que ellas transmitan esta información a sus correspondientes equipos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. % peticiones de niveles de Vancomicina y Gentamicina con informe farmacocinético. Objetivo =90%.
Resultado: 98.24%

2. % pacientes en rango terapéutico tras monitorización/ N° pacientes monitorizados. Objetivo> 70%.
Resultado: 71.68%

3. Elaboración de informe con los criterios para la monitorización de anti-TNF (toma de muestra, niveles en rango, selección de pacientes, etc.). Objetivo: Informe elaborado. Resultado: Informe no realizado por el momento.

4. N° de unidades con formación al personal de enfermería. Objetivo =8: Se ha formado a las Supervisoras (formador de formadores) de todas las unidades con ingreso de pacientes. Se realizaron cuatro bloques de formación: Materno-Infantil, Hospital General, Bloque Quirúrgico y UCIs.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendiente generalizar monitorización Amikacina.
Pendiente definir un procedimiento para la determinación y monitorización de anti-TNF.
Necesidad de seguir ampliando la oferta de medicamentos a monitorizar (otros antibióticos, antifúngicos...)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1551 ===== ***

N° de registro: 1551

Título
MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Autores:
MERCHANT ANDREU MIRIAM, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, HUARTE LACUNZA RAFAEL, ARRIETA NAVARRO RAQUEL, VINUES SALAS CARLOTA, SIMAL GIL ESTRELLA, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, GARCIA GONZALEZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La farmacocinética clínica aplica los principios de la farmacocinética para obtener el mejor régimen terapéutico para cada paciente, sugiriendo al médico prescriptor un régimen de dosificación más seguro y efectivo, basado en la interpretación de las concentraciones plasmáticas de los fármacos, en lugar de hacerlo en base únicamente a decisiones empíricas.

Numerosas publicaciones demuestran que la "dosis habitual" de muchos medicamentos puede producir poco efecto en algunos pacientes, en otros puede desarrollar efectos adversos serios, y sólo en una parte de los pacientes se puede lograr el efecto terapéutico deseado. El uso de dosis estandarizadas que producen efectos sub-terapéuticos, puede conllevar la aparición de resistencias, la suspensión o el cambio de tratamiento, con frecuencia por alternativas más costosas.

En nuestro Servicio comenzamos la monitorización de Vancomicina y Gentamicina en enero de 2017, en colaboración con el grupo PROA y el Servicio de Bioquímica. En 2017 se monitorizaron 137 pacientes, el 74% estaban fuera de rango terapéutico antes de la monitorización, tras la monitorización, estaban en rango el 86.4%. Se ha detectado la necesidad de seguir ampliando la oferta de medicamentos a monitorizar (otros antibióticos, antifúngicos, medicamentos biológicos), así como impulsar la formación y el conocimiento entre el personal.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:

- oGeneralizar la monitorización de Vancomicina y Gentamicina.
- oImplantar la monitorización de Amikacina.
- oDesarrollar una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad.
- oFormación del personal implicado
- oIncorporar la monitorización de anti-TNF como una herramienta de ayuda en el tratamiento de pacientes con terapia biológica en enfermedades inflamatorias inmunomediadas

Población diana:

- oAntibióticos: Pacientes ingresados en el HUMS En especial pacientes ancianos, Críticos, con insuficiencia renal y neonatos.
- oMedicamentos biológicos: Pacientes tratados con infliximab, adalimumab y etanercept, a los que se les dispensa medicación desde el S.de Farmacia (Digestivo, Reumatología y Dermatología)

MÉTODO

- oIncrementar la interacción con los médicos prescriptores, mediante la notificación de la sugerencia de monitorización a través del programa de prescripción electrónica
- oImplantar la monitorización de Amikacina. Actualmente en fase de validación de la técnica
- oDiseñar una base de datos que permita facilitar el registro y explotar la información
- oFormación al personal de enfermería sobre los puntos clave en el circuito de la monitorización y se les facilitará material explicativo.
- oDefinir un procedimiento para la determinación y monitorización de anti-TNF.

INDICADORES

Los indicadores a medir son:

- 1.% peticiones de niveles de Vancomicina y Gentamicina con informe farmacocinético. Objetivo =90%
- 2.% pacientes en rango terapéutico tras monitorización/ N° pacientes monitorizados. Objetivo=70%
- 3.Elaboración de informe con los criterios para la monitorización de anti-TNF (toma de muestra, niveles en rango, selección de pacientes, etc.). Objetivo: Informe elaborado
- 4.N° de unidades con formación al personal de enfermería. Objetivo =8

La información se obtendrá de los registros de Servicio de Farmacia y Bioquímica

DURACIÓN

- oIncrementar el número de pacientes a los que se realiza monitorización de Vancomicina y Gentamicina? Inicio: Desde momento de aprobación de proyecto. Evaluación: 1 año (no se prevé finalización).
 - oImplantar la monitorización de Amikacina? Inicio: Septiembre 2018. Evaluación: 1 año (no se prevé finalización).
 - oDesarrollo de una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad? Inicio: Septiembre 2018. Finalización: Diciembre 2018.
 - oFormación del personal implicado (Realización de sesiones formativas): Inicio: Setiembre 2018. Finalización: Mayo 2019.
- La responsable de todas las actividades anteriores es Miriam Merchante
- oDefinir un procedimiento para la monitorización de anti-TNF: Inicio Septiembre 2018. Fin Mayo 2019. Responsables: Todo el equipo del proyecto

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MIRIAM MERCHANT ANDREU
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
HUARTE LACUNZA RAFAEL
ARRIETA NAVARRO RAQUEL
VINUES SALAS CARLOTA
SIMAIL GIL ESTRELLA
GARCIA LOPEZ SANTIAGO
GARCIA GONZALEZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
o Se ha incrementado la interacción con los médicos prescriptores, mediante la notificación de la sugerencia de monitorización a través del programa de prescripción electrónica en los casos en los que ésta está disponible.
o Implantación de la monitorización de Amikacina (con 237 recomendaciones posológicas realizadas a lo largo de 2019)
o Diseño de una base de datos que permite facilitar el registro y explotar la información.
o Formación al personal de enfermería sobre los puntos clave en el circuito de la monitorización y facilitación de material explicativo. Se realizó formación a las supervisoras de todas las unidades de hospitalización (Incluidas también UCI y Hospital Materno Infantil). Las supervisoras a su vez, formarían a su personal (formador de formadores)
o Definición de un procedimiento para la determinación y monitorización de anti-TNF.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. % peticiones de niveles de Vancomicina y Gentamicina con informe farmacocinético: 99% (Objetivo 90%)
2. % pacientes en rango terapéutico tras monitorización/ N° pacientes monitorizados. : 71.68 (Objetivo=70%)
3. Elaboración de informe con los criterios para la monitorización de anti-TNF (toma de muestra, niveles en rango, selección de pacientes, etc.). Se ha realizado el borrador, pendiente de aprobación. (Objetivo: Informe elaborado)
4. N° de unidades con formación al personal de enfermería. Se ha realizado formación a las Supervisoras de TODAS las unidades del hospital (Objetivo =8)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de la monitorización de Vancomicina y Gentamicina ha permitido la optimización de la farmacoterapia en muchos pacientes, contribuyendo a un uso más seguro y efectivo de los recursos. Incrementando la posibilidad de utilización de antibióticos que en otras condiciones no se podrían haber utilizado por el riesgo de toxicidad haciendo necesario el uso de antibióticos restringidos.
Se realizaron 1115 recomendaciones a lo largo de 2018, incrementando a 2035 en el año 2019, esto refleja la aceptación y la demanda del Servicio por parte de las Unidades Clínicas.
Este proyecto ha contribuido también ha incrementar la actividad del farmacéutico en la actividad clínica diaria, colaborando de manera estrecha con facultativos y enfermeras de prácticamente todas las unidades de hospitalización así como con personal de otros servicios como Bioquímica.
Consideramos necesario continuar avanzando en la oferta de medicamentos a monitorizar (azoles, asparraginasas, antiTNF), así como el destino de recursos para poder optimizar la monitorización de fármacos ya ofertados (Vancomicina según AUC).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1551 ===== ***

N° de registro: 1551

Título
MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

Autores:

MERCHANTA ANDREU MIRIAM, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, HUARTE LACUNZA RAFAEL, ARRIETA NAVARRO RAQUEL, VINUES SALAS CARLOTA, SIMAL GIL ESTRELLA, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, GARCIA GONZALEZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La farmacocinética clínica aplica los principios de la farmacocinética para obtener el mejor régimen terapéutico para cada paciente, sugiriendo al médico prescriptor un régimen de dosificación más seguro y efectivo, basado en la interpretación de las concentraciones plasmáticas de los fármacos, en lugar de hacerlo en base únicamente a decisiones empíricas.

Numerosas publicaciones demuestran que la "dosis habitual" de muchos medicamentos puede producir poco efecto en algunos pacientes, en otros puede desarrollar efectos adversos serios, y sólo en una parte de los pacientes se puede lograr el efecto terapéutico deseado. El uso de dosis estandarizadas que producen efectos sub-terapéuticos, puede conllevar la aparición de resistencias, la suspensión o el cambio de tratamiento, con frecuencia por alternativas más costosas.

En nuestro Servicio comenzamos la monitorización de Vancomicina y Gentamicina en enero de 2017, en colaboración con el grupo PROA y el Servicio de Bioquímica. En 2017 se monitorizaron 137 pacientes, el 74% estaban fuera de rango terapéutico antes de la monitorización, tras la monitorización, estaban en rango el 86.4%.

Se ha detectado la necesidad de seguir ampliando la oferta de medicamentos a monitorizar (otros antibióticos, antifúngicos, medicamentos biológicos), así como impulsar la formación y el conocimiento entre el personal.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:

- oGeneralizar la monitorización de Vancomicina y Gentamicina.
- oImplantar la monitorización de Amikacina.
- oDesarrollar una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad.
- oFormación del personal implicado
- oIncorporar la monitorización de anti-TNF como una herramienta de ayuda en el tratamiento de pacientes con terapia biológica en enfermedades inflamatorias inmunomediadas

Población diana:

oAntibióticos: Pacientes ingresados en el HUMS En especial pacientes ancianos, Críticos, con insuficiencia renal y neonatos.

oMedicamentos biológicos: Pacientes tratados con infliximab, adalimumab y etanercept, a los que se les dispensa medicación desde el S.de Farmacia (Digestivo, Reumatología y Dermatología)

MÉTODO

- oIncrementar la interacción con los médicos prescriptores, mediante la notificación de la sugerencia de monitorización a través del programa de prescripción electrónica
- oImplantar la monitorización de Amikacina. Actualmente en fase de validación de la técnica
- oDiseñar una base de datos que permita facilitar el registro y explotar la información
- oFormación al personal de enfermería sobre los puntos clave en el circuito de la monitorización y se les facilitará material explicativo.
- oDefinir un procedimiento para la determinación y monitorización de anti-TNF.

INDICADORES

Los indicadores a medir son:

- 1.% peticiones de niveles de Vancomicina y Gentamicina con informe farmacocinético. Objetivo =90%
- 2.% pacientes en rango terapéutico tras monitorización/ N° pacientes monitorizados. Objetivo=70%
- 3.Elaboración de informe con los criterios para la monitorización de anti-TNF (toma de muestra, niveles en rango, selección de pacientes, etc.). Objetivo: Informe elaborado
- 4.N° de unidades con formación al personal de enfermería. Objetivo =8

La información se obtendrá de los registros de Servicio de Farmacia y Bioquímica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

DURACIÓN

- oIncrementar el número de pacientes a los que se realiza monitorización de Vancomicina y Gentamicina? Inicio: Desde momento de aprobación de proyecto. Evaluación: 1 año (no se prevé finalización).
 - oImplantar la monitorización de Amikacina? Inicio: Septiembre 2018. Evaluación: 1 año (no se prevé finalización).
 - oDesarrollo de una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad? Inicio: Septiembre 2018. Finalización: Diciembre 2018.
 - oFormación del personal implicado (Realización de sesiones formativas): Inicio: Setiembre 2018. Finalización: Mayo 2019.
- La responsable de todas las actividades anteriores es Miriam Merchante
- oDefinir un procedimiento para la monitorización de anti-TNF: Inicio Septiembre 2018. Fin Mayo 2019. Responsables: Todo el equipo del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0822

1. TÍTULO

REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA METODOLOGIA LEAN. MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE REYES ABAD SAZATORNIL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL
CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR
NAVARRO AZNAREZ HERMINIA
VINUES SALAS CARLOTA
LOPEZ MIRETE ANTONIA
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
VICENTE ITURBE CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En relación a las actividades e indicadores señalados en el proyecto presentado se ha producido alguna modificación sobre la planificación inicial que se realizó antes de comenzar el proceso de estudio e implantación de la metodología Lean ya que en dicho estudio se han detectado procesos con muchas ineficiencias y variabilidad y procesos mucho más controlados que no han exigido análisis en profundidad .

Se ha realizado formación en metodología Lean a todo el Servicio de Farmacia (incluido personal facultativo, de enfermería, técnico y administrativo), a través de diversas sesiones para que dispongan de conocimientos básicos y para su sensibilización.

Se ha analizado con gran profundidad el proceso de gestión del medicamento que es el más transversal de todo el servicio de farmacia pues su alcance va desde la recepción de medicamentos hasta la dispensación a planta por los diferentes canales de distribución que el servicio tiene instaurados, se han detectado 150 acciones de mejora y se han creado grupos de trabajo orientados a cada una de la áreas para la mejora de su eficiencia y se está realizando un seguimiento de los resultados alcanzados, aplicando un ciclo de mejora continua.

Dentro del proceso de gestión se han constituido grupos del área de unidosis, reenvasado, recepción y dispensación

En el área de unidosis se han analizado los consumos de medicación de las unidades preparadas desde los armarios automatizados kardexR para adecuar el contenido de los mismos y disminuir el número de artículos externos para evitar errores de preparación y disminuir tiempos.

Se han definido nuevos horarios de preparación de carros de unidosis para disminuir el número de modificaciones una vez preparado el carro y así disminuir probabilidades de error y tiempos de preparación.

También se han analizado los medicamentos que más frecuentemente son devueltos en los carros, tomándose la decisión de que 5 especialidades han pasado de ser enviadas a las unidades en los carros de unidosis a ser consideradas de stock en planta.

Se han definido nuevas ubicaciones de los artículos externos a KardexR para asegurar la localización del medicamento.

En el área de reenvasado se ha analizado el consumo de todo el hospital de medicamentos reenvasados para optimizar el reenvasado de los mismos, incrementando el nº de unidades reenvasadas y disminuyendo el nº de veces que se reenvasa un mismo medicamento. Con esta acción disminuimos el nº de desechos, optimizamos los tiempos e incrementamos la seguridad al enviarse a todas las unidades el medicamento identificado individualmente.

En el almacén de dispensación general se han identificado las especialidades que requieren reenvasado y que están incluidas en el kardexR con una etiqueta identificativa con el fin de que el personal técnico pueda disponer del medicamento en dosis unitaria sin retrasar la dispensación y evitando el doble reenvasado.

También se han revisado las especialidades que requieren reenvasado y que no están incluidas en los kardexR por su bajo consumo. En este caso se han identificado los cajetines, en el almacén general, mediante sistema kanban manual para evitar roturas de stock.

Se ha analizado la situación del área de recepción, detectándose problemas ligados al espacio (espacio insuficiente, presencia de material de embalaje y otros materiales), a la documentación (pérdida de albaranes y no cumplimiento de los procedimientos administrativos), de concentración de actividad y de seguridad y se realizado un informe con las acciones a emprender, elevándose el mismo a la Dirección, dada la necesidad de apoyo para las acciones que requieren modificación de espacios.

En el área de pacientes externos, a pesar de es un proceso que se ha mejorado sustancialmente hace poco tiempo, se producen incidencias y periodos de saturación como consecuencia del aumento sostenido de pacientes en el área, por lo que se esta analizando la información disponible para aumentar la eficiencia del Servicio y la satisfacción del paciente mediante la minimización de interferencias en el trabajo de los profesionales, la sincronización del área con otras áreas para la mejora del Servicio, la adecuación de los puestos de atención a las necesidades asistenciales análisis y la optimización del autodispensador .

En el área de laboratorio se han analizado los procesos, se han detectado las áreas de mejora y se han creado tres grupos de trabajo para la mejora de su eficiencia.

Se ha actualizado el modelo de Docencia, definiendo los objetivos de formación de cada área y los métodos de evaluación, la función de los distintos roles: Tutor (responsable del sistema y máxima autoridad en el mantenimiento del sistema documental), Adjunto (responsable de la formación, del seguimiento de los residentes y de aportar "feedback" continuo al residente para asegurar su evolución continua), Residente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0822

1. TÍTULO

REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA METODOLOGIA LEAN. MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015

(Responsable de su propia formación. En este modelo, el residente dispone de las herramientas necesarias para empoderarse y solicitar formación, soporte o comentarios para asegurar su crecimiento personal) y residente soporte: nueva figura responsable del acompañamiento de los nuevos residentes durante el primer mes También se ha realizado formación a todos los facultativos para potenciar el "feedback honesto" en nuestro Servicio En relación con la formación continuada se ha planificado y acreditado el plan formativo del personal facultativo. También se acreditó el plan formativo del personal técnico del curso 2018-19 pero se está pendiente de diseñar el del 2019-20 porque se están analizando distintas propuestas con el fin de mejorar el interés y asistencia al plan formativo por parte de dicho personal. En relación a la evaluación de la efectividad de la formación se ha decidido valorar el uso de la herramienta Kahoot!.

Se ha realizado un curso de formación acreditado, incluido en el plan formativo del Sector Zaragoza II, dirigido al personal técnico de la Farmacia, denominado mejorando la calidad y la seguridad en el uso de los medicamentos, cuyo objetivo ha sido mejorar el trabajo asistencial de los Técnicos Auxiliares de Farmacia, formando sobre aspectos clínicos, terapéuticos y logísticos, para el desarrollo de su actividad diaria y mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos. En dicho curso se ha incluido una parte práctica sobre como elaborar y presentar un proyecto de mejora.

En relación a los planes de contingencia, se está trabajando en su elaboración

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se solicitó la acreditación de los 3 programas de formación de 2018-2019 para facultativos, técnicos de farmacia y enfermería. Se envió la memoria final y se está pendiente de la asignación final de créditos. De igual manera, se ha enviado la solicitud de acreditación del plan formativo de facultativos para 2019-2020.

Se ha establecido un procedimiento para la evaluación del plan formativo para todo el personal. Tras valorar distintas sistemáticas, se decide probar en esta edición con el software de Kahoot!.

Se ha formado a todo el personal de SF en metodología Lean.

Se han revisado 9 procesos del SF a los que se les ha aplicado la metodología Lean, lo que supone un 82% (estándar >70%) y se han implantado acciones en 4 de ellos (unidosis, dispensación, reenvasado, docencia), estando en el resto en proceso

En unidosis se ha conseguido: reducir los tiempos de preparación y de actualización, mejora en el cumplimiento de horarios, incremento del número de carros en el sistema (Urología, Oncología, Digestivo planta 4, etc) y aumento de eficiencia de Kardex (aumento del nivel de ocupación).

Se han modificado los horarios de preparación y reposición de pyxis, para optimizar el trabajo, pasando de 143.740 medicamentos repuestos en el año 2018 a 73.537 en el año 2019, pese a incrementarse el número de unidades con este tipo de sistema de dispensación automatizada.

La modificación de 5 especialidades, que han pasado de ser distribuidas en el carro de unidosis a ser de stock en planta ha disminuido el número de devoluciones de 944 de media al mes a 72 unidades.

En el reenvasado: mejora de la eficiencia de las operaciones de reenvasado, disminución del papel desechado, reducción de los tiempos de parada y reducción de las faltas de medicamento. Sólo en los 10 medicamentos reenvasados de mayor consumo se ha reducido un 59,5% el número de veces que se han reenvasado, lo que ha permitido aumentar el número de unidades reenvasadas y asumir que todos los medicamentos que la Industria no comercializa en dosis unitarias, puedan ser enviados a las unidades en acondicionamiento unidosis porque se han reenvasado en el Hospital

Se ha estandarizado el proceso de reenvasado entre dispensación, unidosis y el área de reenvasado.

El número total de unidades reenvasadas se ha incrementado en 51.865 unidades, en 2019 con respecto al 2018, a pesar de que los cambios, antes mencioandos, y motivados por la aplicación de la metodología Lean se han puesto en marcha el último trimestre de 2019.

En relación a las especialidades que se almacenan en Kardex pero que necesitan reenvasado, se han modificado los Stocks máximos y mínimos para ajustarlos al consumo en el 39,3; 35,9 y 40,5% de las especialidades existentes en el Kardex 1, Kardex 2 y Kardex 3, respectivamente

En docencia FIR se han actualizado los objetivos de formación de todas las áreas y definido los métodos de evaluación. A los dos residentes que lleguen nuevos ya se les aplicará el nuevo modelo de docencia en su totalidad pero en relación a la definición de objetivos y evaluación de cada área ya se aplica en las nuevas rotaciones, siendo preciso en un futuro próximo realizar un seguimiento para confirmar que el resultado final se ajusta a las expectativas.

% de procesos con planes de contingencia definidos: En realización.

Tras identificar y poner en marcha las acciones correctivas de los principales modos de fallos detectados, se han identificado cuáles requieren planes de contingencia y se está en proceso de elaboración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto ha permitido avanzar para la transformación del Servicio de Farmacia en un equipo de alto rendimiento. Se ha instaurado una metodología lean, dirigida a la Mejora Continua y a la Excelencia Operacional (OPEX), de los diferentes procesos que se realizan en el Servicio de Farmacia, definiendo 3 niveles de equipos: Equipo Líder del proceso, facilitadores del proceso y equipos excelentes. Si bien es preciso seguir ampliando, afianzando y avanzando en la mejora continua.

El proyecto ha facilitado la implicación en la mejora continua de un gran número de profesionales si bien en ocasiones se ha detectado dificultades para la integración de las dos herramientas: Norma ISO 9001:2015 y metodología Lean

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0822

1. TÍTULO

REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA METODOLOGIA LEAN.MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015

*** ===== Resumen del proyecto 2019/822 ===== ***

Nº de registro: 0822

Título
REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA METODOLOGIA LEAN.MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015

Autores:
ABAD SAZATORNIL REYES, REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL, CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR, NAVARRO AZNAREZ HERMINIA, VINUES SALAS CARLOTA, LOPEZ MIRETE ANTONIA, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, VICENTE ITURBE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según la norma ISO 9001 desde el año 2011. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente. Durante los dos últimos años, se han realizado importantes esfuerzos para adaptar el sistema de gestión de la calidad a las exigencias de la actualización de la Norma ISO 9001:2015. La implantación de la metodología Lean permite ofrecer mecanismos para reducir rápidamente de manera drástica el coste, los tiempos y mudas, que es todo aquello que consume recursos de tiempo, personas, material, etc. sin aportar valor al proceso y además proporciona las herramientas y las pautas organizativas que disminuyen la variabilidad y aumentan la calidad. Esta metodología ha sido empleada con éxito en el entorno sanitario, y en el rediseño de procesos de Servicios de Farmacia Hospitalarios. A pesar del avance continuo en la mejora de los procesos en el servicio de Farmacia del HUMS en los últimos años, se habían detectado ineficiencias y variabilidad en algunos de ellos, desorden, falta de la organización y distribución irregular de las cargas de trabajo por lo que consideramos imprescindible homogeneizar los procesos y reducir las tensiones entre diferentes áreas y/o funciones. Así como definir las competencias y funciones de cada puesto de trabajo. Para lograrlo hemos decidido utilizar la metodología Lean

RESULTADOS ESPERADOS

- Gestionar el riesgo del Servicio de Farmacia(SF) mediante la implantación de acciones y/o el desarrollo de planes de contingencia de los puntos críticos detectados en los análisis AMFE
- Mantener el cumplimiento del sistema de gestión de la calidad de los requisitos de la Norma ISO 9001.
- Formación básica y sensibilización de todo el personal en metodología lean
- Reorganizar, simplificar y reducir los tiempos de proceso
- Estandarizar las operaciones y reducir los errores que se producen
- Mejorar la comunicación

El análisis y reingeniería incluye a todos los procesos del SF

MÉTODO

Finalizar los planes de contingencia para minimizar los efectos de los posibles fallos
Análisis y seguimiento de las incidencias.
Planificación, acreditación, y evaluación de la efectividad de los planes formativos para todo el personal sanitario.
Formación básica en metodología Lean y sensibilización dirigida a todos los profesionales del SF
Constituir grupos de trabajo multidisciplinares para cada proceso
Redefinir el mapa de procesos del SF
Para cada proceso realizar un análisis de las tareas, tiempos, profesionales que intervienen, identificar las mudas y sus causas, planificar cambios y asignar responsables, implantarlos y controlar los cambios implantados
Definir los estándares de trabajo, y las rutinas de gestión

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0822

1. TÍTULO

REINGENIERIA Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL SERVICIO DE FARMACIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA METODOLOGIA LEAN.MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015

- % AMFES con planes de contingencia definidos (standard 100%)
- Mantener acreditación de las sesiones del SF
- Establecer un procedimiento para la efectividad de los planes formativos para todo el personal sanitario del SF
- % profesionales del SF formadas en metodología Lean (standard >70%)
- Elaboración de un nuevo Mapa de procesos del SF
- % procesos del SF a los que se les ha aplicado la metodología Lean (standard >70%)
- % procesos con acciones implantadas para disminuir muda (standard >70%)

DURACIÓN

- Se especifica fecha fin para alcanzar objetivo
- Planes de contingencia : junio 2019
- Mantener acreditación de las sesiones del SF: diciembre 2019
- Procedimiento para la efectividad de los planes formativos : junio 2019
- % profesionales del SF formadas en metodología Lean (standard >70%): junio 2019
- Elaboración de un nuevo Mapa de procesos del SF: diciembre 2019
- % procesos del SF a los que se les ha aplicado la metodología Lean (standard >70%): diciembre 2019
- % procesos con acciones implantadas para disminuir muda (standard >70%): junio 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0527

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE NIEVES FERNANDEZ LETAMENDI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES
RECASENS FLORES VALLE
CLERENCIA SIERRA MERCEDES
ESPINOSA LARA NATALIA
LACALLE AICUA LAURA
PINZON MARIÑO SERGIO
RUIZ MARISCAL MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Pase de consulta conjunta Hematología (Dras. Montañes y Recasens)-Geriatría (Dras. Clerencia y Fernández) 2º y 4º miércoles de cada mes, desde el 26 de Octubre de 2016 a 31 de Enero de 2018, en la consulta numero 15 (planta baja) del Edificio de Consultas Externas del Hospital Universitario Miguel Servet.

En la consulta se cita a los pacientes = 85 años con anemia que son derivados desde Atención Primaria. En primer lugar son valorados en la consulta de enfermería geriátrica: la enfermera recoge los antecedentes personales, toma constantes y peso del paciente y realiza la Valoración Geriátrica Integral (VGI), mediante las siguientes escalas:

- valoración funcional: escala de Barthel
- valoración cognitiva: escala de Cruz Roja Mental y el test de Pfeiffer
- valoración nutricional: Mini- MNA

Todo ello queda registrado en el formulario de la consulta externa de Geriatría.

Posteriormente el paciente es valorado por la Geriatra y Hematóloga. Mientras que la Hematóloga valora la analítica realizada a cada paciente previamente de manera ambulatoria, la Geriatra interviene en los Síndromes Geriátricos detectados, teniendo en cuenta la VGI realizada por la enfermera.

Conocer la situación funcional, cognitiva y clínica del paciente, permite consensuar el tratamiento más adecuado para cada paciente y priorizar en qué problemas detectados hay que hacer alguna intervención.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0527

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado un registro en hoja de cálculo excell de los pacientes valorados en la consulta de Hemato-Geriatriá desde el 26 de Octubre de 2016 al 31 de Enero de 2018.

A fecha de 31 de Enero de 2018, se han valorado un total de 70 pacientes en consulta de primeros días, y 208 consultas de revisión.

Ante la creciente demanda de valoración de pacientes con anemia y la imposibilidad de realizar un control eficaz en consulta de Hemato-Geriatriá, evitando la visita del paciente a Urgencias, se decide que los pacientes que precisan soporte transfusional frecuente (< de 3 meses) sean controlados por HDD Hematología/consulta de anemias.

La edad media es 86 años.

El porcentaje de pacientes a los que se les realiza VGI (Valoración Geriátrica Integral) ha sido de un 100%, por encima del indicador propuesto que era el 90%.

Se ha realizado informe conjunto para adjuntar a su MAP en el 88,57% de los pacientes.

El porcentaje de pacientes que acuden a consulta y precisan soporte trasfusional en Hospital de Día de Hematología durante el seguimiento ha sido de 34,2%, consiguiendo disminuir el objetivo prefijado en un principio del 50%.

Porcentaje de pacientes en los que se detecta algún Síndrome Geriátrico durante la valoración: 100% (por encima del objetivo de 80%), sin embargo solo precisaron tratamiento farmacológico un 53'19%, procurando un manejo no farmacológico de los mismos.

También se ha cumplido con un 100% el indicador de registro de tipo de terapia y adecuada coordinación con el Hospital de Día de Hematología (indicador >90%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración multidimensional y multidisciplinar Enfermería-Geriatriá-Hematología ha permitido conseguir el objetivo de adecuar la indicación de tratamiento de la anemia en pacientes geriátricos muy mayores con multimorbilidad, simplificando el circuito, especialmente en los pacientes con movilidad reducida, disminuyendo la solicitud de pruebas invasivas (para completar estudio) y evitando así la derivación a otros servicios hospitalarios (Urgencias, Digestivo, Nefrología...).

Se ha disminuido también la necesidad de soporte transfusional al detectar activamente los requerimientos de estos pacientes y poder instaurar a tiempo otro tipo de intervenciones (ferroterapias, valoración de continuar o no con tratamientos anticoagulantes o antiagregantes en pacientes con sangrados crónicos...), siempre teniendo en cuenta la calidad de vida del paciente y el cuidador.

Consideramos que el proyecto debe tener continuidad ya que la valoración multidisciplinar en este grupo de pacientes, permite obtener beneficios claros en la optimización de recursos y en la calidad de vida del paciente y su cuidador.

La propuesta de mejora en este proyecto para el siguiente año, es adecuar el tratamiento de la anemia, comorbilidades y síndromes geriátricos, basándonos en la atención centrada en el paciente.

Estamos muy satisfechas con el resultado obtenido, y la impresión subjetiva es que nuestros pacientes también, pero nuestra siguiente propuesta en relación a ello, será pasar una encuesta de satisfacción a los pacientes (o familiares en caso de que no la puedan contestar ellos) para comprobar si realmente es así.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/527 ===== ***

Nº de registro: 0527

Título
ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATO-GERIATRIA

Autores:
FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES, MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES, CLERENCIA SIERRA MERCEDES, RECASENS FLORES VALLE, DEL FRESNO GUEVARA JOSE ANTONIO, LACALLE AICUA LAURA, ESPINOSA LARA NATALIA, SEGURA DIEZ ADRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0527

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La anemia es una entidad nosológica de gran importancia en las personas mayores. Su prevalencia es alta, y su incidencia se incrementa con la edad, especialmente en los mayores de 85 años, segmento de la población que proporcionalmente más va a crecer en las próximas décadas. Puede interferir en el funcionamiento de varios órganos y sistemas, relacionándose con un aumento de la morbilidad, la mortalidad y del déficit funcional en el paciente geriátrico. Es causa importante y muchas veces principal, de síndrome confusional agudo, descompensación cardiaca, deterioro funcional, caídas o síndromes depresivos, motivos de consulta muy frecuentes en la Urgencia hospitalaria o las consultas de especializada/Atención Primaria, que generan demandas sucesivas e incluso ingresos hospitalarios frecuentes. Conscientes Hematólogos y Geriatras, tanto en nuestro centro, como a nivel nacional, del manejo específico que se les debe dar a estos pacientes, surge la idea de iniciar una consulta de Hemato-geriatria. Por el momento se inicia centrada en los pacientes geriátricos muy mayores con multimorbilidad con anemia, derivados desde A.Primaria o Urgencias al servicio de Hematología, para valoración conjuntamente, y poder adecuar las indicaciones del estudio y tratamiento de la anemia en ellos.

RESULTADOS ESPERADOS

Adecuar indicación del tratamiento de la anemia en pacientes geriátricos muy mayores con multimorbilidad. Simplificar el circuito de atención a estos pacientes, muchos de ellos con movilidad reducida, para tratamiento sintomático de anemia.
Adecuar la solicitud de pruebas complementarias a la situación basal de los pacientes muy mayores con multimorbilidad, cuya situación funcional y cognitiva va a influir en la evolución clínica.
Prevención y tratamiento de los síndromes geriátricos que están condicionando la situación general del paciente.

MÉTODO

Valoración geriátrica integral de los pacientes > de 85 años derivados desde la consulta de Hematología
Prevención y tratamiento de síndromes geriátricos que están condicionando la situación general del paciente.
Adecuación consensuada Geriatra-Hematóloga de la necesidad de solicitud de pruebas complementarias.
Indicación consensuada Geriatra-Hematóloga del tratamiento de la anemia.
Implementación del tratamiento prescrito en Hospital de Día de Hematología:
o Hemoterapia
o Ferroterapia
Consulta quincenal en la que se valoraran 6 pacientes/día, de los cuales:
• 2 pacientes de primer día, con tiempo estimado de 1 hora por paciente.
• 4 pacientes de revisión, con un tiempo estimado de ½ hora por paciente.
Día de la semana: miércoles (2º y 4º miércoles del mes).
Horario: 10 a 14 horas.
Geriatras: Mercedes Clerencia Sierra y Nieves Fernández Letamendi
Hematólogos: Valle Recasens y Maria Angeles Montañes
Enfermero: J.A Del Fresno

INDICADORES

Porcentaje de pacientes que acuden a la consulta de Hemato-geriatria a los que se le realiza valoración geriátrica integral e informe conjunto >90%
Porcentaje de pacientes que acuden a la consulta de Hemato-geriatria y precisan fármacos de dispensación hospitalaria y/o terapias hematológicas en Hospital de Día de Hematología durante el seguimiento : >50%
Porcentaje de pacientes en los que se detecta algún síndrome geriátrico durante la valoración por Hemato-geriatria y se le instaura tratamiento: >80%
Registro del tipo de terapia prescrita para la anemia y adecuada coordinación con el Hospital de Día de Hematología: >90%
Se realizara una hoja de recogida tipo excell con los datos necesarios para el posterior análisis estadístico de los datos sobre los indicadores propuestos

DURACIÓN

Septiembre: elección de facultativos responsables del proyecto que compongan el equipo interdisciplinar.
Octubre de 2016: elaboración del excell de recogida de datos e inicio de recogida de datos
Junio 2017: análisis estadístico de los datos registrados en total y, con los resultados, propuestas de mejora

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0527

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..	: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0946

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES CLERENCIA SIERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ MARISCAL MARTA
NAVARRO GARCIA PALMIRA
CALVO CEBOLLERO ISABEL
RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL
HERNANDEZ SANCHEZ ENRIQUETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto de mejora pretende adecuar la intensidad de las intervenciones en pacientes > 65 años frágiles.

Diseño de herramienta: nov/16

Se ha diseñado la herramienta "VAGATD" para la valoración pre-intervención médica o quirúrgica en pacientes ancianos frágiles pluripatológicos. Esta herramienta consta de diferentes escalas validadas que valoran situación funcional, cognitiva, fragilidad, calidad de vida y probabilidad teórica de mortalidad a corto y largo plazo.

Elaboración de criterios: diciembre/16-febrero/17

Se han elaborado y consensado criterios en 2 Servicios hospitalarios: Cardiología y Angiología y Cirugía Vasculuar.

Citación en consulta externa de geriatría "GERFRA": febrero/17

Se realiza la valoración geriátrica integral multidisciplinar: enfermera-geriatra en consulta externa: GERIATRÍA - FRAGILIDAD: "GERFRA", utilizando la herramienta "VAGATD", junto con la valoración clínica del geriatra.

Se elabora un informe con la valoración multidisciplinar y la intensidad de intervención que se considera más adecuada, con la intención de ayudar al médico responsable en la actitud terapéutica a tomar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En esta consulta específica se han valorado 42 pacientes desde febrero de 2017 a diciembre de 2017, (51% de ellos hombres, 49% mujeres), con una edad media de 83 años. El motivo más frecuente de consulta ha sido la valoración desde el punto de vista del Geriatra de indicación de implante valvular transaórtico en pacientes con estenosis aórtica degenerativa severa.

La situación funcional de estos pacientes es de independencia o dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria (IB igual o mayor a 90/100) y el 83% no tiene deterioro cognitivo (media de MEC: 29). Se ha detectado fragilidad leve en 74% de los pacientes.

Se ha estimado que en el 31% de los pacientes no está indicada la intervención; en el 26% de los casos en relación con fragilidad moderada-severa y en el 5% en relación con la morbilidad asociada.

Evaluación de indicadores:

? Elaboración de criterios con el S° de Cardiología y el S° de Angiología y Cirugía Vasculuar: Si
? Sesiones interservicio: 4 durante el año 2017
? Apertura agenda de consulta externa "GERFRA": La consulta está abierta 4 días a la semana, siendo necesario aumentarla debido a la demanda de valoración durante el año 2017.
? N° de informes realizados/N° de pacientes valorados: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la puesta en marcha de esta iniciativa,

- Se ha mejorado la indicación terapéutica en pacientes frágiles pluripatológicos disminuyendo la variabilidad clínica.

- Se ha mejorado la accesibilidad de los pacientes frágiles pluripatológicos a una valoración geriátrica para adecuar la indicación terapéutica y asegurar la continuidad asistencial.

- Ha permitido conocer a otros servicios hospitalarios médicos y quirúrgicos el hecho de que se pueden beneficiar del apoyo en la toma de decisiones terapéuticas. Resultado de esto, se ha solicitado a nuestro S° de Geriatría que participe en la valoración prequirúrgica de pacientes en el proceso de Cirugía Cardiovascular.

Consideramos que el proyecto debe tener continuidad, ya que cada vez es más necesario adecuar la intensidad de la atención en consonancia con la valoración geriátrica integral, con la intención de mejorar la calidad de vida del paciente-cuidador y la optimización de la utilización de recursos.

Como propuesta de mejora para el año 2018, proponemos ampliar la valoración geriátrica integral a otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0946

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

grupos de pacientes frágiles, siempre con la premisa de ser un apoyo en la toma de decisiones terapéuticas (toma de decisiones compartidas).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/946 ===== ***

Nº de registro: 0946

Título
VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

Autores:
CLERENCIA SIERRA MERCEDES, DEL FRESNO GUEVARA JOSE ANTONIO, NAVARRO GARCIA PALMIRA, CALVO CEBOLLERO ISABEL, RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL, HERNANDEZ SANCHEZ ENRIQUETA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....: Adecuación de indicación de recursos terapéuticos

PROBLEMA
En muchas ocasiones es difícil tomar decisiones terapéuticas en pacientes mayores frágiles, en quienes su vulnerabilidad y complejidad influyen en el nivel de intensidad terapéutica (NIT) más adecuado. La toma de decisiones compartida entre pacientes y profesionales es un elemento clave de la atención centrada en la persona y tiene como objetivo facilitar la adecuada armonización entre los valores y preferencias de los pacientes, los objetivos asistenciales propuestos y la intensidad de las intervenciones realizadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:
Mejorar la indicación terapéutica en pacientes frágiles pluripatológicos disminuyendo la variabilidad clínica, mediante una herramienta adecuada
Difundir en los Servicios médicos/quirúrgicos que se pueden beneficiar del apoyo en la toma de decisiones terapéuticas
Mejorar la accesibilidad de los pacientes frágiles pluripatológicos a una valoración geriátrica para adecuar la indicación terapéutica y asegurar la continuidad asistencial
Transmitir el resultado de la valoración con respecto a la indicación terapéutica de cada paciente valorado

MÉTODO

1.- Diseño de herramienta "VAGATD" de valoración pre-intervención médica o quirúrgica en pacientes ancianos frágiles pluripatológicos. Mercedes Clerencia .
2.- Elaboración de criterios en los Servicios Médicos y Quirúrgicos. Mercedes Clerencia, Isabel Calvo, M^a Isabel Rivera
3.- Citación en consulta externa de geriatría "GERFRA". Enriqueta Hernández
4.- Valoración geriátrica de pacientes derivados desde diferentes Servicios. Mercedes Clerencia, Jose A. Del Fresno, Palmira Navarro
5.- Elaboración de informe que ayude al médico responsable en la actitud terapéutica a tomar. Mercedes Clerencia, Jose A. Del Fresno, Palmira Navarro
Mediante esta línea de mejora se pretende adecuar la intensidad de las intervenciones en pacientes > 65 años frágiles derivados a la consulta externa "GERFRA". Se valorará a todos ellos con la misma herramienta denominada "VAGATD", la cual constará de diferentes escalas de valoración validadas. Esta valoración objetiva junto a la valoración clínica del geriatra permitirá emitir un informe en el que conste la intensidad de intervención que se considera más adecuada. Todas las variables estudiadas: género, edad, tipo de domicilio, convivencia, multimorbilidad actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, situación cognitiva, alteraciones de marcha y equilibrio, se registrarán en una hoja de cálculo Excel para posteriormente poder ser analizadas con el paquete estadístico SPSS 19.0.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0946

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

Diseño de herramienta "VAGATD": Si
Elaboración de criterios con el Sº de Cardiología y el Sº de Angiología y Cirugía Vascular: Si
Sesiones interservicio: 2 o más al año
Apertura agenda de consulta externa "GERFRA": Si
Nº de informes realizados/Nº de pacientes valorados: =90%

DURACIÓN

Inicio: nov/16
Diseño de herramienta: nov/16
Elaboración de criterios: diciembre/16-febrero/17
Citación en consulta externa de geriatría "GERFRA": febrero/17
Medición de indicadores y propuesta de nuevo proyecto de mejora: diciembre/18

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1284

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL RODRIGUEZ HERRERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN GIMENO ANA BELEN
GORGAS SORIA CARMEN
LOPEZ FORNIES ANA MARIA
SAN JUAN CUARTERO ROSA
VILLAR SAN PIO TERESA
RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL
RECIO CABRERO ADORACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde que se inició el Proyecto se han realizado varias reuniones con la Subdirección del HUMS, con el objetivo, de poner en conocimiento de la misma la viabilidad del proyecto con los recursos con los que se cuenta para hacerlo efectivo.

Así mismo, se han realizado reuniones con el responsable del Sº de Angiología y Cirugía Vascul. Ambos servicios somos conscientes de que los resultados en salud en este grupo de pacientes mejora especialmente, cuando el manejo es multidisciplinar y existe una intervención geriátrica más precoz en aquellos en los que se detecta fragilidad. Por lo tanto se consensuan los siguientes objetivos:

1. Establecer los criterios de identificación de la población diana: pacientes > 85 años con isquemia arterial crónica grado IV ingresados en la planta de Angiología y Cirugía Vascul del HUMS.
2. Modificar la atención a este grupo de pacientes de especial complejidad, con el objetivo de mejorar su asistencia clínica, mediante la atención multidisciplinar.
3. Planificar organización de asistencia:
 - Valoración por el Geriatra, sin necesidad de interconsulta, de todos los pacientes > 85 años ingresados en la planta de Angiología y C. Vascul.
 - Pase de visita del Geriatra de lunes a viernes en horario de mañanas, a ser posible conjuntamente con el cirujano, o al menos con supervisora del Servicio para que exista feed-back de información diaria de la evolución del paciente.
 - Valoración clínica geriátrica, prevención y tratamiento de posibles complicaciones médicas y del riesgo y/o presencia de síndromes geriátricos (deterioro cognitivo, síndrome ansioso-depresivo, síndrome confusional agudo...) que puedan condicionar la evolución del paciente.
 - Valoración del riesgo quirúrgico del paciente a demanda de A. y C. Vascul.
 - Evolución y órdenes de tratamiento actualizadas del Geriatra.
 - Reunión semanal con A y C Vascul-Geriatria para establecer planes de tratamiento y necesidades al alta, así como optimizar la utilización de recursos asistenciales.
 - Informe de alta de Geriatria y de A. y C. Vascul con consenso en diagnósticos y tratamientos al alta.
 - Seguimiento en consulta externa de Geriatria de los pacientes que precisen control postalta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Consenso en los criterios de selección establecidos, así como la organización de la atención entre la Subdirección del Centro, el Servicio de Cirugía Vascul y la Unidad de Geriatria, en el plazo marcado en el Proyecto de Calidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo en equipo constituido por diferentes especialidades, a pesar de su conocida eficacia y efectividad, no es fácil de establecer en la práctica diaria. De hecho, el abordaje multidisciplinar de los pacientes, requiere de un proceso previo para consensuar criterios de intervención de todos los profesionales implicados. Este ha sido el motivo por el que durante estos meses no se han podido poner en marcha las demás actividades propuestas. No obstante, la intervención multidisciplinar se iniciará el próximo mes de marzo, ya que se cuenta con la aprobación de la Subdirección médica, así como la colaboración e interés del Servicio de Angiología y Cirugía Vascul y la Unidad de Geriatria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1284 ===== ***

Nº de registro: 1284

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1284

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV

Título
ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV

Autores:
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, ESTEBAN GIMENO ANA BELEN, GORGAS SORIA CARMEN, LOPEZ FORNIES ANA MARIA, SAN JUAN CUARTERO ROSA, VILLAR SAN PIO TERESA, RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL, RECIO CABRERO ADORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento de la expectativa de vida ha conducido a que patologías vasculares, como la enfermedad arterial periférica (EAP) se haya constituido en un problema de salud pública que afecta mayoritariamente a ancianos. En este momento es una de las principales causas de morbimortalidad y discapacidad en los ancianos frágiles. Esto se traduce en :

1. Prolongación de la estancia hospitalaria en los Servicios hospitalarios de Cirugía Vasculosa en los últimos años. Se debe a que esta patología se asocia con incremento del riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares (sd coronario agudo, ictus...); además de las posibles complicaciones que puede presentar el anciano frágil (deterioro funcional, síndrome confusional agudo...).
2. Necesidad de adecuación en la indicación terapéutica en aquellos pacientes frágiles con deterioro funcional y/o mental previo, en los que el tratamiento quirúrgico puede no contribuir a un incremento de la esperanza de vida y/o mejoría en su calidad de vida.
3. Dificultad de ubicación al alta de estos pacientes con deterioro funcional y mental sufrido durante el ingreso.

Los resultados en salud en este grupo de pacientes mejora especialmente cuando el manejo es multidisciplinar, existe una intervención geriátrica más precoz en aquellos pacientes en los que se detecta fragilidad y se realiza una adecuada coordinación con el Equipo de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Valoración Geriátrica Integral (VGI) precoz en pacientes = de 85 años ingresados en el Servicio de Angiología y Cirugía Vasculosa (ACV) por isquemia crónica grado IV.
- Mejorar la indicación terapéutica en pacientes geriátricos disminuyendo la variabilidad clínica, mediante una herramienta adecuada de evaluación de fragilidad y pronóstico vital.
- Ofrecer nuestro apoyo y colaboración en la toma de decisiones.
- Consensuar la indicación terapéutica de cada paciente valorado, con el equipo quirúrgico en sesión multidisciplinar.
- Planificar la ubicación al alta de aquellos pacientes en los que al ingreso se detecte una situación de fragilidad social.
- Asegurar la continuidad asistencial al alta, contactando con el Equipo de Atención Primaria.

MÉTODO

- 1°. Selección de pacientes: isquemia crónica grado IV y edad = 85 años
 - 2°. VGI del paciente por enfermero/a de la Unidad de Geriátrica en las primeras 24-48h de ingreso.
 - 3°. VGI del paciente por geriatra de la Unidad de Geriátrica previo a intervención quirúrgica.
 - 4°. Sesión multidisciplinar (Unidad de Geriátrica /Servicio ACV) para consensuar opciones terapéuticas de los pacientes valorados: dos días al mes.
 - 5°. Elaboración de un informe con la indicación terapéutica más adecuada de cada paciente y las recomendaciones que se estimen oportunas, si se considera necesario.
 - 7°. Contacto telefónico y/o correo electrónico institucional con Equipo de Atención Primaria al alta del paciente, para asegurar la continuidad asistencial.
- Valoración Geriátrica Integral (VGI) del paciente por la Unidad de Geriátrica en las primeras 24-48h de ingreso.
 - Sesiones multidisciplinarias para consensuar las opciones terapéuticas.
 - Apoyo y colaboración en la toma de decisiones terapéuticas.

INDICADORES

1. N° de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en S° ACV con VGI/ N° de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en S° ACV. = 85%
2. Sesión multidisciplinar (Unidad de Geriátrica /Servicio ACV). = 2 al mes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1284

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV

3. N° de informes realizados con indicación terapéutica/ N° de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en S° ACV con VGI. = 90%.

4. N° contactos telefónicos y/o correo electrónico con Atención Primaria/ N° de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en S° ACV con VGI. =80%.

DURACIÓN

- Elaboración criterios de selección: mayo/17.
- Inicio de valoración de pacientes: mayo/17
- Sesión multidisciplinar: primer y tercer miércoles de mes.
- Medición de indicadores y propuesta de nuevo proyecto de mejora: diciembre/18

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1287

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ANA BELEN ESTEBAN GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES
GORGAS SORIA CARMEN
VILLAR SAN PIO TERESA
SANJUAN CUARTERO ROSA
LOPEZ FORNIES ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se desarrolló el protocolo, y debido a aspectos relacionados con la coordinación con los directivos de primaria se realizó dos reuniones informativas con los mismos (octubre y noviembre 2017), en dichas reuniones se expuso el protocolo y los objetivos.
Tras ser valorado por los subdirectores de Atención Primaria (Dra Alonso y DrArtal) y ser informado el director (DrPalacín), estos decidieron posponer la realización de dicho proyecto, debido a que han considerado que el mismo puede solaparse y dificultar con la introducción de la interconsulta virtual con especialistas y con el programa de atención al paciente crónico complejo.
Debido a esta situación el proyecto ha quedado pospuesto desde Atención Primaria, aunque desde dirección mostraron su interés en que una vez establecidos los programas descritos anteriormente se retomara el proyecto.
También se ha desarrollado la base de datos .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Comunicación directa con direcciones de atención primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde la unidad Geriátrica de Agudos se va a mantener un firme interés en llevar a cabo el proyecto, y se seguirá en contacto con los directivos de Atención Primaria para establecer el momento de inicio. No obstante, en el día a día de la planta de hospitalización de Geriatria se siguen atendiendo las llamadas de los Médicos de Atención Primaria que se interesan por sus pacientes ingresados y ante cualquier duda sobre nuestros pacientes, se contacta con el médico de Atención Primaria. Falta pues, encontrar el momento adecuado para protocolizarlo tal y como se pretende en este proyecto.

7. OBSERVACIONES.
no se precisan

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1287 ===== ***

Nº de registro: 1287

Título
COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

Autores:
ESTEBAN GIMENO ANA BELEN, CLERENCIA SIERRA MERCEDES, SANJUAN CUARTERO ROSA MARIA, FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES, RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, VILLAR SAN PIO TERESA, LOPEZ FORNIES ANA MARIA, GORGAS SORIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA DEL PACIENTE FRÁGIL GERIÁTRICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1287

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El envejecimiento progresivo de la población y el deterioro funcional es un hecho. Según datos poblacionales del Instituto Aragonés de Estadística en el sector Zaragoza II, hay 27063 personas dependientes. Detectamos la necesidad de establecer comunicación y coordinación con Atención Primaria, complementaria al informe de alta. Reconocemos esta necesidad básica en la labor del Geriatra, ya descrita previamente en otros Servicios de Geriatria;(1) y se detecta por la atención habitual de llamadas telefónicas de médicos de Primaria sobre pacientes dados de alta. Partimos de un encuadre clínico ideal ya que la mayoría de los pacientes ingresados en Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) tienen características de fragilidad o dependencia (mayores de 75 años, I.Barthel < 60 y T.Pfeiffer >2 errores); los que más se benefician de estos programas de coordinación entre Geriatria y Primaria (3).

Las experiencias previas arrojan unos resultados favorables en el seguimiento de estos pacientes (4), por lo cual proponemos aplicar un protocolo de coordinación bidireccional con los Equipos de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un protocolo de comunicación entre Geriatria y Atención Primaria, Informar al Equipo de Atención Primaria (EAP) al Ingreso. Mejorar la realización de la historia clínica con información de su EAP. Rentabilizar los ingresos en la UGA, realizar pruebas complementarias sencillas (ECG, analítica de sangre, Rx simple) pendientes de realizar en Atención Primaria, que pueda evitar duplicar pruebas y traslados innecesarios. Informar al EAP del alta, y de las modificaciones farmacológicas y facilitar la adherencia terapéutica. Establecer una línea de comunicación vía mail para futuras consultas de los pacientes que ya han estado ingresados, con el objetivo de evitar reingresos.

MÉTODO

Pacientes ingresados en Geriatria de Agudos de HMServet- Criterios de inclusión: edad >75 años, Barthel <60 y Pfeiffer >2 errores. De cada dos pacientes con esas características se incluirá uno al azar (muestreo aleatorio sistemático), creando un grupo casos y otro control. Coordinación con Atención Primaria vía telefónica o vía mail.

Elaborar protocolo de coordinación U. Geriatria- EAP

Sesiones clínicas informativas en los centros de salud Sector II.

Creación de un correo electrónico para la comunicación entre Primaria y Geriatria.

Primer contacto telefónico desde Geriatria hacia Primaria informando del ingreso para completar historia, rentabilizar las pruebas básicas e informar del correo electrónico para posteriores comunicaciones, incluyendo aviso de alta o exitus.

Registro durante seis meses de los pacientes casos y control, creación de base de datos (periodo de inclusión de seis meses)

Seguimiento durante tres meses al alta, completar base de datos.

INDICADORES

1. Número de contactos con Atención Primaria conseguidos/Número de contactos con Atención Primaria Intentadosx100). Valor a alcanzar: > 80%.

2. Adherencia terapéutica al mes del alta. Grado de coincidencia entre las medicaciones prescritas al alta y la receta electrónica.

3. Adherencia terapéutica a los tres meses. Evaluada mediante encuesta telefónica al paciente con el test de Haynes-Sacketts). Valor a alcanzar: mayor adherencia terapéutica en los pacientes "casos".

4. Reingresos por la misma causa, en tres meses (precoces (menos de 15 días) y no precoces (>15 días). Valor a alcanzar: menos reingresos en el grupo caso.

5.Satisfacción del EAP con el protocolo evaluada mediante breve encuesta vía correo electrónico, preguntas: 1, ¿le parece que este proyecto aporta calidad al manejo del paciente geriátrico en atención primaria?, si, no. 2, Valore del 1 al 5 la satisfacción con las colaboración obtenida por parte del Servicio de Geriatria (1 ninguna, 5 mucha colaboración), 3, Escriba sugerencias de mejora.

DURACIÓN

Elaborar protocolo de coordinación (mayo-junio/17)

Sesiones informativas en Centro de Salud del sector II (mayo, Junio/17)

Inclusión de pacientes (seis meses) y comienzo del protocolo de coordinación. Julio - diciembre 2017, seguimiento de las primeras altas.

Enero 2018-marzo 2018, seguimiento de los últimos pacientes dados de alta.

-Abril 2018 análisis de datos y publicación de resultados.

OBSERVACIONES

Bibliografía:

1, Bactan JL, Gil L, Andrés E, Vega E, Ruipérez I. Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada. Aten Primaria 2000; 26: 374-82,

2, Martin Lasendre I. Abordaje integral del paciente pluripatológico en Atención Primaria. Tendencia necesaria de hechos. Aten Primaria 2013, 45: 181-3,

3, Vela E, Cléries M, Bustins M, Mendoza L, Badosa N, Cadellas M, Bruguera J. Eficacia de un programa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1287

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

integrado hospital-atención primaria para la insuficiencia cardiaca. Análisis poblacional sobre 56742 pacientes. Rev Esp Cardiol. 2014; 67: 283-93,

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES CLERENCIA SIERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANJUAN CUARTERO ROSA
TORMO BOZAL RAQUEL
CONSTANTIN ANCUTA
MARTINEZ LACARRA SANDRA
ESCABOSA ALEGRE MAR
GRACIA CUADRADO LIRIA
GONZALEZ FERNANDEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las primeras tres actividades propuestas se iniciaron según el calendario propuesto, en junio /2018.
1.- Diseño de un informe de alta multidisciplinar que contiene plan de atención recomendado al alta hospitalaria.
2.- Definición de la población geriátrica hospitalizada en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) que más precisa la continuidad asistencial (población diana). Se ha elaborado una plantilla con los criterios de población diana, que se debe cumplimentar en cada paciente que ingresa en la UGA.
3.- Elaboración de una encuesta sencilla compuesta por 5 preguntas para el seguimiento telefónico al paciente "diana"/cuidador tras alta hospitalaria, que nos permitirá una evaluación de continuidad asistencial.
Se ha diseñado una hoja de cálculo Excel para registrar toda la información recogida: si el paciente ha recibido informe de alta multidisciplinar, si se ha realizado contacto con EAP, MAP y/o T. Social, si se ha realizado encuesta telefónica, si el paciente tras el alta hospitalaria ha tenido que acudir al servicio de Urgencias o si ha habido modificación farmacológica, si su autopercepción de salud se ha modificado y el grado de satisfacción con la atención recibida durante el ingreso hospitalario.
Se propone que el proyecto siga en el año 2019, para que se puedan poner en marcha la elaboración de los informes de alta multidisciplinarios, la coordinación Geriátrica- Atención Primaria/SSMM y las encuestas al paciente-cuidador.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Diseño de informe único multidisciplinar. Resultado: SI. (estándar: SI)
Definición de criterios de "pacientes diana". Resultado: SI. (estándar: SI)
A pesar de disponer las herramientas necesarias para favorecer la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, permitiendo compartir información clave de los pacientes, ayudar en la toma de decisiones, garantizar la seguridad del paciente y realizar una evaluación continua del modelo, durante este año no existen todavía resultados de los siguientes indicadores: N° de informes de alta multidisciplinarios, N° de contactos telefónicos, N° de interconsultas virtuales respondidas y N° de encuestas telefónicas realizadas al paciente. La razón es que las primeras actividades han llevado más tiempo del previsto, ya que se han finalizado en diciembre/18 en vez de septiembre/18. Posteriormente la puesta en marcha se ha pospuesto en espera de la estabilización de la plantilla de enfermería y TCAE, tras la unificación de las unidades de enfermería en Geriátrica del HUMS y HGDZ.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración de este proyecto de calidad nos ha permitido trabajar en equipo, elaborando un informe multidisciplinar que permita comunicar información útil del episodio de hospitalización al equipo de Atención Primaria. Este esfuerzo nos ha hecho aprender lo importante que es tener en cuenta la opinión de cada uno de los profesionales que participamos en el cuidado del paciente geriátrico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1118 ===== ***

N° de registro: 1118

Título
FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

Autores:
CLERENCIA SIERRA MERCEDES, SANJUAN CUARTERO ROSA, TORMO BOZAL RAQUEL, CONSTANTIN ANCUTA, MARTINEZ LACARRA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

SANDRA, ESCABOSA ALEGRE MAR, GRACIA CUADRADO LIRIA, GONZALEZ FERNANDEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades crónicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La complejidad que supone el manejo adecuado de los pacientes geriátricos requiere de importantes recursos sanitarios y sociales, por esto consideramos que tenemos el compromiso ético de avanzar hacia modelos de atención integrada que garanticen una coordinación eficaz y una gestión colaborativa entre los diferentes agentes para dar respuestas de calidad y coste-efectivas.

Nuestro proyecto de mejora plantea la utilidad de los sistemas de información como una herramienta fundamental para favorecer la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, permitiendo compartir información clave de los pacientes, ayudar en la toma de decisiones, garantizar la seguridad del paciente y realizar una evaluación continua del modelo.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Unificar la transmisión de información al alta hospitalaria de una Unidad Geriátrica de Agudos.
- 2.- Aumentar la seguridad del paciente, minimizando los errores en la información al alta hospitalaria.
- 3.- Definir población geriátrica que más precisa la continuidad asistencial.
- 4.- Compartir información clave en los cuidados del paciente con los profesionales de Atención Primaria, para la ayuda de toma de decisiones en los "pacientes diana".
- 5.- Compartir información clave en la atención del paciente con los profesionales de Atención Primaria/SSMM, para la ayuda de toma de decisiones en los "pacientes diana".
- 6.- Asesorar en los problemas que surjan en el reacondicionamiento al domicilio o residencia tras la estancia hospitalaria.
- 7.- Evaluación de la continuidad asistencial mediante encuesta telefónica.

MÉTODO

- 1.- Diseñar informe de alta multidisciplinar que contenga plan de atención recomendado al alta hospitalaria.
- 2.- Elaboración de informe multidisciplinar al alta hospitalaria de todos los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos.
- 3.- Contacto telefónico para compartir información clave de los cuidados del paciente entre DUE geriatría - DUE primaria, T. Social geriatría-T. Social primaria /SSMM para mejorar continuidad de cuidados de los pacientes diana.
- 4.- Responder a las interconsultas virtuales derivadas desde Atención Primaria asesorando en los problemas que se puedan plantear en domicilio/residencia.
- 5.- Seguimiento telefónico al paciente "diana"/cuidador tras alta hospitalaria, para evaluación de continuidad asistencial.

INDICADORES

- 1.- Diseño de informe único multidisciplinar. Resultado: SI
- 2.- Nº de informes de alta multidisciplinarios /nº pacientes dados de alta. Resultado: 70-80%.
- 3.- Definición de criterios de "pacientes diana". Resultado: SI.
- 4.- Nº de contactos telefónicos DUE Geriatría-DUE Atención Primaria/ nº "pacientes diana" dados de alta. Resultado: >60%
- 5.- Nº de contactos telefónicos Trabajadora Social Geriatría-Trabajador social Atención Primaria y/o SSMM/nº "pacientes diana" dados de alta. Resultado: >60%.
- 6.- Nº de interconsultas virtuales respondidas/Nº interconsultas recibidas. Resultado: >80%.
- 7.- Nº de encuestas telefónicas realizadas al paciente-cuidador/nº "pacientes diana". Resultado: >70%.

DURACIÓN

El proyecto comienza en junio/18 con el diseño de informe conjunto multidisciplinar, la definición de "pacientes diana" y el desarrollo de encuesta de evaluación. Se prevé terminar con estas actividades en septiembre/18. En octubre/18 se pondrán en marcha la elaboración de los informes de alta multidisciplinarios, la coordinación Geriatría- Atención Primaria/SSMM y las encuestas al paciente-cuidador. En mayo /19 se pondrá propuesta de mejora del proyecto.

OBSERVACIONES

El proyecto con las mejoras propuestas continuaría en 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION DEL PACIENTE GERIATRICO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MERCEDES CLERENCIA SIERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANJUAN CUARTERO ROSA
TORMO BOZAL RAQUEL
CONSTANTIN ANCUTA
ESCABOSA ALEGRE MAR
FERNANDEZ LOZANO CARLOS
GRACIA CUADRADO LIRIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En este proyecto incluido en el Acuerdo de Gestión 2018 y 2019 (Unidad de Geriatria-HUMS), el equipo de mejora guiado por los siguientes objetivos:

- 1.- Unificar la transmisión de información al alta hospitalaria de una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).
- 2.- Aumentar la seguridad del paciente, minimizando los errores en la información al alta hospitalaria.
- 3.- Definir la población geriátrica que más precisa la continuidad asistencial.
- 4.- Compartir información clave en la atención del paciente con los profesionales de Atención Primaria/SSMM, para la ayuda de toma de decisiones en los "pacientes diana".
- 5.- Asesorar en los problemas que surjan en el reacondicionamiento al domicilio o residencia tras la estancia hospitalaria.
- 6.- Evaluación de la continuidad asistencial mediante encuesta telefónica.

Ha realizado las siguientes actividades:

Durante el año 2018, se definió la población geriátrica hospitalizada en la UGA que se consideraba que más precisa la continuidad asistencial (pacientes diana).

A tal efecto, se elaboró una plantilla incluyendo los 2 grupos de pacientes diana:

A1: Paciente = 85 años con = 2 enfermedades crónicas y vive sólo/1 cuidador

Que cumplan al menos 2 de los siguientes criterios:

1. Nueva prescripción de = 3 fármacos al alta hospitalaria
2. Índice Barthel < 60
3. Test Pfeiffer = 3
4. No soporte familiar o inadecuado
5. Necesidad de cuidados nuevos al alta: O2, sonda vesical, vía SC/IV, heridas por presión...

A2: Paciente = 85 años que vive o vaya al alta a una residencia:

Que cumplan al menos 2 de los siguientes criterios:

1. Nueva prescripción de = 3 fármacos al alta hospitalaria
2. Índice Barthel < 60
3. Test Pfeiffer = 3
4. Necesidad de cuidados nuevos al alta: O2, sonda vesical, vía SC/IV, heridas por presión...

Así mismo, se elaboró un folleto informativo del proyecto para entregar a cada uno de los pacientes/cuidadores diana, una encuesta telefónica compuesta por 5 preguntas para el seguimiento tras alta hospitalaria, que nos permite una evaluación de continuidad asistencial. Y se diseñó una hoja de cálculo Excel para registrar toda la información recogida: si el paciente ha recibido informe de alta multidisciplinar, si se ha realizado contacto con EAP, MAP y/o T. Social, si se ha realizado encuesta telefónica, si el paciente tras el alta hospitalaria ha tenido que acudir al servicio de Urgencias o si ha habido modificación farmacológica, si su autopercepción de salud se ha modificado y el grado de satisfacción con la atención recibida durante el ingreso hospitalario.

Durante el año 2019, una vez descritos los criterios de población diana, se realiza la intervención en dichos pacientes.

En cada paciente que ingresa en la UGA, con el fin de identificar los pacientes diana, se ha utilizado la plantilla con los criterios de los grupos A1 y A2. Se ha utilizado un archivador para guardar las fichas de todos los pacientes, y una agenda para el control de las fechas en las que hay que realizar las entrevistas telefónicas post-alta.

Una vez identificados los pacientes diana, el personal sanitario y trabajadora social han compartido información clave en la atención del paciente tanto con Atención Primaria, como con los Servicios Sociales si ha sido necesario. A los pacientes/cuidadores se les ha entregado un folleto donde se describen los objetivos del proyecto, e incluye un número de teléfono en el cual el personal de la Unidad le puede ayudar a resolver las incidencias o dudas que pueden surgir en su domicilio/residencia sobre las indicaciones o el tratamiento prescrito. Y se les ha solicitado consentimiento para recibir una llamada telefónica a la semana del alta hospitalaria, para la evaluación de la continuidad asistencial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION DEL PACIENTE GERIATRICO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El periodo de intervención es de 3 meses: 14 de octubre de 2019 - 14 de enero 2020.

Durante ese periodo han sido dados de alta hospitalaria de la UGA 169 pacientes.

De ellos, cumplen criterios de paciente diana del proyecto 63 pacientes (37%). Pertenecen a cada grupo el 50%: grupo A1: 32 pacientes y grupo A2: 31 pacientes. No cumplen criterios 106 de los pacientes dados de alta hospitalaria.

Reciben informe de alta de Geriátrica: 63 pacientes (100%); de ellos 8 (20%) también reciben informe complementario de Enfermería porque precisan información específica de continuidad de cuidados de enfermería; y en 10 pacientes (25%) que requieren intervención específica de Trabajo Social, se realiza informe complementario de Trabajadora Social, para una adecuada transmisión de información con otros niveles asistenciales.

En los pacientes diana se ha realizado una encuesta telefónica a la semana del alta, que han contestado 40 pacientes (63% de los pacientes diana). En esta intervención, se han obtenido datos referentes a la utilización de recursos sanitarios durante la primera semana tras el alta de la UGA, tanto de Atención Primaria como del Servicio de Urgencias Hospitalarias. De los encuestados,

1. Han acudido a la consulta de Atención Primaria: 21 pacientes (52,5%)
 - Medico: 16 pacientes (76%)
 - Enfermera: 7 pacientes (33%)
 - Trabajador Social: 1 pacientes (5%)
2. Han visitado el Sº de Urgencias Hospitalarias: 2 pacientes (5%)
3. Han requerido cambio farmacológico: 2 pacientes (5%)

También se ha obtenido información de la autopercepción de salud tras el ingreso en la UGA y el grado de satisfacción con la atención recibida durante su ingreso:

1. Mejoría autopercepción de salud:
 - SI: 28 pacientes (70%)
 - NO: 12 pacientes (30%)
 - No contestan: 2 pacientes (5%)
2. Grado satisfacción con la atención:
 - Muy bueno: 25 (62,5%)
 - Bueno: 14 (22%)
 - Regular: 1 (2,5%)
 - Malo: 0 (0%)
 - NC: 1 (2,5%)

En resumen, según los criterios descritos por el equipo de mejora, el 37% de los pacientes dados de alta hospitalaria en una Unidad de Geriátrica tras un proceso agudo, se benefician de la continuidad asistencial. Un poco más de la mitad de los pacientes contactan con diferentes profesionales de su Equipo de Atención Primaria durante la primera semana tras el alta hospitalaria, pero sólo el 5% de los pacientes han precisado cambio farmacológico por su MAP y otro 5% ha requerido acudir al Sº Urgencias hospitalarias por descompensación aguda. Tras ingreso en la Unidad Geriátrica de Agudos un 70% de los pacientes tienen mejoría en la autopercepción de salud y el 84,5% tiene un grado de satisfacción muy bueno o bueno con respecto a la atención recibida en la Unidad.

En relación a los indicadores marcados:

- 1.- Diseño de informe de alta de Geriátrica multidisciplinar en HCE. Resultado ESPERADO: SI. Resultado OBTENIDO: El informe se ha diseñado, pero está pendiente de incluir en HCE.
- 2.- Nº de informes de alta multidisciplinarios /Nº pacientes dados de alta. Resultado ESPERADO: 70-80%. Resultado OBTENIDO:100%
- 3.- Utilización de criterios de "pacientes diana". Resultado ESPERADO: SI. Resultado OBTENIDO:SI
- 4.-Nº de contactos DUE Geriátrica-DUE Atención Primaria/ Nº "pacientes diana" dados de alta. Resultado ESPERADO:>60. Resultado OBTENIDO:20%.
- 5.- Nº de contactos Trabajadora Social Geriátrica-Trabajador social Atención Primaria y/o SSMM/Nº "pacientes diana" dados de alta. Resultado ESPERADO: >60%. Resultado OBTENIDO:25%.
- 6.- Nº de interconsultas virtuales respondidas/Nº interconsultas recibidas. Resultado ESPERADO: >80. Resultado OBTENIDO: no valorable porque no han sido autorizadas.
- 7.-Nº de encuestas telefónicas realizadas al paciente-cuidador/Nº "pacientes diana" dados de alta. Resultado ESPERADO:>70%. Resultado OBTENIDO: Se han realizado 100% de las llamadas telefónicas y han contestado 63% a la llamada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusión, aunque el proceso de elaboración y consenso de criterios de los pacientes diana llevó tiempo al equipo, consideramos que los resultados confirman que discriminan bien a los pacientes seleccionados para la intervención. Sin embargo, se estimó que se precisaría un contacto más directo entre enfermería o entre trabajadores sociales, en un número más elevado del que realmente ha sido necesario (indicadores 4 y 5).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION DEL PACIENTE GERIATRICO

El folleto informativo ha tenido muy buena aceptación por los pacientes/cuidadores, además de permitir un momento de contacto personal entre profesional-paciente/cuidador. La encuesta telefónica ha permitido tener información de la necesidad de uso de recursos en periodo inmediato al alta, además de obtener un satisfactorio feed-back de nuestro trabajo en la UGA.

Este proyecto "Favorecer la continuidad asistencial en la atención al paciente geriátrico" ha influenciado positivamente en:

- los pacientes y cuidadores, al mejorar la comunicación entre los profesionales que le atienden, y al tener el apoyo de profesionales de la Unidad de Geriátrica en el periodo inmediato al alta (1 semana).
- los profesionales de varios niveles asistenciales, porque ha mejorado la comunicación y ha servido para unificar criterios.
- los profesionales de diferentes disciplinas de la UGA, fortaleciendo el trabajo en equipo.

Sin embargo, en el desarrollo del proyecto hemos encontrado varias dificultades, como que ha supuesto una mayor dedicación de tiempo para el personal de la Unidad, la falta de apoyo para tener una línea telefónica de acceso horario limitado para las llamadas de los pacientes/cuidadores, la ausencia de interconsultas virtuales de Geriátrica, y la dificultad de utilizar un informe multidisciplinar por coincidir con el inicio de HCE.

El equipo de mejora considera que, para la sostenibilidad del proyecto precisamos:

- utilizar el informe de alta multidisciplinar en todos los pacientes ingresados en la UGA,
- disminuir el número de pacientes en quienes intervenir (20-25% según indicadores 4 y 5), para que no suponga una sobrecarga de trabajo,
- y apoyo de los directivos para tener los recursos necesarios que favorezcan su replicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1118 ===== ***

Nº de registro: 1118

Título
FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

Autores:
CLERENCIA SIERRA MERCEDES, SANJUAN CUARTERO ROSA, TORMO BOZAL RAQUEL, CONSTANTIN ANCUTA, MARTINEZ LACARRA SANDRA, ESCABOSA ALEGRE MAR, GRACIA CUADRADO LIRIA, GONZALEZ FERNANDEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades crónicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La complejidad que supone el manejo adecuado de los pacientes geriátricos requiere de importantes recursos sanitarios y sociales, por esto consideramos que tenemos el compromiso ético de avanzar hacia modelos de atención integrada que garanticen una coordinación eficaz y una gestión colaborativa entre los diferentes agentes para dar respuestas de calidad y coste-efectivas.
Nuestro proyecto de mejora plantea la utilidad de los sistemas de información como una herramienta fundamental para favorecer la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, permitiendo compartir información clave de los pacientes, ayudar en la toma de decisiones, garantizar la seguridad del paciente y realizar una evaluación continua del modelo.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Unificar la transmisión de información al alta hospitalaria de una Unidad Geriátrica de Agudos.
- 2.- Aumentar la seguridad del paciente, minimizando los errores en la información al alta hospitalaria.
- 3.- Definir población geriátrica que más precisa la continuidad asistencial.
- 4.- Compartir información clave en los cuidados del paciente con los profesionales de Atención Primaria, para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION DEL PACIENTE GERIATRICO

- la ayuda de toma de decisiones en los "pacientes diana".
- 5.-Compartir información clave en la atención del paciente con los profesionales de Atención Primaria/SSMM, para la ayuda de toma de decisiones en los "pacientes diana".
- 6.-Asesorar en los problemas que surjan en el reacondicionamiento al domicilio o residencia tras la estancia hospitalaria.
- 7.- Evaluación de la continuidad asistencial mediante encuesta telefónica.

MÉTODO

- 1.- Diseñar informe de alta multidisciplinar que contenga plan de atención recomendado al alta hospitalaria.
- 2.- Elaboración de informe multidisciplinar al alta hospitalaria de todos los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos.
- 3.- Contacto telefónico para compartir información clave de los cuidados del paciente entre DUE geriatría - DUE primaria, T. Social geriatría-T. Social primaria /SSMM para mejorar continuidad de cuidados de los pacientes diana.
- 4.- Responder a las interconsultas virtuales derivadas desde Atención Primaria asesorando en los problemas que se puedan plantear en domicilio/residencia.
- 5.- Seguimiento telefónico al paciente "diana"/cuidador tras alta hospitalaria, para evaluación de continuidad asistencial.

INDICADORES

- 1.- Diseño de informe único multidisciplinar. Resultado: SI
- 2.- Nº de informes de alta multidisciplinarios /nº pacientes dados de alta. Resultado: 70-80%.
- 3.-Definición de criterios de "pacientes diana". Resultado: SI.
- 4.-Nº de contactos telefónicos DUE Geriatría-DUE Atención Primaria/ nº "pacientes diana" dados de alta. Resultado: >60%
- 5.- Nº de contactos telefónicos Trabajadora Social Geriatría-Trabajador social Atención Primaria y/o SSMM/nº "pacientes diana" dados de alta. Resultado: >60%.
- 6.- Nº de interconsultas virtuales respondidas/Nº interconsultas recibidas. Resultado: >80%.
- 7.-Nº de encuestas telefónicas realizadas al paciente-cuidador/nº "pacientes diana". Resultado: >70%.

DURACIÓN

El proyecto comienza en junio/18 con el diseño de informe conjunto multidisciplinar, la definición de "pacientes diana" y el desarrollo de encuesta de evaluación. Se prevé terminar con estas actividades en septiembre/18. En octubre/18 se pondrán en marcha la elaboración de los informes de alta multidisciplinarios, la coordinación Geriatría- Atención Primaria/SSMM y las encuestas al paciente-cuidador. En mayo /19 se propondrá propuesta de mejora del proyecto.

OBSERVACIONES

El proyecto con las mejoras propuestas continuaría en 2019.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA RUIZ MARISCAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL
LOPEZ FORNIES ANA
GORGAS SORIA CARMEN
PEREZ RONCERO GONZALO RAMON
TORRON MONTERDE NATALIA
DOMINGUEZ BARRIOS PAULA
ESCABOSA ALEGRE MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Unificación de criterios en la valoración al ingreso de pacientes geriátricos. Realizado entre junio y septiembre de 2018.
2. Protocolización de la valoración integral. Realizado entre junio y septiembre de 2018.
3. Definición de la intervención interdisciplinar en la valoración al ingreso de cada miembro del equipo. Realizado en el mes de junio 2018.
4. Diseño de documento para la recogida de datos para la valoración geriátrica integral. Realizado entre junio y septiembre de 2018. Elaborado en formato pdf.
5. Elección de escalas validadas que faciliten la detección y seguimiento de problemas según categoría profesional. Realizado entre junio y septiembre de 2018.
6. Pendiente de presentación del documento para la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y del tríptico informativo de la Unidad a la Comisión de Historias Clínicas del HUMS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Diseño de protocolo que guía al personal en la recogida de datos. SI.
2. Protocolo de valoración y documento de recogida de datos. SI.
3. Elaboración del tríptico informativo de la Unidad. SI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de este proyecto permite:

1. Realizar la valoración geriátrica integral al ingreso hospitalario de forma estructurada sin duplicar información del paciente y permitiendo complementar los datos recogidos por cada miembro del equipo multidisciplinar.

Pendientes de desarrollo:

- Puesta en marcha de la recogida de datos del mediante el documento de Valoración Geriátrica Integral (VGI) elaborado.
- Entrega a familiares y pacientes del tríptico informativo de la Unidad a su ingreso hospitalario.
- Presentación del personal y de la responsable de enfermería al ingreso.
- Valoración del grado de satisfacción de los pacientes/familiares mediante una encuesta anónima.
- Valoración del grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.

2. Adquisición por parte de todo el personal de la Unidad de Geriátrica el compromiso de la realización de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) al ingreso hospitalario facilitando la información referente al funcionamiento de la unidad a través de información verbal complementada con el tríptico informativo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1192 ===== ***

Nº de registro: 1192

Título
MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Autores:
RUIZ MARISCAL MARTA, RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, LOPEZ FORNIES ANA, GORGAS SORIA CARMEN, PEREZ RONCERO GONZALO RAMON, TORRON MONTERDE NATALIA, DOMINGUEZ BARRIOS PAULA, ESCABOSA ALEGRE MAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el paciente geriátrico, además de los efectos del envejecimiento fisiológico, confluyen otras características como la elevada prevalencia de pluripatología, la presentación atípica de la enfermedad y la tendencia de ésta a causar pérdida funcional. La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso interdisciplinar y multidimensional que posibilita la identificación de problemas y necesidades y el desarrollo de una estrategia interdisciplinar de intervención con el objetivo de alcanzar el mayor grado de calidad de vida y optimización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Diseñar protocolo que guíe al personal en la recogida de datos.
- 2.- Elección de escalas de valoración validadas que faciliten la detección y seguimiento de problemas según categoría profesional.
- 3.- Aumentar la seguridad en la atención al paciente mediante la mejora de la valoración geriátrica integral.
- 4.- Valorar el grado de satisfacción de paciente/familiar mediante una encuesta anónima.
- 5.- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.

MÉTODO

- 1.- Unificación de criterios en la valoración al ingreso de pacientes geriátricos. Todo el equipo de mejora.
- 2.- Definición de la intervención de cada miembro del equipo multidisciplinar en la valoración al ingreso. Todo el equipo de mejora.
- 3.- Diseño de documento para recogida de datos durante la valoración integral, donde se contemplen los datos recogidos por cada miembro del equipo multidisciplinar. Todo el equipo de mejora.
- 4.- Elaboración de un tríptico informativo de la unidad dirigido a pacientes y familia. Todo el equipo de mejora.
- 5.- Protocolización de la valoración integral. Todo el equipo de mejora.
- 6.- Identificación del personal responsable al ingreso. Geriatra y personal de enfermería responsable durante el ingreso.
- 7.- Presentación de la supervisora de la unidad al paciente y familia al ingreso. Marta Ruiz Mariscal.
- 8.- Recogida y registro, de manera estandarizada y estructurada, de la información necesaria para diagnosticar las necesidades del paciente según categoría profesional. Geriatra y personal de enfermería responsable durante el ingreso.
- 9.- Valoración del grado de satisfacción de los pacientes/familiares mediante una encuesta anónima. Un médico y un responsable de enfermería miembros del equipo de mejora.
- 10.- Valoración del grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima. Un médico y un responsable de enfermería miembros del equipo de mejora.

INDICADORES

Protocolo de valoración y documento de recogida de datos: Sí.
Mejora de resultados en cada escala al alta: 50%.
Cumplimentación del protocolo de valoración al ingreso: 65%.
Encuesta de satisfacción al paciente/familia: Sí.
Encuesta de satisfacción al personal sanitario implicado (médicos y enfermería): Sí.

DURACIÓN

Fecha de inicio: junio 2018.
Definición de los criterios de valoración según categoría profesional: Junio 2018.
Elaboración del protocolo y del documento: Junio -Septiembre 2018.
Elaboración del tríptico informativo: Junio-Septiembre 2018.
Realización de la valoración integral según categoría profesional: Octubre/18-Junio/19.
Entrega del tríptico informativo al paciente y familia al ingreso: Octubre/18-Junio/19.
Presentación del supervisor/a de la unidad al paciente y a la familia al ingreso: Octubre/18-Junio/19.
Evaluación: satisfacción del personal: Octubre/18-Junio/19.
Evaluación: satisfacción usuario: Octubre/18-Junio/19.
Propuesta de mejora: Junio 2019.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA RUIZ MARISCAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL
PEREZ RONCERO GONZALO RAMON
TORRON MONTERDE NATALIA
ESCABOSA ALEGRE MAR
VILLABONA JIMENEZ MARIA
TRASOBARES GRACIA CRISTINA
GORGAS SORIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el proyecto, incluido en el Acuerdo de Gestión 2018 y 2019 (Unidad de Geriátrica-HUMS), el equipo de mejora enfocado en los siguientes objetivos:

1. Aumentar la seguridad en la atención del paciente mediante la mejora de la Valoración Geriátrica Integral.
2. Facilitar al paciente/familia información referente al funcionamiento de la Unidad mediante la entrega de un folleto informativo.
3. Valorar el grado de satisfacción del paciente/familia.
4. Valorar el grado de satisfacción de los profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente.

Ha desarrollado las siguientes actividades:

Al inicio del Proyecto, se determinó como población diana los pacientes ancianos, de ambos sexos, hospitalizados en la Unidad de Agudos de Geriátrica del Hospital General de la Defensa-HUMS.

Posteriormente se trabajó en la unificación de criterios en función de las necesidades observadas, en la elección de escalas validadas que facilitasen la detección y el seguimiento de problemas de los pacientes ancianos y en la definición de la intervención interdisciplinar en la valoración en el momento del ingreso de cada miembro del equipo asistencial. Para ello se desarrolló un Protocolo de Valoración que incluía: el diseño de un documento, adaptado a las necesidades de nuestros pacientes, para la recogida de datos durante la realización de la Valoración Geriátrica Integral y la elaboración de un tríptico informativo, dirigido a pacientes y familiares, sobre el funcionamiento de la Unidad de Agudos de Geriátrica.

Durante el año 2019, se ha realizado la puesta en práctica del Protocolo de Valoración. Para ello se ha desarrollado una reunión informativa, previamente a su puesta en marcha, dirigida al personal de la Unidad.

En el momento del ingreso de los pacientes en la Unidad se ha realizado la identificación del personal sanitario responsable y la Valoración Geriátrica Integral (Geriatras y personal de Enfermería). Además a los pacientes/familias se les ha entregado el tríptico elaborado sobre el funcionamiento de la Unidad como información complementaria a la facilitada de forma oral (recurso necesario: impresión de folletos).

Al alta hospitalaria se ha proporcionado a pacientes/familia una encuesta anónima (recurso necesario: impresión) para la valoración del grado de satisfacción en la que se explica la finalidad del Proyecto y en la que se plantean las siguientes preguntas:

- ¿Cómo valora su acogida en la Unidad en el momento del ingreso?
- ¿La entrega del folleto informativo de la Unidad le ha ayudado a completar la información facilitada por el personal?

Asimismo, en el último mes, se ha facilitado al personal una encuesta anónima (recurso necesario: impresión) para valorar su grado de satisfacción y la pertinencia del Proyecto a través de las siguientes cuestiones:

- ¿Los nuevos ítems añadidos a la valoración durante el ingreso mejoran la identificación de posibles problemas y/o necesidades del paciente?
- ¿Crees que el folleto informativo entregado al ingreso es útil como información complementaria para el paciente/familia durante su ingreso en la Unidad?

Con el objetivo de poder realizar un seguimiento mensual de los indicadores se ha diseñado un registro en formato Excel para anotar todos los datos recogidos (recurso necesario: soporte informático).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El periodo de intervención ha sido de 2 meses y 15 días: 1 de noviembre 2019 - 15 de enero 2020.

Durante ese periodo han ingresado en la Unidad de Agudos de Geriátrica un total de 140 pacientes ancianos, 49 de ellos hombres (35%) y 91 mujeres (65%).

Se lleva a cabo la cumplimentación del documento de valoración desarrollado (por los especialistas en geriatría y enfermería), que forma parte del Protocolo de Valoración al ingreso del Proyecto, a 139 pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

(99,3%), de los cuales se realiza la entrega del tríptico informativo a 117 pacientes/familias (84,2%).

A través de la entrega de encuestas anónimas a paciente/familia al alta hospitalaria se ha obtenido información acerca de la autopercepción de la atención recibida en el momento de su acogida en la Unidad y la utilidad del tríptico informativo. Con un total de 70 encuestas cumplimentadas (50%):

- Grado de satisfacción de la atención/acogida en la Unidad:
 - MUY SATISFACTORIA: 64 (91,4%)
 - SATISFACTORIA: 6 (8,6%)
 - INSATISFACTORIA: 0 (0%)

- Utilidad del tríptico informativo:
 - SÍ: 65 (93%)
 - NO: 5 (7%)

También se ha conseguido información, mediante el mismo método, del grado de satisfacción del personal de la Unidad respecto a las novedades incluidas en el Protocolo de Valoración al ingreso así como su percepción sobre el beneficio que el tríptico informativo aporta a pacientes y familias. Con un total de 15 encuestas cumplimentadas (62,5%):

- Percepción de que los ítems añadidos a la Valoración del ingreso mejoran la identificación de problemas/necesidades del paciente:
 - SÍ: 15 (100%)
 - NO: 0 (0%)
- Utilidad tríptico informativo:
 - SÍ: 15 (100%)
 - NO: 0 (0%)

En resumen, según los datos recogidos por el grupo de mejora, al 99,3% de los pacientes ancianos ingresados en la Unidad de Geriátría de Agudos se les realiza la Valoración Geriátrica Integral y se cumplimenta el documento de valoración. Los pacientes/familias califican su grado de satisfacción como muy satisfactorio o satisfactorio respecto a la atención recibida en el momento de su acogida en la Unidad en el 100% de los casos. El tríptico informativo es considerado útil, como información complementaria, por los pacientes/familiares en el 93% de las encuestas cumplimentadas y en el 100% de los de los casos es percibido como beneficioso por parte del personal. En relación a la evaluación, por parte del personal médico y de enfermería, de los ítems añadidos a la valoración, el 100% de los encuestados los percibe como una ayuda para la identificación temprana de posibles problemas o necesidades de los pacientes que pueden presentarse durante el ingreso hospitalario.

Con respecto a los indicadores marcados:

- Desarrollo de Protocolo de Valoración y documento de recogida de datos. Resultado ESPERADO: SI. Resultado OBTENIDO: SI
- Cumplimentación del Protocolo de Valoración al ingreso. Resultado ESPERADO: =90%. Resultado OBTENIDO:99,3%
- Entrega de tríptico informativo al ingreso. Resultado ESPERADO: =70%. Resultado OBTENIDO:84,2%
- Entrega encuesta de satisfacción a paciente/familia. Resultado ESPERADO:=50%. Resultado OBTENIDO:=50%
- Encuesta de satisfacción a personal sanitario implicado (Médicos geriatras y enfermería). Resultado ESPERADO: =50%. Resultado OBTENIDO: 62,5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusión, los miembros del equipo consideramos que los resultados obtenidos corroboran la necesidad del desarrollo e implantación de una estrategia de intervención interdisciplinar (Valoración Geriátrica Integral) en el momento del ingreso de los pacientes en la Unidad de Agudos de Geriátría. Para ello es preciso la implantación de un documento de valoración multidisciplinar específico y adaptado a las características del paciente anciano, como el elaborado en este Proyecto, que facilite la identificación de posibles necesidades y problemas, contribuyendo así a disminuir los riesgos derivados de la atención y evite la duplicidad de recogida de información.

La entrega del tríptico informativo sobre el funcionamiento de la Unidad ha tenido muy buena acogida, tanto por parte de los pacientes y familias como por parte del personal. Además contribuye a garantizar el derecho a la información de los usuarios y a mejorar su nivel de satisfacción.

No obstante, durante el desarrollo del Proyecto hemos detectado el siguiente problema:

- La implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en la Unidad únicamente para los facultativos (Geriatras), no así para el personal de enfermería (pendiente de implantación), por lo que actualmente se está trabajando en dos formatos diferentes para el registro de datos de la Valoración Geriátrica Integral.

Por último, los integrantes del equipo de mejora consideramos que para la sostenibilidad del proyecto es necesario:

- Utilizar el documento desarrollado para la recogida y el registro de datos durante la Valoración Geriátrica Integral por parte del equipo interdisciplinar.
- Desarrollar una sesión informativa para dar a conocer el Protocolo de Valoración al ingreso a todos aquellos profesionales, principalmente de enfermería, que a pesar de no formar parte de la plantilla habitual

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

de la Unidad de Agudos de Geriátrica, prestan atención con frecuencia a los pacientes ancianos ingresados en la Unidad.

? Asegurar una dotación continuada de trípticos informativos impresos.

? Adaptar el documento específico desarrollado para la realización de la Valoración Geriátrica Integral al ingreso en la Unidad de Agudos de Geriátrica al formato de la Historia Clínica Electrónica (HCE) tanto para geriatras como para el personal de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1192 ===== ***

Nº de registro: 1192

Título

MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Autores:

RUIZ MARISCAL MARTA, RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, LOPEZ FORNIES ANA, GORGAS SORIA CARMEN, PEREZ RONCERO GONZALO RAMON, TORRON MONTERDE NATALIA, DOMINGUEZ BARRIOS PAULA, ESCABOSA ALEGRE MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Ancianos

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: PLURIPATOLOGÍA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el paciente geriátrico, además de los efectos del envejecimiento fisiológico, confluyen otras características como la elevada prevalencia de pluripatología, la presentación atípica de la enfermedad y la tendencia de ésta a causar pérdida funcional. La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso interdisciplinar y multidimensional que posibilita la identificación de problemas y necesidades y el desarrollo de una estrategia interdisciplinar de intervención con el objetivo de alcanzar el mayor grado de calidad de vida y optimización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

1.- Diseñar protocolo que guíe al personal en la recogida de datos.

2.- Elección de escalas de valoración validadas que faciliten la detección y seguimiento de problemas según categoría profesional.

3.- Aumentar la seguridad en la atención al paciente mediante la mejora de la valoración geriátrica integral.

4.- Valorar el grado de satisfacción de paciente/familiar mediante una encuesta anónima.

5.- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.

MÉTODO

1.- Unificación de criterios en la valoración al ingreso de pacientes geriátricos. Todo el equipo de mejora.

2.- Definición de la intervención de cada miembro del equipo multidisciplinar en la valoración al ingreso. Todo el equipo de mejora.

3.- Diseño de documento para recogida de datos durante la valoración integral, donde se contemplen los datos recogidos por cada miembro del equipo multidisciplinar. Todo el equipo de mejora.

4.- Elaboración de un tríptico informativo de la unidad dirigido a pacientes y familia. Todo el equipo de mejora.

5.- Protocolización de la valoración integral. Todo el equipo de mejora.

6.- Identificación del personal responsable al ingreso. Geriatra y personal de enfermería responsable durante el ingreso.

7.- Presentación de la supervisora de la unidad al paciente y familia al ingreso. Marta Ruiz Mariscal.

8.- Recogida y registro, de manera estandarizada y estructurada, de la información necesaria para diagnosticar las necesidades del paciente según categoría profesional. Geriatra y personal de enfermería responsable durante el ingreso.

9.- Valoración del grado de satisfacción de los pacientes/familiares mediante una encuesta anónima. Un médico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

y un responsable de enfermería miembros del equipo de mejora.

10.- Valoración del grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima. Un médico y un responsable de enfermería miembros del equipo de mejora.

INDICADORES

Protocolo de valoración y documento de recogida de datos: Sí.

Mejora de resultados en cada escala al alta: 50%.

Cumplimentación del protocolo de valoración al ingreso: 65%.

Encuesta de satisfacción al paciente/familia: Sí.

Encuesta de satisfacción al personal sanitario implicado (médicos y enfermería): Sí.

DURACIÓN

Fecha de inicio: junio 2018.

Definición de los criterios de valoración según categoría profesional: Junio 2018.

Elaboración del protocolo y del documento: Junio -Septiembre 2018.

Elaboración del tríptico informativo: Junio-Septiembre 2018.

Realización de la valoración integral según categoría profesional: Octubre/18-Junio/19.

Entrega del tríptico informativo al paciente y familia al ingreso: Octubre/18-Junio/19.

Presentación del supervisor/a de la unidad al paciente y a la familia al ingreso: Octubre/18-Junio/19.

Evaluación: satisfacción del personal: Octubre/18-Junio/19.

Evaluación: satisfacción usuario: Octubre/18-Junio/19.

Propuesta de mejora: Junio 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL RODRIGUEZ HERRERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEZA PEREZ CARMEN
CLERENCIA SIERRA MERCEDES
DOMINGUEZ BARRIOS PAULA
RUIZ MARISCAL MARTA
CATALAN ESTEBANEZ OSCAR
FERNANDEZ LOZANO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elección de escala validada que facilite la cumplimentación del documento de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico-Toma de decisiones consensuadas. Realizado en junio de 2018.
2. Diseño del documento para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico-toma de decisiones consensuadas, para incluir en la Historia Clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriatria de Agudos (UGA). Realizado en junio de 2018.
3. Elaboración de una tabla para la recogida de datos. Formato EXCEL. Realizado en agosto-septiembre de 2018.
4. Presentación del documento a la Comisión de Historias Clínicas del HUMS. Realizado en septiembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Diseño del documento para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico-Toma de decisiones consensuadas, para incluir en la Historia Clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriatria de Agudos (UGA). SI.
2. Elaboración de tabla para la recogida de datos. SI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de este proyecto permite:

1. Mejorar la atención del paciente anciano frágil, fomentando el trabajo interdisciplinar, así como la participación del mismo (o familiar) en la toma de decisiones.
2. Unificar criterios para la toma de decisiones en relación a la limitación del esfuerzo terapeutico. Pendiente de desarrollo:
- Inclusión del documento para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico-Toma de decisiones consensuadas, en la Historia Clínica.
- Cumplimentación del documento durante el ingreso hospitalario, por el médico responsable, al ingreso del paciente.
- Revisión semanal de los documentos cumplimentados al ingreso, por el médico responsable, hasta el alta o fallecimiento del paciente; o cuando se requiera por cambio significativo del estado clínico.
- Desarrollo de reunión mensual del equipo de mejora para revisar la cumplimentación del documento.
- Realización de encuesta a todos los sanitarios (médicos y enfermería) implicados, de forma anónima para valorar el grado de satisfacción y la utilidad de la herramienta desarrollada.
Adquisición de conciencia de la necesidad de consenso en la toma de decisiones entre los miembros del equipo implicados en la atención del paciente anciano frágil, para mejorar con ello la calidad de la atención prestada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1202 ===== ***

Nº de registro: 1202

Título
ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Autores:
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, DEZA PEREZ CARMEN, CLERENCIA SIERRA MERCEDES, DOMINGUEZ BARRIOS PAULA, RUIZ MARISCAL MARTA, CATALAN ESTEBANEZ OSCAR, FERNANDEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatología
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento de la esperanza de vida ha propiciado un aumento de la multimorbilidad, en su mayoría, enfermedades crónicas. Este cambio epidemiológico, exige un cambio en nuestra práctica clínica diaria. El proceso de atención al paciente hospitalizado, y en mayor medida al anciano frágil, requiere de una continua toma de decisiones. Éstas han sido tomadas tradicionalmente por el personal sanitario (según el conocimiento científico y la experiencia de los profesionales), y en menor medida, por las preferencias expresadas por el paciente. Esto último, va tomando cada vez más importancia, especialmente si existen directrices previas, o si el paciente (o familiar) expresan su voluntad durante el ingreso. En definitiva, es todo ello lo que nos ha motivado a iniciar este proyecto con el que se pretende mejorar la atención al paciente anciano frágil, fomentando el trabajo interdisciplinar y la participación del mismo (o familiar) en la toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Diseñar un documento para incluir en la historia clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriátrica de agudos (UGA), que ayude en la toma de decisiones a los profesionales sanitarios; en la que se recoja:
 - Motivo del ingreso.
 - Existencia de voluntades anticipadas.
 - Índice frágil-VIG.
 - Indicación de reanimación cardiopulmonar o no.
 - Indicación de aviso a UCI.
 - Indicación de medidas intensivas en planta (Nutrición parenteral/enteral por SNG; Transfusión; Drogas vasoactivas)
 - Indicación de medidas conservadoras en planta (tratamiento intravenoso, subcutáneo, antibiótico, exclusivamente sintomático).
2. Asegurar la cumplimentación del documento en los pacientes ingresados en UGA.
3. Actualización del registro de toma de decisiones, cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable y por enfermería.
4. Revisión mensual de la cumplimentación del documento.
5. Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.

MÉTODO

- 1.- Diseñar un documento para incluir en la historia clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriátrica de agudos (UGA), que ayude en la toma de decisiones a los profesionales sanitarios. Carmen Deza Pérez.
- 2.- Asegurar la cumplimentación del documento en los pacientes ingresados en UGA. Todo el equipo de mejora.
3. Actualización del registro de toma de decisiones cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable y por enfermería. El médico responsable y un enfermero/a.
- 4.- Revisión mensual de la cumplimentación del documento. Todo el equipo de mejora.
- 5.- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima. Raquel Rodríguez, Marta Ruiz, Carlos Fernández.

INDICADORES

1. Realización del documento. Si
2. Inclusión del mismo en la Historia Clínica. Sí
3. Cumplimentación del documento durante el ingreso hospitalario, por el médico y enfermero/a responsable, al ingreso del paciente. (>6=50%).
4. Revisión semanal de los cumplimentados al ingreso, por el médico responsable, hasta el alta o fallecimiento del paciente, o cuando se requiera por cambio significativo del estado clínico del paciente. (>6=50%)
5. Reunión mensual del equipo de mejora para revisar la cumplimentación del documento. Si
- 6.. Tras los primeros seis meses del inicio del proyecto, se pasará una encuesta de satisfacción a todos los sanitarios (médicos y enfermería) implicados, de forma anónima para valorar el grado de satisfacción y la utilidad que encuentran (en el caso de que así sea). Si

DURACIÓN

- Diseñar el documento de la Historia clínica: junio/18.
- Inclusión del mismo en la Historia Clínica: julio-septiembre/18.
- Cumplimentación del documento: septiembre/18-marzo/19.
- Revisión mensual: septiembre/18-marzo/19.
- Encuesta de satisfacción: abril-mayo/19.
- Propuesta de mejora del documento de adecuación del esfuerzo terapéutico. mayo/19.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL RODRIGUEZ HERRERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLERENCIA SIERRA MERCEDES
DEZA PEREZ CARMEN
RUIZ MARISCAL MARTA
CATALAN ESTEBANEZ OSCAR
FERNANDEZ LOZANO CARLOS
PEREZ RONCERO GONZALO RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El equipo de mejora de este proyecto, incluido en el Acuerdo de Gestión 2018 y 2019, se propuso los siguientes objetivos:

- 1- Inclusión de un documento desarrollado para la ayuda en la toma de decisiones clínicas a los profesionales sanitarios en la Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA).
- 2.- Asegurar la cumplimentación de dicho documento en los pacientes ingresados en Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA), por el médico responsable, al ingreso.
- 3.- Actualización del registro de toma de decisiones, cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable.
- 4.- Revisión mensual de la cumplimentación del documento por del equipo de mejora.
- 5.- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería implicados mediante una encuesta anónima tras los primeros seis meses del inicio del proyecto.

Para llevar a cabo los objetivos marcados se han realizado las siguientes acciones:

Durante el año 2018 en primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica, previa a la realización de un documento que ayudara a la toma de decisiones en la práctica clínica de los profesionales sanitarios en nuestro medio. Posteriormente, dicho documento fue evaluado por la Unidad de Calidad del HUMS y aprobado por la Comisión de Historias Clínicas, incluyéndose en la práctica habitual de los profesionales sanitarios de la Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA), realizándose a todos los pacientes ingresados. El equipo de mejora se ha encargado de asegurar la cumplimentación del documento al ingreso, así como la actualización del mismo a la semana de ingreso, o cambio sustancial en el curso clínico del paciente, realizando revisiones periódicas.

Durante el año 2019 se procedió a la elaboración de una hoja de cálculo Excel, para recoger y analizar los datos obtenidos: datos demográficos, la existencia o no de voluntades anticipadas y si se han consensuado o no las decisiones tomadas: RCP, UCI, medidas intensivas en planta (nutrición parenteral SNG; transfusión; drogas vasoactivas), tratamiento conservador en planta (tratamiento intravenoso; tratamiento subcutáneo; tratamiento antibiótico (exclusivamente sintomático)).

Finalmente, se ha realizado una encuesta anónima a los facultativos de la UGA para valorar el grado de satisfacción. Dicha encuesta consta de cuatro preguntas: si ha utilizado el documento de adecuación del esfuerzo terapéutico; si le ha resultado de utilidad; si sería beneficioso continuar con su utilización y finalmente si está satisfecho con el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El periodo de recogida de datos ha sido de tres meses: 14 de octubre 2019 - 14 de enero 2020.

Durante este periodo de tiempo han ingresado en UGA un total de 171 pacientes, siendo mujeres 106 (62%). Los pacientes mayores de 90 años fueron 65 (38%). Proceden de domicilio al ingreso 132 (77%). La estancia media de ingreso fue de 12.29 días.

En un total de 168 pacientes (98.2%) fue cumplimentado el documento de adecuación del esfuerzo terapéutico. Disponían de voluntades anticipadas 2 pacientes (1.16%). Las decisiones fueron consensuadas con familia o paciente en 108 casos (63.1%). Presentaban un índice de fragilidad leve ($=0.36$) 49 pacientes (28.65%). Candidatos a UCI/RCP resultaron 56 pacientes (32.7%) de los ingresados en UGA.

En relación a la encuesta de satisfacción realizada a los médicos de la UGA, el 100% de los encuestados ha utilizado el documento de adecuación del esfuerzo terapéutico, le ha resultado de utilidad e indican que sería beneficioso continuar con su utilización; aunque manifiestan resulta dificultoso por la escasez de recursos humanos en la Unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Con respecto a los indicadores marcados:

1. Inclusión de un documento desarrollado para la ayuda en la toma de decisiones clínicas a los profesionales sanitarios en la Unidad de Geriatriía de Agudos (UGA). Resultado ESPERADO: SI. Resultado OBTENIDO: el documento ha sido incluido en las historias clínicas de la UGA, pero está pendiente de inclusión en historia clínica electrónica (HCE).
2. N° de documentos cumplimentados en los pacientes ingresados en UGA, por el médico responsable, al ingreso del paciente. Resultado ESPERADO: =50%. Resultado OBTENIDO: 98.2%
3. N° actualizaciones del registro de toma de decisiones cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable. Resultado ESPERADO: =50%. Resultado OBTENIDO: 13.4%
4. Revisión mensual de la cumplimentación del documento por el equipo de mejora. Resultado ESPERADO: SI. Resultado OBTENIDO: SI.
5. Valoración del grado de satisfacción de los profesionales médicos implicados mediante una encuesta anónima. Resultado ESPERADO: SI. Resultado OBTENIDO: SI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusión, la valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas, ha sido muy positiva.

El proceso de elaboración del documento de adecuación del esfuerzo terapéutico, requirió de una amplia revisión bibliográfica, teniendo especialmente en cuenta documentos de práctica clínica similares en nuestro entorno, que pudiesen ser de utilidad. Finalmente, se logró obtener un documento práctico, así como breve para su cumplimentación, que ayudara al personal sanitario en la toma de decisiones sobre el paciente, y facilitara a su vez, la labor asistencial de los facultativos de guardia en UGA.

No obstante, durante el desarrollo del proyecto, los profesionales médicos han detectado como inconveniente, la falta de tiempo en la práctica clínica diaria (en relación a la presión asistencial), para cumplimentar de forma consensuada con paciente o familia el documento.

Por último, se considera desde el equipo de mejora que para la sostenibilidad del proyecto se precisa:

- Aumento del tiempo disponible para mejorar la comunicación del personal sanitario con familiares y pacientes, favoreciendo el empoderamiento de estos últimos, siempre que sea posible.
- La inclusión del documento de adecuación del esfuerzo terapéutico en la HCE, para que otros profesionales sanitarios de Aragón tengan acceso a esta herramienta, ayudándoles en la toma de decisiones y adecuación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1202 ===== ***

N° de registro: 1202

Título
ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Autores:
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, DEZA PEREZ CARMEN, CLERENCIA SIERRA MERCEDES, DOMINGUEZ BARRIOS PAULA, RUIZ MARISCAL MARTA, CATALAN ESTEBANEZ OSCAR, FERNANDEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatología
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento de la esperanza de vida ha propiciado un aumento de la multimorbilidad, en su mayoría, enfermedades crónicas. Este cambio epidemiológico, exige un cambio en nuestra práctica clínica diaria. El proceso de atención al paciente hospitalizado, y en mayor medida al anciano frágil, requiere de una continua toma de decisiones. Éstas han sido tomadas tradicionalmente por el personal sanitario (según el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

conocimiento científico y la experiencia de los profesionales), y en menor medida, por las preferencias expresadas por el paciente. Esto último, va tomando cada vez más importancia, especialmente si existen directrices previas, o si el paciente (o familiar) expresan su voluntad durante el ingreso.

En definitiva, es todo ello lo que nos ha motivado a iniciar este proyecto con el que se pretende mejorar la atención al paciente anciano frágil, fomentando el trabajo interdisciplinar y la participación del mismo (o familiar) en la toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Diseñar un documento para incluir en la historia clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriátrica de agudos(UGA), que ayude en la toma de decisiones a los profesionales sanitarios; en la que se recoja:

- Motivo del ingreso.
 - Existencia de voluntades anticipadas.
 - Índice frágil-VIG.
 - Indicación de reanimación cardiopulmonar o no.
 - Indicación de aviso a UCI.
 - Indicación de medidas intensivas en planta (Nutrición parenteral/enteral por SNG; Transfusión; Drogas vasoactivas)
 - Indicación de medidas conservadoras en planta (tratamiento intravenoso, subcutáneo, antibiótico, exclusivamente sintomático).
2. Asegurar la cumplimentación del documento en los pacientes ingresados en UGA.
3. Actualización del registro de toma de decisiones, cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable y por enfermería.
4. Revisión mensual de la cumplimentación del documento.
5. Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.

MÉTODO

- 1.- Diseñar un documento para incluir en la historia clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriátrica de agudos (UGA), que ayude en la toma de decisiones a los profesionales sanitarios. Carmen Deza Pérez.
- 2.- Asegurar la cumplimentación del documento en los pacientes ingresados en UGA. Todo el equipo de mejora.
- 3. Actualización del registro de toma de decisiones cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable y por enfermería. El médico responsable y un enfermero/a.
- 4.- Revisión mensual de la cumplimentación del documento. Todo el equipo de mejora.
- 5.- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima. Raquel Rodríguez, Marta Ruiz, Carlos Fernández.

INDICADORES

- 1. Realización del documento. Si
- 2. Inclusión del mismo en la Historia Clínica. Sí
- 3. Cumplimentación del documento durante el ingreso hospitalario, por el médico y enfermero/a responsable, al ingreso del paciente. (>6=50%).
- 4. Revisión semanal de los cumplimentados al ingreso, por el médico responsable, hasta el alta o fallecimiento del paciente, o cuando se requiera por cambio significativo del estado clínico del paciente. (>6=50%)
- 5. Reunión mensual del equipo de mejora para revisar la cumplimentación del documento. Si
- 6.. Tras los primeros seis meses del inicio del proyecto, se pasará una encuesta de satisfacción a todos los sanitarios (médicos y enfermería) implicados, de forma anónima para valorar el grado de satisfacción y la utilidad que encuentran (en el caso de que así sea). Si

DURACIÓN

- Diseñar el documento de la Historia clínica: junio/18.
- Inclusión del mismo en la Historia Clínica: julio-septiembre/18.
- Cumplimentación del documento: septiembre/18-marzo/19.
- Revisión mensual:septiembre/18-marzo/19.
- Encuesta de satisfacción: abril-mayo/19.
- Propuesta de mejora del documento de adecuación del esfuerzo terapéutico.mayo/19.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1267

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ALODIA DE VAL LAFAJA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANDER ZUÑIGA ROLF CHRISTIAN
VILLAR SAN PIO TERESA
AZABAL MARTIN LORENA
TRASOBARES GRACIA CRISTINA
FERNANDEZ LOZANO CARLOS
ARASCO CABEZUELO JORGE
DE LA PIEDRA GIMENO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Test de volumen-viscosidad MEC-V adaptado a pacientes ingresados en Unidad Geriátrica de Agudos en las primeras 24 horas del ingreso con registro del resultado.

Adecuación de la dieta para disfagia en cada paciente de forma individualizada, especificando la cantidad que pueden ingerir por toma, y la consistencia necesaria (texturas néctar, miel, pudín).

Enseñanza de cómo llevar a cabo una correcta higiene de la boca antes y después de cada comida, facilitando el cepillo específico y el colutorio antiséptico necesarios.

Facilitación de trípticos informativos a los cuidadores de los pacientes en los que se ha diagnosticado disfagia.

Elaboración del test de volumen-viscosidad adecuado a nuestra Unidad para mejorar el proyecto, incluyendo el ítem de disfagia previa al ingreso y el de episodios de broncoaspiración durante el ingreso.

Todas las actividades se han realizado dentro del calendario previsto: de enero de 2017 a diciembre de 2018.

Recursos empleados: agua a temperatura ambiente, espesante neutro, jeringa de alimentación (50-100 ml), vasos para la preparación de viscosidades, cucharas, pulsioxímetro y aspirador de secreciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado y registrado 280 test de volumen-viscosidad MEC-V de enero a diciembre de 2018. Se ha detectado disfagia en 105 pacientes, adaptándose la dieta de los mismos y facilitando el tríptico informativo con las recomendaciones pertinentes en los casos seleccionados.

Se ha llevado a cabo la educación de cuidadores en cuanto a la higiene bucal pre y postprandial se refiere.

Se ha mejorado la atención de los pacientes con riesgo de broncoaspiración, disminuyendo el número de broncoaspiraciones durante el ingreso, tratando los casos de desnutrición detectados y atendiendo a las expectativas de los profesionales que participan en el proyecto.

Los indicadores que hemos elaborado han sido:

Nº de test volumen-viscosidad x 100/ nº de pacientes ingresados con dieta = $280 \times 100/600 = 46,6\%$ (dista del 90% establecido como objetivo por los problemas derivados del cambio de planta del servicio de Geriatria con cambios frecuentes en el personal temporal existente).

Nº de dietas para disfagia x 100/ nº de dietas totales = $10500/600 = 17,5\%$

Nº de trípticos facilitados x 100/ nº de altas a domicilio = $10500/483 = 21,7\%$

Nº de broncoaspiraciones durante el ingreso x 100/ nº de pacientes = $17 \times 100/671 = 2,5\% < 10\%$ marcado previamente a la recogida de datos.

Sesiones conjuntas de formación, evaluación y seguimiento: 5 (más de dos al año).

Los datos se recogen en Excel creado para elaborar los indicadores; los datos son introducidos semana a semana, por los miembros del proyecto, siguiendo un orden establecido que está visible en la planta de la Unidad de Geriatria.

Los indicadores se han creado siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y la bibliografía consultada hasta el momento.

Para mejorar el proyecto y hacerlo extensible a todas las plantas en las que se ingresen ancianos, hemos adaptado el test de volumen-viscosidad a las necesidades del paciente ingresado (habitualmente encamado, con bajo nivel de conciencia o alteraciones del ritmo día-noche, con patologías agudas que aumenten el riesgo de broncoaspiración...). Para ello, disminuimos la cantidad de líquido ingerido a 15 ml como máximo, a diferencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1267

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA

del test MEC-V que llega a los 20 cc (cantidad que proponemos probar en aquellos pacientes diagnosticados de disfagia en las primeras 24 h del ingreso, cuando se estabilizan a los días del ingreso).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Balance positivo hasta el momento con puntos que pueden mejorarse en la actualidad, con plantilla de personal estable, no presente hasta el momento y que ha repercutido de una forma negativa, no pudiéndose realizar el test en algunos casos o con pérdida de tests durante el mes de noviembre en el que se produjo el traslado de la planta de Geriatria.

Ha aumentado la sensibilidad frente al problema de la disfagia, que a veces tiene una presentación atípica, capacitando al personal de la Unidad para un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado de forma individualizada, disminuyendo así el número de infecciones respiratorias motivadas por broncoaspiración y el porcentaje de desnutrición durante el ingreso.

Se trata de un proyecto necesario, que se podría aplicar en todas las plantas del hospital frecuentadas por pacientes geriátricos, dada la elevada prevalencia de disfagia existente en las Unidades de Agudos con pacientes encamados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1267 ===== ***

Nº de registro: 1267

Título
ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA

Autores:
DE VAL LAFAJA ALODIA, VILLAR SAN PIO TERESA, SANDER ZUÑIGA ROLF CHRISTIAN, AZABAL MARTIN LORENA, TRASOBARES GRACIA CRISTINA, FERNANDEZ LOZANO CARLOS, DE LA PIEDRA GIMENO SARA, ARASCO CABEZUELO JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H GENERAL DE LA DEFENSA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Disfagia
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La disfagia es un problema frecuente que afecta a pacientes frágiles asociando desnutrición y numerosas infecciones respiratorias. Su forma de presentación, en pacientes geriátricos, suele ser atípica, con síntomas atenuados. De ahí la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado a cada paciente de forma individualizada.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la capacidad del diagnóstico precoz de los pacientes con disfagia que ingresen en la planta de Geriatria
Adecuar la dieta en cada paciente según su nivel de disfagia durante el ingreso y mantenerla al alta.
Llevar a cabo una correcta higiene bucal antes y después de cada comida, por parte del paciente o cuidador principal.

MÉTODO
1. Realización de test volumen-viscosidad MEC-V en las primeras 24 horas del ingreso con registro del resultado.
2. Adecuación de la dieta para disfagia en cada paciente de forma individualizada, especificando la cantidad que pueden ingerir por toma, y la consistencia necesaria (texturas néctar, miel, pudín).
3. Enseñar a llevar a cabo una correcta higiene de la boca antes y después de cada comida, facilitando también el cepillo específico y el colutorio antiséptico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1267

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA

4. Facilitar trípticos informativos a los cuidadores de los pacientes en los que se diagnostica la disfagia.

De 3 a 4 reuniones anuales. Trabajo en común a través de plataforma Google drive.
Sesiones conjuntas de formación, evaluación y seguimiento: dos o más al año
Recursos materiales: espesante, pulsioxímetro.

INDICADORES

Nº de test volumen-viscosidad x 100/ nº de pacientes ingresados con dieta = 90%
Nº de dietas para disfagia x 100/ nº de dietas totales
Nº de trípticos facilitados x 100/ nº de altas a domicilio
Nº de broncoaspiraciones durante el ingreso x 100/ nº de pacientes < 10%

DURACIÓN

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: junio/2018
Elaboración de criterios: diciembre/2016
Medición de indicadores y propuesta de nuevo proyecto de mejora: diciembre/2018
Todo llevado a cabo por los participantes del grupo y los miembros del Servicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0941

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA VIVIFRAIL EN GERIATRIA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE LIRIA GRACIA CUADRADO
· Profesión TCAE
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES IGLESIAS MARIA JOSE
CABEZON SAN JUAN MARIA VIRGINIA
SANCHEZ PRADO MARIA DEL PERPETUO SOCORRO
LATORRE GRACIA SONIA
GARCIA FERNANDEZ LORENA
VILLABONA JIMENEZ MARIA
DE VAL LAFAJA ALODIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Más de dos charlas divulgativas sobre la idoneidad de la tabla de ejercicios multicomponente Vivifrail en pacientes ingresados en Unidad Geriátrica de Agudos. Son ejercicios que mejoran la fuerza, el equilibrio y la coordinación, repercutiendo de una forma positiva en su grado de funcionalidad, disminuyendo así su fragilidad. Plastificar las ruedas de Vivifrail descargadas de la web (gratuita), pautadas de forma individualizada a los pacientes ingresados cuando el médico que tienen asignado autoriza la realización de los ejercicios. Ejercicios pautados según grado de dependencia:

- A: con limitación grave de la movilidad, discapacitado, con riesgo de caídas.
- B: con limitación moderada de la movilidad, frágil, con/sin riesgo de caídas.
- C: con limitación leve de la movilidad, prefrágil, con/sin riesgo de caídas.
- D: sin limitación de la movilidad (SPPB 10-12, vel. Marcha (6 m.) > 1 m./seg).

Elaboración de pesas con botellas de plástico rellenas con arena o agua y bolas de presión compuestas por globos de arroz o espuma.

Compra de pizarra para actualizar diariamente los pacientes incluidos en el programa.

Solicitud de colaboración de voluntarios de Aragón a través de formulario facilitado por coordinadora aragonesa de voluntariado, María Ríos, trabajadora social, para acompañar a aquellos pacientes que no tienen acompañante.

Disminución del riesgo de caídas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tres charlas impartidas para divulgar la necesidad del ejercicio multicomponente Vivifrail en pacientes ingresados en Unidad Geriátrica de Agudos.

Presentación del programa en el I encuentro de Salud Comunitaria y XVIII Jornada de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud celebradas los días 27 y 28 de noviembre de 2019 con facilitación de la información a centro de salud de Utebo por ser de utilidad al grupo de atención de sus mayores.

81 ruedas facilitadas desde el uno de abril de 2019 hasta el uno de enero de 2020.

Indicadores:

- Folletos facilitados x 100 / N° de pacientes ingresados > 10% = $81 \times 100 / 746 = 11\%$
- Pacientes del grupo A atendidos / N° de pacientes ingresados = $67 / 746 = 0,09$
- Pacientes del grupo B atendidos / N° de pacientes ingresados = $14 / 746 = 0,02$
- Pacientes del grupo C atendidos / N° de pacientes ingresados = 0
- Pacientes del grupo D atendidos / N° de pacientes ingresados = 0
- Caídas durante el ingreso: 0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos alcanzado el porcentaje acordado en la última reunión pero, marcar inicialmente un 80% de pacientes incluidos en el programa y disminuirlo a un 10% por falta de personal implicado no nos parece correcto. También han influido en los resultados alcanzados el elevado porcentaje de pacientes dependientes y paliativos atendidos y el grado de complejidad que con frecuencia asocian.

Debemos impartir una nueva charla en la Unidad de Geriatria, abierta a todo el hospital, para añadir la realización de los ejercicios como un apartado más del tratamiento del paciente ingresado en Unidad Geriátrica de Agudos, porque la evidencia científica nos respalda y las diferentes guías de otras especialidades emitidas en los últimos años (Insuficiencia cardíaca, EPOC, insuficiencia renal crónica, rehabilitación, oncología...) aconsejan la realización de ejercicio físico para mejorar la situación global de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Esperamos mejorar los resultados durante este año 2020.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0941

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA VIVIFRAIL EN GERIATRIA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/941 ===== ***

Nº de registro: 0941

Título
IMPLANTACION DE PROGRAMA VIVIFRAIL EN GERIATRIA

Autores:
GRACIA CUADRADO LIRIA, MORALES IGLESIAS MARIA JOSE, CABEZON SAN JUAN MARIA VIRGINIA, SANCHEZ PRADO MARIA DEL PERPETUO SOCORRO, LATORRE GRACIA SONIA, GARCIA FERNANDEZ LORENA, VILLABONA JIMENEZ MARIA, DE VAL LAFAJA ALODIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H GENERAL DE LA DEFENSA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías agudas que motivan ingreso en Unidad Geriátrica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto VIVIFRAIL es un programa gratuito educacional de ejercicio multicomponente centrado en el tratamiento de la fragilidad a través de la prescripción de ejercicio físico de forma individualizada. El concepto de salud en personas mayores debe medirse en términos de función y no sólo por la suma de diferentes patologías. La fragilidad es un síndrome geriátrico que ocurre durante el envejecimiento y se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica ante una situación de estrés. Se relaciona estrechamente con la sarcopenia o pérdida de masa muscular relacionada con la inmovilidad. La prevalencia de fragilidad en mayores de 65 años no institucionalizados en España puede llegar al 21%. Conlleva peores resultados clínicos, mayor morbimortalidad y mayor discapacidad. Ejercicios físicos que mejoren la fuerza, el equilibrio, y la coordinación repercutirán de una forma positiva en su grado de autonomía. Su grado de funcionalidad va a condicionar la expectativa y calidad de vida posteriores al ingreso.
Los estudios consultados revelan que la prescripción de ejercicio físico debe adaptarse cuidadosamente a cada individuo para proporcionar un estímulo suficiente que mejore la capacidad funcional de los sujetos frágiles, mejorando así su situación de vulnerabilidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal:
Incluir a los pacientes ingresados en Unidad Geriátrica de Agudos en programa Vivifrail en el momento en el que se encuentren estabilizados (lo prescribirá el médico que tengan asignado).

Objetivos secundarios:
- formación del personal sanitario y los cuidadores capacitados para la realización de los ejercicios del programa a través de charlas y folletos informativos.
- Disminución del riesgo de caídas.
- Disminución de la fragilidad.

MÉTODO
Más de dos charlas informativas al año para la formación y divulgación diaria de los ejercicios físicos recomendados según el perfil del paciente en el momento en el que se autorice la realización de los mismos:
- A: con limitación grave de la movilidad, discapacitado, con riesgo de caídas.
- B: con limitación moderada de la movilidad, frágil, con/sin riesgo de caídas.
- C: con limitación leve de la movilidad, prefrágil, con/sin riesgo de caídas.
- D: sin limitación de la movilidad (SPPB 10-12, Vel. Marcha (6M.): > 1 m./seg.)

INDICADORES
Indicadores:
- Folletos facilitados x 100 / Nº de pacientes ingresados > 80%
- Pacientes del grupo A atendidos / Nº de pacientes ingresados
- Pacientes del grupo B atendidos / Nº de pacientes ingresados
- Pacientes del grupo C atendidos / Nº de pacientes ingresados
- Pacientes del grupo D atendidos / Nº de pacientes ingresados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0941

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA VIVIFRAIL EN GERIATRIA

Evaluación anual del grado de cumplimiento de los ejercicios pautados durante el ingreso.

DURACIÓN

Del uno de abril de 2019 al uno de abril de 2020.

OBSERVACIONES

El personal sanitario que entre en contacto con el paciente y sus cuidadores, recordará la realización de los ejercicios pautados a diario a partir del momento en el que se prescriba el inicio de los mismos. Los ejercicios vienen pautados con número de series y repeticiones aconsejadas.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0123

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA MEDICA)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ DE RUEDA CILLER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARMONA MOZOTA MARTA
GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA
SANZ GRACIA MARIA JOSE
IRIGOYEN PARDO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización del "Protocolo para la prevención y tratamiento de la infección bacteriana".
- Realización del "Protocolo para la prevención y tratamiento de la infección vírica"
- Realización del "Protocolo para la prevención y tratamiento de la infección fúngica"
- Elaboración de un documento para el registro de eventos adversos. Estos eventos adversos, se llevan registrando desde Marzo de 2017 por parte de todo el personal sanitario del servicio.
-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han elaborado los 3 protocolos correspondientes para el manejo de las diferentes infecciones en el paciente hematológico. Para ello, nos hemos ayudado de la bibliografía más actualizada posible en el manejo de las mismas.

Documento para recogida de los eventos adversos. Este documento, se encuentra en el control de Enfermería de la 6ªA Pares, pudiéndose documentar por parte del personal sanitario, cualquier evento adverso acontecido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La notificación de eventos adversos, nos ha ayudado a ver dónde están nuestros fallos y las posibilidades de mejora.

Los protocolos para el tratamiento de las diferentes infecciones, se encuentran en fase final de revisión y aceptación, pudiéndose así iniciar su uso en la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/123 ===== ***

Nº de registro: 0123

Título
PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA MEDICA)

Autores:
DE RUEDA CILLER BEATRIZ, COSTILLA BARRIGA LISSETTE, CARMONA MOZOTA MARTA ROCIO, GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA, SANZ GRACIA MARIA JOSE, IRIGOYEN PARDO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Elaboración de protocolos clínicos y guías de tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0123

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA MEDICA)

Formularios a rellenar al ingreso por el médico de guardia (nota de ingreso).
Listado de incidencias / efectos adversos detectados durante la práctica asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Protocolizar todos los tratamientos para actuar de la manera más uniforme posible.
Ser capaces de detectar efectos adversos que puedan afectar al paciente y su correcta notificación.
Necesidad de realizar una correcta historia clínica al ingreso del paciente para un mejor enfoque y un mejor tratamiento.

MÉTODO

Realización de protocolos clínicos para uso interno del área de hospitalización de hematología. Responsables: personal médico de planta (Beatriz De Rueda, Lissette Costilla y Rebeca Rubio)

Nota de ingreso uniforme para todos los pacientes que ingresan en planta. Responsable: Beatriz De Rueda

Detección y correcta notificación de cualquier evento adverso que pueda acontecer. Responsable: Beatriz De Rueda

INDICADORES

Evaluación periódica (mensual) de los eventos adversos acontecidos y notificación de los mismos.

Evaluar la correcta realización de la nota de ingreso (realizada por el hematólogo de guardia) en todos los pacientes hospitalizados.

DURACIÓN

Grupo activo desde el 1 de Enero de 2016.
Fecha prevista de finalización: finales de 2017

Cronograma de actividades:

Reuniones del grupo de calidad mensuales

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0128

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA DE ENFERMERIA)

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA GARCIA ESCUDERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARMONA MOZOTA MARTA
SANZ GRACIA MARIA JOSE
IRIGOYEN PARDO PILAR
DE RUEDA CILLET BEATRIZ
COSTILLA BARRIGA LISSETTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REALIZAR LISTADO DE INCIDENCIAS/EFFECTOS ADVERSOS DETECTADOS DURANTE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL.
ELABORACIÓN DE TRÍPTICO INFORMATIVO QUE SE ENTREGARÁ A TODOS LOS PACIENTES A SU INGRESO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA. REALIZAR ENCUESTAS DE SATISFACCION A UN 10% DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO, DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA AL INGRESO.
ELABORACIÓN DE DÍPTICO INFORMATIVO PARA LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS AL TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA.
ELABORACIÓN DE DÍPTICO INFORMATIVO PARA LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS AL TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE HIZO RECOGIDA DE ENCUESTAS DE SATISFACCION A LOS PACIENTES, SALIENDO EL 100% SATISFECHOS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA AL INGRESO.
REALIZACION DE TRIPTICOS INFORMATIVOS PARA LOS PACIENTES LA INGRESO, PENDIENTES DE VALIDAR POR UCA.
REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDO AL TRASPLANTE AUTOLOGO DE MÉDULA ÓSEA, PENDIENTE DE VALIDAR POR UCA.
PENDIENTE DE REALIZAR DÍPTICO INFORMATIVO PARA LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS AL TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA.
SE SIGUEN REGISTRANDO INCIDENCIAS/EFFECTOS ADVERSOS OCURRIDO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y SE EVALUAN MENSUALMENTE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA/ HEMOTERAPIA ESTÁ INMERSO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LO QUE NOS PARECE MUY IMPORTANTE SEGUIR CON EL REGISTRO DE INCIDENCIAS/EFFECTOS ADVERSOS.
DEBIDO A LA SATISFACCION DE LOS PACIENTES CON LA INFORMACIÓN DADA AL INGRESO, SEGUIREMOS HACIENDO DICHAS ENCUESTAS, PARA RESOLVER DUDAS DEL PACIENTE, FAMILIARES Y PARA TRABAJAR TODO EL SERVICIO CON LAS MISMAS PAUTAS TRABAJAREMOS EN LA REALIZACIÓN DEL DÍPTICO DE TRASPLANTE ALOGÉNICO Y ESPERAREMOS VALIDACIÓN DE OTROS DÍPTICOS PARA PODER ENTREGAR A LOS PACIENTES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/128 ===== ***

Nº de registro: 0128

Título
PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA DE ENFERMERIA)

Autores:
GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA, CARMONA MOZOTA MARTA ROCIO, SANZ GRACIA MARIA JOSE, IRIGOYEN PARDO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0128

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA DE ENFERMERIA)

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de Hematología Hemoterapia está inmerso en la seguridad del paciente por lo que elaboraremos un listado de incidencias/efectos adversos detectados durante la práctica asistencial.

Para resolver dudas del paciente y familiares y para trabajar todo el servicio con las mismas pautas se elaboraran trípticos informativos que se entregarán a todos los pacientes a su ingreso en el servicio de hematología, se elaborarán dípticos informativos para los pacientes que van a ser sometidos a trasplante autólogo de médula ósea y también se elaborarán dípticos informativos para los pacientes que van a ser sometidos al trasplante alogénico.

RESULTADOS ESPERADOS

Ser capaces de detectar los efectos adversos que puedan afectar al paciente y su correcta notificación. El grupo de mejora valorará las necesidades, elaborará los trípticos, y los dípticos, los consensuará en grupo y los comentará con el servicio de Hematología, con la participación de algún usuario. Los repartirá a los pacientes a su ingreso.

MÉTODO

Listado de incidencias/efectos adversos detectados durante la práctica asistencial. Responsables Beatriz De Rueda y María Teresa García.
Elaboración del tríptico informativo que se entregará a todos los pacientes a su ingreso en el servicio de hematología. Responsables María José Sanz y Pilar Irigoyen.
Elaboración del díptico informativo para los pacientes que van a ser sometidos al trasplante autólogo de médula ósea. Responsables Marta Carmona y María Teresa García.
Elaboración de díptico informativo para los pacientes que van a ser sometidos al trasplante alogénico de médula ósea. Responsables María José Sanz y María Teresa García.

INDICADORES

Evaluación periodica (mensual) de los eventos adversos acontecidos y notificación de los mismos.

Realizaremos dos cortes al año (abril y octubre) de un 10% de los ingresos al año que hay en el servicio, donde les entregaremos una encuesta que recogerá datos sobre si la información recibida ha sido suficiente, si la han comprendido y sobre qué información les hubiese gustado recibir. Haremos las modificaciones oportunas.

DURACIÓN

Desde 01/01/2016 hasta 31/12/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0535

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001. HOSPITAL DE DIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ANASTASIA PILAR AULES LEONARDO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CABALLERO NAVARRO GONZALO
GODOY MOLIAS ANA CRISTINA
MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA
PARRA SALINAS INGRID
RUBIO MARTINEZ ARACELI
RECASENS FLORES VALLE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones del grupo de mejora.
- Se realizó la actualización de los protocolos de quimioterapia en el programa de farmacia Hospiwin.
- Sistematización y análisis de la información del Sistema de Gestión de Calidad:
- Seguimiento de indicadores
- Análisis de incidencias y toma de medidas Correctoras / preventivas
- Estudio de No conformidades (apertura, estudio y cierre).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS ESPERADOS

1.Mantener la certificación ISO 9001.

Se ha logrado mantener la certificación ISO 9001 del Hospita de día - Hematología, de acuerdo con las siguiente calendario:

- Auditoría interna: 24 marzo 2017
- Revisión por la dirección: 14 abril 2017
- Auditoría externa: 20 abril 2017

2. Seguimiento de los dos objetivos para 2016-2017 del Hospital de día Hematología:

-Disminución de la variabilidad de la práctica clínica mediante la actualización de los protocolos de quimioterapia vigentes.

-Indicador: Porcentaje de protocolos de quimioterapia actualizados: (estandar >80%), Logrado: 98%.

-Modificación de la sistemática de citación de tratamientos en Hospital de día Hematología, a realizar por personal administrativo y no por enfermería.

Se ha desistido de este objetivo dado que no depende de la unidad ni del personal que labora en ella sino de recursos y voluntad de área administrativa ajenos a la misma.

-Seguimiento de indicadores críticos:

-Gestion del tratamiento: Porcentaje de pacientes con demora >24 horas en la administración de tratamiento en Hospital de día Hematología por no disponibilidad de sillones/camas: (estándar 5%).
Logrado: 0%, a ningún paciente se le retrasó el tratamiento por no disponibilidad.

-Gestión de informes: Porcentaje de pacientes en tratamiento en hospital de día Hematología que disponen de informe médico en la intranet (estándar 30%).
Logrado el 50% de pacientes con informe.

-Gestion de citación: Porcentaje de pacientes de primer día con carácter preferente citados antes de 10 días en consulta externa de Hematología: (estándar 80%). Logrado: 82%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-El Hospital de día Hematología del H. Miguel Servet ha logrado mantener la certificación ISO 9001, pese a los cambios de personal y a ser un sistema de calidad joven, gracias al esfuerzo y trabajo en equipo de todo el personal que labora en el mismo, con lo cual se garantiza continuar prestando un servicio de calidad a los usuarios.

7. OBSERVACIONES.

Ha habido un cambio en la responsable del proyecto, cuando se aprobó era la Dra. Ilda Mª Murillo Flórez pero debido a movimientos de FEA interinos, la Dra. Anastasia Aulés Leonardo pasa a ser la responsable de Calidad del Hospital de día y la responsable del proyecto desde el 24/02/2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0535

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001. HOSPITAL DE DIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

*** ===== Resumen del proyecto 2016/535 ===== ***

Nº de registro: 0535

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 HOSPITAL DE DIA SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA, CABALLERO NAVARRO GONZALO, GODOY MOLIAS ANA CRISTINA, GUALLART CALVO MARIA REYES, MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES, PARRA SALINAS INGRID, RUBIO MARTINEZ ARACELI, RECASENS FLORES VALLE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Hospital de día del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario Miguel Servet ha trabajado duro durante el último año para recuperar la certificación según norma UNE-EN ISO 9001 para el año 2016 y lo ha conseguido. Dicha certificación estaba suspendida desde el año 2014 debido a importantes cambios estructurales del Servicio de Hematología.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto, el compromiso del Hospital de día del Servicio de Hematología y Hemoterapia es mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales o potenciales.

Nuestro planteamiento es mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 lograda en 2016. Teniendo en cuenta que se trata de un sistema joven, consideramos necesario fortalecer todos los procesos en los que se sustenta para garantizar su continuidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos de este proyecto son:

- Mantener la certificación ISO 9001.
- Ejecutar los objetivos propuestos para 2016-2017 en el sistema de calidad del Hospital de día Hematología.

MÉTODO

1. Metodología
 - Sistematización y utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua, mediante las actividades descritas abajo junto con los responsables de su ejecución.
 - Actualización de los protocolos de quimioterapia y de manejo de hemopatías mediante la revisión bibliográfica de guías de tratamiento nacionales e internacionales, publicaciones científicas, protocolos y consensos disponibles.
2. Actividades
 - Resultado del seguimiento de los dos objetivos para 2016-2017 del Hospital de día Hematología:
 - o Disminución de la variabilidad de la práctica clínica mediante la actualización de los protocolos de quimioterapia vigentes y la elaboración de protocolos clínicos para el manejo de las diferentes hemopatías.
 - o Modificación de la sistemática de citación de tratamientos en Hospital de día Hematología, a realizar por personal administrativo y no por enfermería.
 - Seguimiento de indicadores
 - Análisis de incidencias y toma de medidas correctoras/preventivas
 - Estudio de No conformidades (apertura, estudio y cierre).

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0535

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001. HOSPITAL DE DIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Para monitorizar el proyecto emplearemos los siguientes indicadores:

1. Porcentaje de protocolos de quimioterapia actualizados: (estandar >80%), Objetivo: >80%.

Este indicador se obtendrá del número de protocolos de quimioterapia debidamente actualizados / número total de protocolos para el tratamiento de hemopatías en el Hospital de día disponibles en el programa de farmacia Hospiwin.

2. Modificación de la sistemática de citación de tratamientos en Hospital de día (por personal administrativo y no por enfermería): Implantación

Este indicador se valorará mediante el cumplimiento de las actividades y calendario previstos para su ejecución y el logro final del objetivo planteado.

3. Cumplimiento de tres indicadores críticos del Sistema de Calidad del Hospital de día Hematología:

Gestion del tratamiento*: Porcentaje de pacientes con demora >24 horas en la administración de tratamiento en Hospital de día Hematología por no disponibilidad de sillones/camas: (estándar 5%). Objetivo <5%

Gestión de informes*: Porcentaje de pacientes en tratamiento en hospital de día Hematología que disponen de informe médico en la intranet*(estándar 30%). Objetivo >30%

Gestion de citación*: Porcentaje de pacientes de primer día con carácter preferente citados antes de 10 días en consulta externa de Hematología: (estándar 80%). Objetivo >80%

*La medición se realizará durante una semana aleatoria mínimo dos veces al año.

La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la Norma: auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio y finalización del proyecto: Enero a Diciembre 2017

Auditoría interna: Febrero/abril 2017

Revisión por la Dirección: Abril 2017

Auditoría Externa: mayo/junio 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorías interna: Abril-Diciembre 2017.

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorías externa:Junio-Diciembre 2017.

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Enero-Diciembre 2017.

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados: Marzo 2017

-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0779

1. TÍTULO

MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS AUTOANALIZADORES

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ANA IBORRA MUÑOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LATORRE MARCELLAN PEDRO
FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA
GIMENEZ FORTEA ELENA
MACIAS PALACIN MARIA PILAR
RODRIGO MARTINEZ CARMEN
ARQUED RIVES MARIA JOSE
LASALA VILLA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas durante el año 2017 han sido las siguiente:

- Revisión por la Dirección. 9 de marzo 2017.
- Auditoría interna. 3 y 4 de abril 2017.
- Auditoría externa. 22 y 23 de noviembre de 2017.

Se ha cumplido, aunque con ligeras variaciones, los tiempos establecidos para cada una de las actividades establecidas en el proyecto inicial.

Se han realizados reuniones periódicas entre los componentes del grupo de mejora para la preparación de auditorías en las que se ha ido realizando evaluaciones del sistema de gestión de calidad, resultados periódicos de controles internos y externos para su posterior evaluación, junto con el resto de las actividades desarrolladas para el mantenimiento del sistema de gestión de calidad (gestión de personal, mantenimiento de equipos, formación del personal, gestión de no conformidades).

Uno de los objetivos nuevos incorporados hace referencia a la realización de la regla de validación "plaquetas-citrato". En estos momentos se realiza de manera automática, apareciendo reflejado en el informe de laboratorio definitivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las propuestas que se hicieron en el proyecto de cara a objetivos de calidad son los siguientes, los cuales se han alcanzado en su totalidad:

1. En la fase preanalítica los objetivos marcados:
 - Reducir el número de muestras insuficientes por debajo del 10%
2. En la fase analítica
 - Capacitación del personal, conseguir una asistencia a los cursos de formación superior al 80%
 - Reglas de validación.
3. En fase postanalítica:
 - Disminuir el porcentaje de correos no abiertos por debajo del 5% - Mantener el tiempo de respuesta inferior a 24 horas.

En cuanto a las "plaquetas-citrato" el resultado obtenido ha sido satisfactorio, al comprobar que se ha reducido el número de frotis de sangre periférica que se hacían antes de la introducción de dicha regla de validación, y además la cifra emitida en el informe es más precisa.

El resultado final de todo el trabajo del grupo de mejora ha sido la renovación de la acreditación del laboratorio tras la realización de las auditorías interna y externa del año 2017.

Un aspecto añadido a los resultados expuestos y que no había sido mencionado en el proyecto inicial ha sido la ampliación del alcance de la VSG.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo de mejora valora positivamente las actividades realizadas a lo largo del año 2017, ya que han contribuido de forma importante al mantenimiento de la acreditación y han facilitado la consecución de los objetivos propuestos.

Para el mantenimiento de la acreditación es conveniente continuar con este proyecto, ya que el sistema de gestión de calidad en el laboratorio es un proceso continuo, que implica formación del personal que se vaya incorporando y seguimiento de todas las actividades incluidas en el sistema, de una forma periódica a lo largo de años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/779 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0779

1. TÍTULO

MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS AUTOANALIZADORES

Nº de registro: 0779

Título

MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS AUTOANALIZADORES

Autores:

IBORRA MUÑOZ ANA, LATORRE MARCELLAN PEDRO, FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA, GIMENEZ FORTEA ELENA, MACIAS PALACIN MARIA PILAR, RODRIGO MARTINEZ CARMEN, ARQUED RIVES MARIA JOSE, LASALA VILLA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El laboratorio de hematología del HU Miguel Servet está acreditado según la norma UNE-EN ISO 15189 para laboratorios de análisis clínicos desde el año 2009. Nuestra propuesta como proyecto de mejora y el compromiso del servicio de hematología es el mantenimiento de dicha acreditación para el año 2017, tras la puesta en marcha de los nuevos contadores hematológicos, garantizando un sistema de gestión donde los procesos estén documentados y actualizados. Como oportunidad de mejora tras la incorporación de los nuevos analizadores se han ido desarrollando una serie de reglas de validación que van a conseguir un trabajo más eficiente en el área. Estas reglas de validación, ajustadas a nuestra población, consiguen que el trabajo sea más automatizado con lo que se disminuyen errores y se gana en eficiencia.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es el mantenimiento de la acreditación del laboratorio. Como objetivo secundario conseguir los objetivos propuestos por el laboratorio para 2016-2017. En la fase preanalítica: reducir el número de muestras insuficientes por debajo del 10%, capacitación del personal, conseguir una asistencia a los cursos de formación superior al 80% y en fase postanalítica: disminuir el porcentaje de correos no abiertos por debajo del 5% y mantener el tiempo de respuesta inferior a 24 horas. Además de estos objetivos básicos, con la incorporación de distintas reglas de validación se pretende que sobre los resultados alterados detectados por el sistema, de una manera automatizada, se realicen las acciones necesarias para su corrección o en caso necesario la realización de un frotis automático por el nuevo extensor-teñidor para que sea interpretado por el facultativo responsable de la sección.

MÉTODO

En relación al Sistema de Gestión de Calidad es necesario sistematizar y mejorar la utilización de la información (informes de auditorías, objetivos e indicadores, no conformidades, incidencias) para la mejora continua, mediante un control más directo de las incidencias y no conformidades con reuniones periódicas del personal implicado en la acreditación con el responsable de calidad del servicio, en las que también se realizará el seguimiento trimestral de los objetivos planteados para la acreditación y revisión de desviaciones que se puedan producir en los mismos. Nº de reuniones trimestrales: mínimo 3. En cuanto a las reglas de validación planteadas por el laboratorio para la mejora del trabajo destacamos la realización de "plaquetas-citrato": al incorporar todos los tubos de coagulación en el sistema de separación y almacenaje, es posible la realización de forma automática de un nuevo hemograma con el citado tubo cuando las plaquetas estén por debajo del límite de la normalidad. En caso del llamado "fenómeno EDTA" la cifra se corregirá en el nuevo análisis y ya no hará falta ninguna revisión posterior. En caso de no corregirse se realizará una extensión de sangre periférica para su revisión por el facultativo responsable. Todos estos pasos, sin las reglas de validación de los nuevos contadores, se harían de forma manual. A partir de ahora es un proceso continuo, haciendo el trabajo del personal más eficiente.

INDICADORES

Fase preanalítica:
Reducir el número de incidencias de muestras insuficientes respecto al total de incidencias. Indicador: Porcentaje de muestras insuficientes < 10%.
Muestras repetidas de un mismo paciente en el mismo día. Indicador: Porcentaje de peticiones repetidas de un mismo paciente en el mismo día < 0.5 %.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0779

1. TÍTULO

MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS AUTOANALIZADORES

Fase analítica:

Creación y valoración de reglas de decisión en los nuevos equipos. Indicador: Porcentaje de análisis con realización de plaquetas-citrato del total de análisis con trombocitopenia >80%.

Capacitación del personal asignado al área de hematimetría en el uso de los nuevos equipos. Indicador: % asistencia del personal a las actividades formativas >80%.

Fase postanalítica:

Disminuir el número de email no abiertos con comunicaciones de valores patológicos en consultas externas. Indicador: % email no abiertos <5%.

Tiempo de respuesta. Indicador: Fecha del informe analítico - fecha de petición < 24 horas.

DURACIÓN

Auditoría interna: Febrero/abril 2017.

Revisión por la dirección: Abril 2017.

Auditoría externa: Mayo/junio 2017.

Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría interna: Abril/diciembre 2017.

Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría externa: Junio/diciembre 2017.

Formación de los profesionales y sesiones del servicio: Tercer trimestre de 2016/ Primer trimestre 2017.

Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE CARLOS SALVADOR OSUNA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROBLES CLERENCIA GEMA MARIA
BELLOSO ROMERO SONIA
FERNANDEZ LACRUZ PILAR
MONEVA JORDAN JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º Todos los hospitales de Aragón, a excepción del hospital Obispo Polanco de Teruel han remitido muestras de líquido cefalorraquídeo para estudio inmunofenotípico para citometría. Se ha facilitado formación al personal del S. de Hematología encargado de las extracciones acerca de la técnica de extracción y condiciones de transporte. Los hospitales: Universitario Miguel Server de Zaragoza, Royo Villanova de Zaragoza, hospital de Barbastro y Hospital San Jorge de Huesca han enviado muestras de PAAF de adenopatías para estudio inmunofenotípico por citometría.

2 El personal técnico implicado en la recepción de muestras está formado acerca de las condiciones y tiempo de conservación de las muestras.

3º Se reponen los tubos con material estabilizante (TransFix) o medio de cultivo (RPMI) a través de la supervisión de enfermería de los Servicios de Hematología, Anatomía patológica, Unidad de bronoscopias del Servicio de Hematología del H. Miguel Servet. En los Hospitales San Jorge de Huesca y H. Royo Villanova se reponen tubos con estabilizador a petición de los facultativos y colaboradores de dichos centros. En el caso de los centros periféricos se envían los tubos con estabilizante a través del personal encargado del transporte de muestras intercentros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo de vigencia del programa de Mejora de la calidad, la unidad de Citometría ha recibido:

166 muestras de PAAF. El 100 % de las mismas se recibió correctamente estabilizada. En 11 de las muestras no había celularidad viable.

200 muestras de líquido cefalorraquídeo. De estas, 199 estaban correctamente estabilizadas y se emitió un informe con un juicio clínico así como un recuento de la celularidad de la muestra y el desglose de poblaciones.

3º Se han podido procesar con éxito muestras de líquidos cefalorraquídeos extraídos fuera del horario de trabajo, uno de los objetivos prioritarios del programa (las extracciones de muestras deben efectuarse cuando la situación del paciente lo requiere, no de 8 a 15 de lunes a viernes).

EVALUACIÓN DE INDICADORES:

Facultativos formados: 100 % del personal de Anatomía patológica (hemopatólogos), Neumología / bronoscopias, Hematología HUMS, HRV, HSJ.

Formación de TEL encargados de la recepción de la muestra: 100 % del personal de la Unidad de Citometría.

Correcta cumplimentación de los volantes de solicitud: todos los volantes recibidos, estaban suficientemente cumplimentados (datos de identificación del paciente, facultativo peticionario, fecha de la petición y extracción, tipo de muestra enviado, sospecha clínica, tipo de estudio solicitado).

Correcta estabilización de la muestra:

Muestras de PAAF: 100 %.

Muestras de LCR: 99,5 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1º No se ha elaborado un documento de recogida de datos dada la complejidad en la elaboración del mismo así como la heterogeneidad de los Servicios implicados. Haría falta la elaboración de documentos diferenciados en función de los Servicios implicados y el tipo de muestra. Dado que el objetivo del SALUD es lograr "hospitales sin papel", se valora la posibilidad de trabajar con el petirorio electrónico del programa de gestión de laboratorio Modulab Gold. En la actualidad, las peticiones de citometría de los hospitales Miguel Servet, H. Royo Villanova y H. San Jorge de Huesca, se generan electrónicamente y una vez la muestra es recibida por la Sección de recepción de muestras su personal activa la petición y esta es visible por la unidad de Citometría de flujo. El problema detectado con este método de trabajo es que no siempre se codifica correctamente el tipo de muestra enviado ni la sospecha diagnóstica. Algunos centros duplican y hasta triplican la petición para una misma muestra. Este problema, detectado en años previos sigue sin tener una solución. Por el momento, trabajamos con diferentes volantes de petición: P10, hoja de consulta, hoja de petición de estudio anatomopatológico. Todos ellos, por el momento, clarifican el tipo de petición de muestra así como el tipo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

estudio solicitado por el clínico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

creemos que se ha logrado una mejora evidente sobre la realidad de años previos. Se ha logrado poder disponer de estudio inmunofenotípico en cualquier paciente de los centros mencionados independientemente del horario de trabajo, sin embargo queda margen de mejora: debe conseguirse la correcta estabilización del 100 % de las muestras (aunque los resultados logrados han sido casi excelentes en este sentido). Debe trabajarse en un petitorio unificado y trabajar con el personal administrativo que crea las peticiones electrónicas para evitar duplicaciones y que se aporte información suficiente en cuanto a sospecha diagnóstica. El proyecto es sostenible, dado que el reactivo estabilizante empleado está en concurso de reactivos y tiene código SERPA. Creemos que dado que existe margen de mejora el proyecto debe ser replicado y continuar en años venideros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/859 ===== ***

Nº de registro: 0859

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

Autores:
SALVADOR OSUNA CARLOS, ROBLES CLERENCIA GEMA MARIA, BELLOSO ROMERO SONIA, FERNANDEZ LACRUZ PILAR, MONEVA JORDAN JUAN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora y optimización de recursos

PROBLEMA

La citometría de flujo (CMF) es la técnica más sensible y específica para la detección de infiltración neuromeningea por procesos oncohematológicos. Puede resultar de ayuda en los estudios de adenopatías por PAAF (punción aspiración con aguja fina) en casos en los que el patólogo sospeche una hemopatía. En las muestras de PAAF de algunas patologías hematológicas (pej. Linfomas de alto grado de malignidad o con alto recambio celular) la pérdida celular puede ser muy rápida. El líquido cefalorraquídeo(LCR) tiene capacidad citolítica per se. Dado que la citometría precisa células viables para obtener resultados, el procesamiento de la muestra deba realizarse en 30 minutos desde la extracción(Biomédica 2010;30(Supl):11-21). Teniendo en cuenta que el transporte de la muestra puede precisar de un tiempo superior se detectó que un alto porcentaje de las muestras recibidas en la unidad de citometría no tenían celularidad viable en el momento del análisis, lo que obligaba a repetir la extracción. En muestras infiltradas por células tumorales que fácilmente puedan entrar en apoptosis, es posible, a pesar de un procesamiento inmediato, que la técnica sólo detecte la celularidad residual normal, resultando un análisis falsamente negativo. Por todo lo anteriormente dicho, la obtención de muestras de LCR y PAAF para citometría sólo podía realizarse de lunes a viernes, en horario de trabajo y ello con altas posibilidades de obtener resultados no representativos de la situación clínica real del paciente. Algunos estudios (J Clin Oncol.2009;27:1462-1469. Curr Protoc Cytom. 2008; Chapter 6: Unit 6.25) demuestran que el empleo de soluciones estabilizantes previenen la pérdida celular debida a la apoptosis y a la citolisis en muestras para inmunofenotipaje por periodos superiores a las 48 horas, lo que permite ofertar un análisis fiable y de calidad independientemente del horario de extracción. Por todo ello, se constituyó un grupo de mejora de la calidad y se solicitó la inclusión del proyecto: "IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN, ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTÍPICOS" en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD. Este programa fue seleccionado en la convocatoria de 2013. En 2015 se amplió el proyecto para ofertarlo a todos los Servicios de Hematología y Neurología de la Comunidad Autónoma. Hasta la fecha los resultados obtenidos han sido muy favorables, por lo que se solicita el mantenimiento del grupo en el año 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo sigue siendo la optimización de recursos:

1º Eliminar el deterioro de muestras de LCR y PAAF debidas a la citolisis y/o apoptosis evitando la repetición de procedimientos invasivos. Extensión del proyecto a todos los hospitales de la Comunidad Autónoma.

2º La obtención de la muestra se efectúa en el momento que el paciente lo necesita, independientemente del horario.

MÉTODO

Revisión del protocolo en el que se detalle la técnica de obtención, estabilización, transporte y almacenamiento de las muestras de hasta su procesamiento.

Envío de cartas y realización de reuniones formativas si fuese necesario para la explicación y difusión del protocolo entre el personal técnico y facultativo implicado.

INDICADORES

Formación del personal facultativo:

(Facultativos formados/ Facultativos de los Servicios implicados)*100.

Envío de cartas con instrucciones de procedimiento de conservación y almacenaje de las muestras al personal técnico encargado de la recepción de la muestra: (Personas formadas/TEL adscritas al área de citometría)*100. A conseguir un mínimo del 80 %

Correcta cumplimentación del volante de solicitud: (Peticiones correctamente cumplimentadas / N° total de peticiones recibidas)*100. A conseguir un 100 %. En caso de la recepción de un volante no correctamente cumplimentado se contactará con el responsable de la extracción de la muestra.

Correcta estabilización de la muestra: a lograr el 100 %

DURACIÓN

Revisión del protocolo: permanente.

Envío de cartas al personal técnico y facultativo: primera quincena tras la aceptación del proyecto.

Formación del personal adscrito: primer mes tras la aceptación del proyecto.

Valoración de resultados: al año de aceptado el proyecto 2016.

Duración del proyecto: indefinida. Se solicitará renovación del proyecto en 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1002

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE INGRID PARRA SALINAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DE RUEDA CILLER BEATRIZ
COSTILLA BARRIGA LISSETTE
AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR
DELGADO BELTRAN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Formación de un mes por parte de la responsable del grupo de mejora en la Unidad de Trasplante hematopoyético del Hospital Clínico de Barcelona.
2. Se han desarrollado una plantilla con el servicio de archivos para la realización de una informe de valoración pretrasplante del paciente antes del ingreso.
3. Se han creado plantillas de seguimiento postrasplante en las cuales se incluirán datos clinicos importantes, que ayudarán a tomar decisiones terapeuticas o de monitorización.
4. Se han re-distribuido las tareas inicialmente asignadas, dado que 3 miembros del grupo ya no trabajan en este centro.
5. Se ha realizado dos reuniones del grupo de mejora para comentar los avances en las tareas asignadas.
6. Se han programado varias charlas en el servicio por parte del grupo de mejora para para difundir los objetivos y resultados del programa para poder contar con la colaboración de más personal.
7. La data manager de nuestro servicio ha recibido formación para el uso de la plataforma del registro de trasplantes EBMT (European Bone Marrow Transplantation)
8. Se ha obtenido un ejemplar de la guía del GETH (Grupo Español de Trasplante Hematopoyético), para pacientes afectos de EICH crónico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se ha creado un consentimiento informado para los pacientes y en relación con el registro de datos relacionados con el trasplante.
2. Se ha iniciado el registro de los trasplantes realizados en nuestro centro, en el registro EBMT.
3. Se han realizado informes de valoración pre-trasplante en todos los pacientes que han ingresado para trasplante alogénico.
4. Se ha distribuido la guía del GETH a todos los pacientes con EICH crónico.
5. Se han cumplimentado las plantillas de seguimiento postrasplante en todos los pacientes con trasplante alogénico y que reciben tratamiento activo en nuestro centro.
6. Se han actualizado los protocolos de valoración de donante y receptor del trasplante hematopoyético.
7. Se ha creado un email destinado al manejo de la información relacionada con los pacientes trasplantados.
8. Se ha creado un grupo de trabajo con el servicio de Digestivo con el fin de intentar agilizar la realización de pruebas endoscópicas en pacientes trasplantados.
9. Se ha creado un grupo de trabajo con el servicio de Anatomía-Patológica con el fin de poder agilizar los resultados de estos pacientes.
10. Esta pendiente una reunión con el jefe de servicio de Neumología para la creación de un grupo de trabajo con este servicio.
11. Esta pendiente una reunión con el jefe de servicio de Radiología para la creación de un grupo de trabajo con este servicio.
12. Se ha creado el protocolo de Diagnostico y tratamiento de la Enfermedad de injerto contra receptor en pacientes con trasplante hematopoyético y se ha enviado a la Unidad de calidad para su valoración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Está pendiente la actualización del protocolo de seguimiento postrasplante hematopoyético.
Se encuentran en elaboración los protocolos de Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Injerto contra Huésped aguda y Prevención y tratamiento de complicaciones a largo plazo.
La creación de los grupos de trabajo con los servicios de Digestivo y Anatomía-Patológica han sido fundamentales para la atención de los pacientes.
Insistiremos en la creación de los demás grupos de trabajo en los próximos meses.
No hemos alcanzado todos los objetivos iniciales, pero hemos desarrollado más actividades a las propuestas que tienen igual o mayor importancia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1002

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1002

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

***** ***

Nº de registro: 1002

Título
MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
PARRA SALINAS INGRID, DE RUEDA CILLER BEATRIZ, CABALLERO NAVARRO GONZALO, MURILLO FLOREZ ILDA MARIA, COSTILLA BARRIGA LISSETTE, DELGADO BELTRAN MARIA PILAR, RUBIO ESCUIN REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es un procedimiento complejo, que conlleva en la mayoría de los pacientes complicaciones variadas y frecuentes, que en su mayoría precisan un diagnóstico precoz y un tratamiento multidisciplinar. En el proyecto de mejora de 2015 (optimización de la valoración previa y posterior al trasplante de progenitores hematopoyéticos) logramos mejorar el proceso de evaluación de los pacientes candidatos a TPH y homogeneizar el proceso de selección. De igual manera se logró un consenso sobre el seguimiento y estudios que deben hacerse en el periodo postrasplante. No obstante, queda pendiente avanzar en otros aspectos de gran importancia, tales como la elaboración de protocolos de manejo de las principales complicaciones, la creación de equipos multidisciplinarios que no solo valoren al paciente con celeridad en el periodo pretrasplante (proyecto de mejora del año 2015) sino que lo hagan también en el momento de desarrollar complicaciones relacionadas con el mismo. Y la creación de un email institucional dedicado únicamente al manejo de la información relacionada con este tipo de pacientes que permita una comunicación directa y más rápida con el resto de centros hospitalarios donde sean atendidos estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación de un grupo multidisciplinar para el manejo de las complicaciones más frecuentes (metabólicas, digestivas, oftalmológicas, cutáneas, respiratorias, urológicas, ginecológicas y reumatológicas) de los pacientes trasplantados.
- Elaboración de protocolos de prevención, diagnóstico y manejo de Enfermedad de Injerto contra Huésped agudo y crónico (EICH) y de otras complicaciones específicas del trasplante.
- Centralización de toda la información relacionada con los pacientes trasplantados mediante la creación de un email institucional con el fin de no perder ni duplicar información y que facilite la comunicación con otros centros hospitalarios donde sean atendidos estos pacientes.

MÉTODO

Metodología: Se asignarán tareas específicas a cada miembro del grupo de mejora con el fin de asegurar la consecución de los objetivos.

- Reuniones con las distintas especialidades con el fin de concertar el tipo de controles que precisan estos pacientes en sus consultas, intentar asegurar que reciban atención a tiempo y, consensuar pruebas diagnósticas y manejo terapéutico.
- Creación de protocolos de manejo clínico de las complicaciones más prevalentes en este tipo de pacientes.
- Reunión con el equipo de informática de nuestro centro para crear el email institucional dedicado únicamente al manejo de la información relacionada con los pacientes trasplantados.

Actividades:

- Creación de varios grupos multidisciplinarios conformados por uno o dos hematólogos y uno o dos especialistas de otros servicios (Endocrinología, Digestivo, Oftalmología, Dermatología, Neumología, Urología, Ginecología y Reumatología).
- Creación de email institucional y difusión de su existencia a los demás centros hospitalarios donde sean atendidos estos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1002

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- Elaboración de protocolos:
 - o Prevención de la Enfermedad de Injerto contra Huésped.
 - o Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Injerto contra Huésped aguda.
 - o Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Injerto contra Huésped crónica.
 - o Prevención y tratamiento de complicaciones a largo plazo.

INDICADORES

1. Porcentaje de protocolos elaborados / protocolos planeados: Objetivo 80%.
2. Creación de al menos tres grupos multidisciplinares de atención al paciente trasplantado de médula ósea: Objetivo: Constituidos.
3. Creación del email institucional dedicado a temas del trasplante. Objetivo: establecimiento.
4. Tiempo de espera para la valoración de pacientes trasplantados por dichos servicios*: Objetivo: dentro de los plazos acordados previamente con dichos servicios*.
5. Porcentaje de seguimiento de los protocolos de manejo de EICH y complicaciones tardías**: Objetivo 80%.

*La medición de este indicador se hará durante un mes al año, una vez constituido el grupo multidisciplinar.

** La medición de este indicador se hará durante una semana aleatoria dos veces al año, una vez elaborados y difundidos los protocolos, incluyendo todos los pacientes ingresados para trasplante y/o valorados en consulta tras el mismo durante la semana elegida.

DURACIÓN

Enero a Diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1295

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ONLINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA DEL PILAR DELGADO BELTRAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO MARTINEZ ARACELI
CABALLERO NAVARRO GONZALO
GODOY MOLIAS ANA
RECASENS FLORES VALLE
MONTAÑES GARCIA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se obtuvo información de los motivos de derivación desde Atención Primaria a nuestras consultas externas, y, seleccionando aquellos que por su frecuencia y escasa complejidad tendrían mayor impacto en la gestión de la demanda. Los motivos de derivación más frecuentes son hiperferritinemia, linfocitosis, diferentes citopenias (especialmente anemia y trombocitopenia) y sospecha de gammapatía monoclonal.
2. Se partía de un grupo de trabajo multidisciplinar constituido previamente a la instauración de la interconsulta online, que incluía profesionales del Servicio de Hematología y Atención Primaria con el conocimiento de la Dirección de AP y del Hospital Universitario Miguel Servet, en el cual se había trabajado en los borradores de varios protocolos para gestionar la demanda de consultas externas de Hematología, utilizando correo ordinario.
3. Se seleccionaron, por su prevalencia y características de la patología, seis patologías para la elaboración de protocolos: hiperferritinemia, linfocitosis, poliglobulia, leucocitosis, trombocitopenia y ferropenia.
4. Se realiza una reunión semanal de los facultativos responsables de las consultas externas de Hematología (lunes, 8,15-8,45h) en la que se realizan, consensuan y evalúan dichos protocolos
5. Se han finalizado los protocolos de tres patologías, hiperferritinemia, linfocitosis y gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI).
6. Se han consensuado con AP dos de estos protocolos, hiperferritinemia y linfocitosis, estando pendientes de consensuar el protocolo de manejo de GMSI, que reviste mayor complejidad.
7. Los protocolos ya consensuados se han implementado a la plataforma de consulta online.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Realización y puesta en práctica de protocolos consensuados entre AP y AE.
 - a. Hiperferritinemia
 - b. Linfocitosis
2. Protocolos finalizados pendiente de consenso con AP
 - a. Gammapatía monoclonal de significado incierto
3. Protocolos en fase de elaboración:
 - a. Poliglobulia
 - b. Leucocitosis
 - c. Trombocitopenia
 - d. Ferropenia

El sistema informático no permite la extracción de datos para evaluar de forma directa el impacto de dichas actuaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Se tiene constancia de que el grado de satisfacción de los facultativos de AP es elevado. No se han recibido quejas por parte de estos, ni de los pacientes.
2. Dada la presión asistencial en el área de consultas externas de Hematología, requiere mucho esfuerzo por parte de los facultativos, a pesar de ser conscientes de que estas acciones redundan en una mejor gestión de la demanda.
3. La complejidad de los circuitos analíticos complica en ocasiones la implementación de este tipo de protocolos, dado que desde AP no se permite solicitar determinadas exploraciones (en este caso, pruebas analíticas)
4. Sería muy útil consensuar con AP un circuito en el que se proporcionara desde el Servicio de Hematología se les proporcionara la solicitud analítica pertinente (pej, frotis de sangre periférica, proteinograma e IFE, electroforesis de hemoglobinas, estudio del metabolismo férrico completo...), y una vez realizada, se realizara mediante consulta virtual la valoración por parte de Hematología, con las recomendaciones pertinentes. Esto permitiría trasladar a Atención Primaria el seguimiento y control de numerosos pacientes con diagnósticos que únicamente requieren un seguimiento analítico (p. ej. GMSI, leucemia linfoide crónica estable, linfocitosis clonales estables, hemopatías en remisión completa estable...)

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1295

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ONLINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1295 ===== ***

Nº de registro: 1295

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ON LINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS

Autores:
DELGADO BELTRAN MARIA DEL PILAR, RUBIO MARTINEZ ARACELI, CABALLERO NAVARRO GONZALO, GODOY MOLIAS ANA, RECASENS FLORES VALLE, MONTAÑES GARCIA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio aragonés de salud ha puesto en marcha recientemente una vía de derivación de los pacientes desde Atención Primaria a Atención especializada con el objetivo de aumentar la eficacia y calidad de la asistencia, a través de una interconsulta online. Con objeto de disminuir la variabilidad en las respuestas a los facultativos de Atención Primaria, se propone la elaboración de protocolos de patologías relevantes: hiperferritinemia, linfocitosis, leucocitosis, poliglobulia, trombocitopenia, ferropenia.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de hiperferritinemia
2. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de linfocitosis
3. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de leucocitosis
4. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de poliglobulia
5. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de trombocitopenia
6. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo ferropenia.

MÉTODO

Constitución de un grupo de trabajo interdisciplinar con Atención Primaria.
Elaboración los correspondientes documentos para el manejo de dichos pacientes, que incluya información precisa sobre indicaciones de canalización a consultas de Hematología, exploraciones complementarias a realizar en Atención Primaria, y pautas de seguimiento recomendado en Atención Primaria.
Implantar dichos protocolos en la plataforma de interconsulta online.

INDICADORES

Realización de protocolos consensuados entre AP y Hematología. : elaborar y poner en práctica al menos 2 protocolos anuales.

DURACIÓN

De junio de 2018 a diciembre de 2018.
Elaboración del documento sobre hiperferritinemia consensuado: julio/agosto 2018. Responsable: Dra Delgado
Elaboración del documento sobre linfocitosis consensuado: julio/agosto 2018. Responsable Dr. Caballero
Elaboración del protocolo sobre poliglobulia: septiembre/octubre 2018. Responsable: Dra. Recasens
Elaboración del protocolo sobre leucocitosis: septiembre/octubre 2018. Responsable Dra. Rubio
Elaboración del protocolo sobre trombocitopenia. septiembre/octubre 2018 Responsable: Dra. Godoy
Elaboración del protocolo sobre ferropenia. septiembre/octubre 2018. Responsable: Dra. Montañes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1295

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ONLINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1378

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL CALVO VILLAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA
DELGADO BELTRAN MARIA DEL PILAR
MARTIN-CONSUEGRA RAMOS SOFIA
GOMEZ MARTINEZ ANA
HERNANDEZ MATA CARLOS
ZORZANO VALERO ANUNCIATA
PIÑERO PIMPINELA ELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades del proyecto de mejora de la accesibilidad de los pacientes al control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) en el sector Zaragoza II, fueron planteadas con la idea de establecer un modelo mixto de gestión de la anticoagulación. En el modelo descrito el seguimiento de los pacientes anticoagulados más complejos se realiza en el servicio de Hematología hospitalario, mientras que los profesionales de AP controlan a los pacientes con TAO estables (aproximadamente el 70-80%).

El objetivo de este modelo de seguimiento del TAO es proporcionar una mayor accesibilidad, adherencia al tratamiento y aceptación del paciente mediante un sistema de gestión del TAO mixto entre el servicio de Hematología y Atención Primaria (AP).

Para cumplir los objetivos del proyecto realizamos las siguientes actividades:

1. Se constituyó el grupo de trabajo multidisciplinar del TAO entre el servicio de Hematología (AE) del HUMS y AP del sector sanitario Zaragoza II en el que se incluyeron profesionales del servicio de Hematología y de los diferentes equipos de Atención Primaria con el conocimiento de la Dirección de AP y de la Gerencia del Hospital Universitario Miguel Servet.

2. Se ha promovido la formación del personal sanitario mediante cursos y sesiones interactivas entre el servicio de Hematología y los diferentes equipos de AP (EAP), así como la propuesta de protocolos asistenciales para el manejo de situaciones clínicas relacionadas con la anticoagulación como por ejemplo "el manejo perioperatorio del paciente anticoagulado".

Asimismo el servicio de Hematología ha impartido el curso organizado por el sector sanitario Zaragoza II "Anticoagulación oral. Manejo del tratamiento anticoagulante oral para médicos de atención primaria" en Mayo del 2018.

También los facultativos de la Unidad de Hemostasia y Trombosis han participado en la actividad formativa "Optimización de la anticoagulación oral en atención primaria" coordinada por la Dra. García Roy e incluida en la oferta de Formación Continuada del Servicio Aragonés de Salud".

La sección de Hemostasia ha validado la "Guía de manejo rápido de AVK en AP". Elaborada por la Dra. García-Roy.

3. Para fomentar la descentralización en favor de una atención integral y manejo coordinado del paciente anticoagulado se han implantado las siguientes medidas:

Se ha establecido por parte del servicio de Hematología de la figura del "consultor en anticoagulación oral" asumido por los facultativos de la sección de Hemostasia al que los profesionales de AP acceden o bien por interconsulta virtual al servicio de Hematología o por llamada telefónica directa desde los profesionales de AP al servicio de Hematología para la consulta de situaciones complejas o cualquier tema relacionado con la asistencia o la gestión de la anticoagulación oral.

Se ha promovido la extracción del INR digital mediante coagulómetros portátiles para el control del TAO, reservando la extracción venosa de la muestra para la determinación del INR para casos "especiales" o situaciones donde la extracción digital de la muestra para TAO no está indicada.

Se han realizado varias reuniones de seguimiento de la descentralización entre la Dirección de AP y el servicio de Hematología valorando el ritmo de la descentralización y las posibles ineficiencias del protocolo con el objetivo de implementar medidas correctoras adicionales a este plan de mejora.

El servicio de Hematología ha mantenido reuniones para valorar el desarrollo del proceso de descentralización con los profesionales de los EAP de los Centros de Salud de Parque Norte, San José Norte/Centro y Canal Imperial entre otros.

4. Se ha desarrollado el protocolo de recuperación de pacientes con INR estable en seguimiento por el servicio de Hematología por Atención Primaria propuesto por Atención Primaria que permite la derivación de los pacientes con TRT estable tras el control inicial en el servicio de Hematología. Este protocolo también permite la derivación del paciente a AE a criterio por el facultativo de AP que atiende al paciente.

Se han elaborado diferentes protocolos de manejo de situaciones clínicas relacionadas con la anticoagulación oral en AP que se detallarán en el apartado de resultados junto con el estado de su proceso de aprobación.

5. Se ha establecido un programa de autotratamiento de los fármacos aVKs en el Hospital Universitario Miguel Servet en el que participan activamente personal de enfermería y facultativos de la sección de Hemostasia del servicio de Hematología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este apartado procederemos a analizar los resultados según la evaluación de los indicadores reseñados en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1378

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

el proyecto:

1. Realización de protocolos consensuados entre AP y AE.
 - a. Protocolo de manejo odontológico de pacientes anticoagulados. Elaborado y vigente en la actualidad en el sector II.
 - b. Protocolo de recuperación de pacientes con INR estable en seguimiento por el servicio de Hematología por Atención Primaria. Elaborado y vigente en la actualidad en el sector II.
 - c. Protocolo de manejo perioperatorio del paciente anticoagulado. Elaborado y pendiente de revisión para su implantación.
 - d. Protocolo de manejo de ACODs. Elaborado y pendiente de revisión para su implantación.
2. Número de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular en TAO derivados a Atención Primaria desde el Hospital.

En este apartado nuestro gestor informático de anticoagulación no nos permite valorar este parámetro por lo que hemos optado por incluir para el análisis los pacientes que durante el periodo no se han controlado en el servicio de Hematología y que asumimos que pasan a control descentralizado en AP.

Desde que comenzamos el proceso de descentralización se han remitido a AP para control 1832 pacientes con FA en control estable distribuidos en 1049 pacientes en 2017 y 815 en 2018.

3. Descentralización de la extracción y seguimiento en AP. Número de visitas TAO en pacientes con extracción y seguimiento en AP (pero la pauta de dosificación la realiza el hematólogo). El número de visitas de estos pacientes descendieron desde 35.692 visitas en 2017 a 28.172 visitas en 2018.

4. Extracción de la muestra para control del TAO mediante punción digital. Este indicador es superior al 95% en la actualidad, siendo la extracción venosa para control del TAO residual para pacientes con necesidades "especiales" por cualquier motivo.

5. Programa de autocontrol de TAO en la Unidad de Hemostasia del HUMS. Está vigente un programa de autocontrol de TAO que incluye formación para los pacientes, control del TAO y seguimiento. Desde Enero de 2018 han recibido formación en el programa de autocontrol de TAO más de 60 pacientes en control ambulatorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. A pesar de las dificultades en la obtención de datos se ha reducido el número de pacientes anticoagulados en control por parte del servicio de Hematología del Hospital. Esta reducción será progresivamente menor al haber ya descentralizado la mayor parte de los pacientes con FA y control estable de INR.

2. Se han reducido sensiblemente (aproximadamente un 20%) las visitas de los pacientes a control hospitalario de TAO lo que es sugerente de un mejor control del TAO de estos pacientes con la instauración del proceso de descentralización.

3. A pesar de haber implantado protocolos asistenciales conjuntos AE y AP el proceso de aprobación del protocolo de "manejo perioperatorio del paciente anticoagulado" ha retrasado su implantación. Esperamos que una mejor comunicación entre los diferentes niveles asistenciales permita la agilización de la puesta en práctica de los futuros protocolos, algoritmos y vías clínicas que se elaboren.

4. Aunque se ha constituido grupo de trabajo multidisciplinar del TAO entre el servicio de Hematología (AE) del HUMS y AP del sector sanitario Zaragoza II su actividad debe ser implementada intentando reorganizarlo y dotarlo de herramientas que le permitan mejorar su funcionalidad.

5. En este sentido creemos que la aprobación del Grupo Multidisciplinar de Trombosis y Anticoagulación Hospitalaria pueda ser fundamental en lo que se refiere a estos temas incluyendo su implicación en AP.

6. La extracción de la muestra para control del TAO es capilar en todos los pacientes con excepciones asumibles por lo que se puede concluir que este objetivo está plenamente cumplido.

7. El programa de autocontrol implantado desde el año 2008 por el servicio de Hematología ha resultado eficiente asumiendo la lista de espera existente y estando en la actualidad disponibles para realizar las sesiones de formación necesarias para que el tiempo de espera no supere el mes desde su ingreso en la lista de pacientes candidatos a autotratamiento TAO.

7. OBSERVACIONES.

Ninguna

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1378 ===== ***

Nº de registro: 1378

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
CALVO VILLAS JOSE MANUEL, FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA, DELGADO BELTRAN MARIA DEL PILAR, MARTIN-CONSUEGRA RAMOS SOFIA, GOMEZ MARTINEZ ANA, HERNANDEZ MATA CARLOS, ZORZANO VALERO ANUNCIATA, PIÑERO PIMPINELA ELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1378

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes en tratamiento anticoagulante con fármacos antivitaminas K (AVK) incluidos en el sector sanitario Zaragoza II.
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hasta hace unos años el seguimiento de pacientes en TAO se realizaba exclusivamente en los hospitales, sin embargo, el cambio en el contexto sociosanitario, junto con el aumento de indicaciones de la anticoagulación, la capacitación y desarrollo de la atención primaria (AP), los avances tecnológicos (coagulómetros portátiles, entre otros) y la necesidad de mejorar la accesibilidad, justifica el progresivo descentralización del control y seguimiento del TAO en pacientes estables desde los servicios hospitalarios a AP. La tendencia actual se dirige a un modelo mixto donde el seguimiento de los pacientes anticoagulados más complejos lo realicen los servicios de hematología hospitalarios, mientras que los profesionales de AP realizan el control de los pacientes en TAO estables (aproximadamente el 70-80%). El mejor modelo de seguimiento del TAO es el que proporcione mayor accesibilidad, adherencia al tratamiento y aceptación del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Descentralizar el control y seguimiento de los pacientes en TAO y facilitar el acceso a sus controles periódicos.
2. Facilitar la continuidad asistencial del TAO por los profesionales de AP.
3. Consensuar el proceso de control analítico y clínico entre AP y Atención Especializada (AE).

MÉTODO

1. Constituir el grupo de trabajo multidisciplinar del TAO entre el servicio de Hematología (AE) del HUMS y AP del sector sanitario Zaragoza II..
2. Implantar el circuito de descentralización del control del TAO y establecer tareas y responsabilidades a cada miembro del grupo.
3. Evaluación de los resultados.

INDICADORES

1. Realización de protocolos consensuados entre AP y AE, bajo la coordinación del Servicio de Hematología, con el objetivo de establecer pautas normalizadas de manejo de la anticoagulación en procesos diagnósticos/terapéuticos (cirugía menor, salud bucodental, endoscopia,...).
Indicador: Elaborar y poner en práctica al menos dos PROTOCOLOS anuales.
2. Número de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular en TAO derivados a Atención Primaria desde el Hospital. Número de pacientes por año derivados desde el servicio de Hematología a los centros de Salud para control del TAO.
Indicador: Porcentaje de visitas de control del TAO realizadas en el servicio de Hematología en pacientes con diagnóstico de ACxFAc y tiempo en rango terapéutico (TRT) estabilizado (>60%) (número de visitas con indicación de descentralización a AP en pacientes con ACxFAc y TRT >60% / Número de visitas totales en pacientes con ACxFAc y TRT >60% en control por el servicio de Hematología). Reducción del 5% anual.
Indicador: Porcentaje de visitas de TAO en el servicio de Hematología en pacientes con el diagnóstico de ACxFAc con TRT estabilizado (>60%) remitido por el servicio de Hematología a AP para el control del TAO (Número de visitas con indicación de descentralización a AP en pacientes con ACxFAc Y TRT >60% / Número de visitas totales en pacientes con ACxFAc y TRT >60% en control de TAO por el servicio de Hematología). Superior al 80%.
3. Descentralización de la extracción y seguimiento en AP. Número de visitas TAO en pacientes con extracción y seguimiento en AP (pero la pauta de dosificación la realiza el hematólogo).
Indicador: Reducción anual del número de visitas de control del TAO por el servicio de Hematología en pacientes con patologías susceptibles a descentralización y TRT estabilizado (>60%) (número de visitas de control del TAO por el servicio de Hematología en pacientes con patologías susceptibles a descentralización y TRT estabilizado del año 2018 / número de visitas de control del TAO por el servicio de Hematología en pacientes con patologías susceptibles a descentralización y TRT del año 2017). Superior a un 5%.
4. Extracción de la muestra para control del TAO mediante punción digital.
Indicador: Porcentaje de visitas en TAO con extracción de la muestra mediante punción digital (Número de visitas en punción digital/ Número de visitas total): > 90% de extracciones por punción digital.
5. Programa de autocontrol de TAO en la Unidad de Hemostasia del HUMS.
Indicador: Existencia de un programa de autocontrol de TAO que incluya formación para los pacientes, control del TAO y seguimiento.

DURACIÓN

1. Consolidación del grupo de trabajo TAO (Responsable: Dirección Asistencial AP y AE). Junio-Julio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1378

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

- 2. Distribución de tareas y responsables de trabajo. Junio-Julio 2018
- 3. Elaboración NUEVOS PROTOCOLOS relacionados con el TAO. Grupo AP/servicio de Hematología. 2º Semestre 2018
- 4. Difusión a equipos de AP y especialidades de AE implicadas. 2º Semestre 2018.
- 5. Seguimiento de indicadores. Junio /Diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0615

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ANA IBORRA MUÑOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LATORRE MARCELLAN PEDRO
FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
LASALA VILLA ANA MARIA
BARBERO NEILA CAROLINA
ZORZANO VALERO ANUNCIATA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Todas las actividades realizadas en este proyecto están encaminadas a sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditorías, seguimiento de objetivos e indicadores, gestión de las no conformidades, incidencias, etc) para la mejora continua según la norma UNE-EN ISO 15189.

Las actividades planteadas y ejecutadas durante el año 2019 para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en una serie de actuaciones que se van desarrollando de forma paralela y continuada durante todo el año.

A continuación se exponen dichas actividades:

1. Revisión y actualización de los procedimientos, formatos y registros ya incluidos en el SGC en años anteriores.
 2. Elaboración de los nuevos procedimientos, formatos y registros necesarios para la ampliación de la acreditación en el área de hemostasia especial solicitada para el año 2019.
 3. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos.
 4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad.
 5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad.
 6. Realización de auditorías internas a los Centros de Salud incluidos en nuestro SGC.
 7. Realización de la Revisión por la Dirección.
 8. Realización de la Auditoría interna y resolución de las No Conformidades derivadas de la misma.
 9. Realización de la Auditoría externa de ENAC y resolución de las No Conformidades derivadas de la misma.
- Con la ampliación del alcance en la sección de hemostasia especial se realizaron reuniones con todo el personal de la sección implicada para poner en marcha todo el SGC de una manera activa. Se elaboraron todos los procedimientos necesarios para su implantación, así como los formatos necesarios para registros de incidencias, controles internos y externos, mantenimientos de equipos, objetivos e indicadores, etc.
- Se han realizado también reuniones de todos los implicados en el resto de secciones acreditadas: una mensual hasta la auditoría externa en junio y un total de 3 más para la resolución de las NC de la auditoría externa.
- El calendario de actividades realizadas durante el año 2019 fue el siguiente:
- Reuniones para la revisión y actualización de los procedimientos, formatos y registros de las áreas ya acreditadas. Primer trimestre de 2019.
 - Reuniones con el personal de la sección de coagulación especial implicada en poner en marcha todo el SGC para la ampliación (realización de nuevos procedimientos, objetivos, registro de incidencias, etc) Primer trimestre de 2019.
 - Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos. Trimestralmente.
 - Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad. La revisión del cumplimiento se realiza de forma trimestral.
 - Participación en programas de evaluación externa de la calidad. Según calendarios individualizados. La revisión del cumplimiento se realiza de forma trimestral.
 - Realización de la Auditoría Interna de los distintos laboratorios. Se llevó a cabo los días 20-21-22 de febrero 2019.
 - Resolución de No Conformidades de la Auditoría Interna. 2º trimestre de 2019.
 - Realización de la Revisión por la Dirección. Donde se expusieron los resultados del SGC del año 2018 y la previsión para el 2019. Se realizó el día 24 de mayo de 2019.
 - Realización de la Auditoría Externa por parte de ENAC. Se llevó a cabo los días 3-4 de junio 2019
 - Resolución de No Conformidades de la auditoría externa. Las aclaraciones solicitadas por el equipo auditor se fueron realizando durante el 3er y 4º trimestre de 2019.
 - Realización de auditorías internas a los Centros de Salud incluidos en nuestro SGC (CS Almozara, CS Fernando el Católico, CS Fuentes Norte, CS Puerta del Carmen, CS Rebolera, CS San Pablo, CS Torre Ramona, CS San Pablo, CS Torrero-la Paz, CS Actur Norte, CS la Jota, CS Santa Isabel, CS Villamayor, CS Zuera). Dichas auditorías se han ido realizando a lo largo del año 2019.
 - Todas estas actividades realizadas durante el año 2019 traen como consecuencia la mejora continua del SGC a través de la sistematización y la mejora en la utilización de la información obtenida (informes de auditorías, objetivos e indicadores, no conformidades, incidencias).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0615

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del proyecto es el mantenimiento de la acreditación UNE-EN ISO 15189 para el año 2019 en las áreas del laboratorio ya acreditadas así como la ampliación del alcance acreditado con la incorporación de nuevas determinaciones en el área de hemostasia especial.

Para la consecución de dicho objetivo se plantean una serie de objetivos secundarios en las áreas acreditadas y en las de ampliación:

1.- En la fase preanalítica, objetivo 1: Determinar y valorar los CS con más incidencias en hemostasia y hematimetría básica. Se valoraron los 5 CS de mayor nº de incidencias. Las incidencias registradas fueron (muestras coaguladas en hemostasia y hematimetría, muestras insuficientes en hemostasia y muestras no recibidas en hemostasia y hematimetría) Como indicador: % de incidencias por centros de salud. Límite propuesto: < 10%.

Analizados los indicadores todos estaban por debajo del límite establecido (<10%) excepto en muestras no recibidas de hemostasia básica, que suelen estar incluídos en PES y de los que no se obtiene muestras por error.

2.- En la fase preanalítica, objetivo 2: Determinar el número de muestras insuficientes en hemostasia especial. Indicador: % de muestras insuficientes en hemostasia especial. Límite propuesto: <5%. Se cumple el indicador ya que no se registran incidencias de muestras insuficientes > al 5%. Esto es debido a que la mayoría de las extracciones de dichas muestras se realizan en las consultas de hematología por personal cualificado, esto es importante ya que no hay que rechazar estudios por esta causa y no es necesario solicitar nueva muestra con lo que no se retrasan los estudios solicitados

3.- En la fase analítica, objetivo 1: Incumplimientos de actividades de control interno en hemostasia especial y hematimetría básica. Indicador: % de incumplimiento del control interno. Incumplimiento del control interno/ Cumplimiento del control interno. Límite <10%. El resultados de este indicador es correcto, se realizan los controles internos de manera sistemática en todas las secciones y aparatos.

4.- En la fase analítica, objetivo 2: Incumplimientos de actividades de control externo en hemostasia especial y hematimetría básica. Incumplimiento del control externo/ Cumplimiento del control externo. Límite <5%. El resultado establecido es el deseado se cumple el límite establecido de forma correcta. Se han realizado todos los controles externos en todas las áreas. Atendiendo al área de ampliación, el área de coagulación especial, todos ellos la valoración ha sido satisfactoria.

5.- En fase postanalítica, objetivo 1: Tiempo de respuesta de analíticas de rutina de pacientes hospitalizados. Indicador: hora de recepción de muestras- hora emisión del informe. El tiempo de respuesta en el caso de análisis de rutina de pacientes hospitalizados es similar al tiempo de respuesta en caso de análisis de urgencia, en torno a las 2 horas. Esto es importante dada la necesidad de que los informes de los pacientes hospitalizados, aunque sean de rutina deben de realizarse de forma ágil y llevar un tratamiento especial, dando prioridad a su realización frente a análisis que procedan de otros ámbitos (por ejemplo: Atención Primaria y consultas de especialidades)

6.- En fase postanalítica, objetivo 2: Tiempo de respuesta de determinaciones de hemostasia especial. Indicador: hora de recepción de muestras- hora emisión del informe. Límites según determinación (Existe un listado de tiempos de respuesta de dichas determinaciones ya que varían según la determinación o tipo de informe que se emita). Dada la ampliación en la acreditación de dichas determinaciones es importante evaluar el tiempo de respuesta. Se comprueba que en el 100% de los informes, el tiempo de emisión del informe es inferior al tiempo de respuesta establecido para cada tipo de prueba de hemostasia especial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En cuanto a los objetivos propuestos en este proyecto se han cumplido satisfactoriamente, con el mantenimiento de la acreditación de las áreas ya acreditadas y con la acreditación del área de coagulación especial como ampliación.

En cuanto a los objetivos secundarios se han evaluado y son cumplidos en casi su mayoría. Se ha detectado un problema en el objetivo de la preanalítica en relación a muestras no recibidas de distintos centros de salud, con este resultado se está trabajando para determinar cuáles son las causas y poner solución. Se plantea un nuevo objetivo para el año que viene con el fin de valorar si las medidas planteadas mejoran el problema.

Para el buen funcionamiento del SGC es necesario contar con una serie de recursos tanto materiales como personales.

El mantenimiento de un SGC no es una tarea fácil, sobre todo en el ámbito en el que se desarrolla este proyecto. Durante todo el proceso de mantenimiento y sobre todo ampliación de la acreditación se producen numerosos cambios de personal que evidentemente afectan a la estabilidad del sistema. Durante este año 2019 se ha presentado la solicitud de acreditación de las pruebas de la sección de coagulación especial, y se ha contado con todo el personal de la sección para ello. Dicho personal ha sido formado para poder realizar dicha acreditación de manera satisfactoria. Personal que a día de realización de la auditoría externa por ENAC había sido sustituido por personal nuevo.

Por otro lado, recordar que todo el SGC se sustenta por profesionales que realizan su labor asistencial al margen de esta actividad que se sobreañade a su presión asistencial ya de por sí excesivo.

Como conclusión final hay que resaltar que el resultado de la auditoría interna fue satisfactorio con la resolución de las No Conformidades en todas las áreas.

Tras la realización de la auditoría externa en junio de 2019 ENAC emitió el certificado el 15 de noviembre de 2019 con el acuerdo de mantener y ampliar la acreditación de los laboratorios y con nueva fecha de seguimiento en noviembre de 2020.

Sería conveniente para que el SGC se mantenga de forma satisfactoria dar a las personas implicadas en su mantenimiento formación y tiempo específico dentro de su labor asistencial para poder llevar a cabo esta actividad que es en beneficio de todo el sistema.

Mantener la acreditación de los laboratorios no sólo es importante para ellos, hay que tener en cuenta que de la acreditación dependen distintas actividades de otros servicios del hospital (ensayos clínicos, por

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0615

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL

ejemplo).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/615 ===== ***

Nº de registro: 0615

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL

Autores:
IBORRA MUÑOZ ANA, FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA, CALVO VILLAS JOSE MANUEL, LASALA VILLA ANA MARIA, BARBERO NEILA CAROLINA, ZORZANO VALERO ANUNCIATA, LATORRE MARCELLAN PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no aplica
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El laboratorio de hematología del HU Miguel Servet está acreditado según la norma ISO: 15189 para laboratorios de análisis clínicos. Desde el año 2009 se ha mantenido dicha acreditación y se han ido ampliando los alcances acreditados.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad supone la necesidad de mejorar de forma continuada, siendo el compromiso del Servicio de Hematología mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se establecen objetivos e indicadores que permiten medir este proceso de forma periódica mediante un sistema de mejora continua, así como detectar posibles errores y riesgos reales o potenciales en todos los procesos del sistema (fases preanalítica, analítica y postanalítica).
Nuestra propuesta como proyecto de mejora es el mantenimiento de dicha certificación para el año 2019 así como la ampliación del alcance acreditado con la incorporación de nuevas determinaciones en el área de hemostasia especial, mediante el compromiso de los profesionales implicados en ella.
Para ello es necesario conseguir los objetivos planteados para este período por parte del laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es mantener la acreditación en las áreas conseguidas y ampliar la acreditación en el área de coagulación especial del laboratorio de hematología del HU Miguel Servet para el año 2019 en las siguientes determinaciones:
INR, Actividad de Protrombina, Tiempo de Protrombina, Tiempo de Tromboplastina parcial activada, Tiempo de Tromboplastina parcial activada-Ratio, Tiempo de Trombina, Tiempo de Trombina-Ratio, Fibrinógeno derivado Fibrinógeno Clauss, Antitrombina, Factor II coagulométrico, Factor V coagulométrico, Factor VII coagulométrico, Factor VIII coagulométrico, Factor VIII cromogénico, Factor IX coagulométrico, Factor X coagulométrico, Factor XI coagulométrico, Factor XII coagulométrico, Factor XIII antigénico, Resistencia Proteína C Activada- Ratio, Anticoagulante Lúpico: Veneno de la víbora de Russell diluido, Anticoagulante Lúpico: Silica Clotting Time, Von Willebrand Factor antigénico, Von Willebrand Factor Cofactor Ristocetina, Von Willebrand Factor Collagen Binding, Proteína C cromogénica, Proteína S libre, heparina no fraccionada, Heparina de bajo peso molecular, Trombocitopenia inducida por Heparina, Plasminógeno, Homocisteína
Como objetivo secundario conseguir los objetivos propuestos por el laboratorio para 2019 en los distintos procesos del sistema (fase preanalítica, analítica y postanalítica)

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditorías, seguimiento de objetivos e indicadores, gestión de las no conformidades, incidencias, etc) para la mejora continua según la norma UNE-EN ISO 15189
Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0615

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 PARA EL AÑO 2019 Y AMPLIACION DE ALCANCES EN EL AREA DE COAGULACION ESPECIAL

1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros.
2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos.
4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad.
5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad.
6. Realización de la Revisión por la Dirección.
7. Auditoría interna.
8. Auditoría externa de ENAC.

INDICADORES

En la fase preanalítica:

1. Número de incidencias por centros de salud, para valorar aquellos en los que hay que hacer una labor preventiva y
2. Número de muestras insuficientes, incidencia determinante en la sección de coagulación especial donde es motivo de anulación de estudios.

En la fase analítica:

1. Cumplimiento del control de calidad interno.
2. Cumplimiento del control de calidad externo (teniendo especial atención en el área de ampliación, coagulación especial).

En fase postanalítica:

1. Tiempo de respuesta (haciendo hincapié en el resultado de los pacientes hospitalizados, así como valorando el cumplimiento en el tiempo de respuesta de las determinaciones de la coagulación especial).

DURACIÓN

Inicio: enero 2019

Fin: diciembre 2019

Revisión del sistema de calidad: 2º trimestre 2019.

Auditoría interna: febrero 2019.

Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría interna 2019: febrero/marzo 2019.

Auditoría externa: mayo 2019.

Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría externa del 2019: Junio/octubre 2019.

Formación de los profesionales: de enero a diciembre 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1377

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE ISABEL IZQUIERDO GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COSTILLA BARRIGA LISETTE
AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR
DE RUEDA CILLER BEATRIZ
ANSO OLIVAN VICTOR
GALEGO VIZIOSO MARIA TERESA
BELLIDO PEREZ MARIA PILAR
DELGADO BELTRAN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De las actividades previstas en este proyecto para el año 2019, se han realizado las siguientes:

- Sesiones semanales (Martes) intraservicio con el objetivo de comentar y programar las fechas de aféresis de los pacientes, cuadrar las pruebas pre trasplante de donante y receptor en el caso de trasplante alogénico, discutir la indicación o no de auto/alo trasplante, organizar los ingresos y fechas de infusión de progenitores de los diferentes pacientes tanto del Hospital Miguel Servet como de los pacientes derivados de los Hospitales comarcales que nos remiten pacientes (Alcañiz, Teruel, Barbastro, Royo Villanova y Hospital Clínico).
- Se ha constituido un grupo multicéntrico con uno o varios representantes, facultativos de Hematología, de todos los Hospitales de Aragón. Nos estamos reuniendo de forma periódica mensual (último lunes de cada mes) de forma presencial con Hospital Clínico y Royo Villanova, y mediante videoconferencia con Barbastro, Huesca, Teruel, Alcañiz y Calatayud, con el objetivo de comentar pacientes nuevos candidatos a trasplante, seguimiento de pacientes ya trasplantados que precisan revisiones tanto en el Hospital Miguel Servet (consulta de trasplante) como en sus Hospitales de procedencia, comentar dudas y organizar fechas de ingreso y/o consulta.
- Se están citando pacientes de forma "virtual", es decir, se les da una cita tanto en Hospital de Día de Hematología como en la consulta de trasplante pero el paciente se realiza los análisis en su centro u Hospital de referencia y el día de la citación se le llama por teléfono con los resultados para modificar tratamiento o resolver dudas de dicho paciente. Aunque de momento no se ha comentado en Citaciones, el objetivo es que dichos pacientes aparezcan citados de forma diferente para distinguirlos de los citados que van a acudir presencialmente a la consulta.
- Se ha establecido comunicación con el Servicio de Bioquímica para consensuar y elaborar perfiles de seguimiento post Trasplante, con el objetivo de no repetir pruebas innecesariamente.
- Se han comenzado a implementar Cuestionarios de Salud (SF-36) en pacientes durante el post trasplante (mes +3, +6 y +12). El SF-36 fue desarrollado durante el Medical Outcomes Study (MOS) para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. El SF-36 está diseñado para ser auto-administrado, administrado por teléfono, o administrado durante una entrevista cara a cara.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del proyecto es la mejora en la atención global del paciente trasplantado de médula ósea.

Las sesiones intraservicio nos ayudan a organizar entre los facultativos de Hematología de las diferentes secciones tanto las fechas de movilización y aféresis de progenitores hematopoyéticos de paciente para autotrasplante como de los donantes sanos para pacientes que van a ser sometidos a aloTpH, programar y organizar el ingreso en planta, decidir el acondicionamiento pre trasplante, comentar las diferentes complicaciones durante el mismo y el tratamiento indicado y el seguimiento posterior en Hospital de Día o Consultas Externas.

Las sesiones multicéntricas con facultativos de Hematología de los diferentes centros de Aragón han favorecido la citación y posterior realización de pruebas pre trasplante en el centro de referencia (que habitualmente se consigue realizar en un periodo de tiempo adecuado), la información del seguimiento del paciente al facultativo remitente desde el centro trasplantador, la realización de pruebas diagnósticas en un centro u otro durante el periodo post trasplante, e incluso la recogida de medicación de farmacia hospitalaria en sus centros de referencia, que evita que el paciente deba trasladarse a Zaragoza únicamente por este motivo. La intención es "oficializar" este grupo y/o constituirlo como subgrupo dentro de la Sociedad Aragonesa de Hematología, aunque de momento no ha sido posible.

La consulta virtual se realiza en pacientes que presentan buen estado general, no presentan complicaciones post trasplante y están ya con inmunosupresión en descenso o ya suspendida. Se trata de pacientes que viven en comarcas alejadas de Zaragoza (Alcorisa, Graus, Alcañiz, Monzón, por ejemplo) y a los que le supone una molestia importante tanto personal como familiar el hecho de trasladarse quincenalmente a Zaragoza. Para ellos supone un alivio el poder realizarse las analíticas en sus centros de referencia y saber que su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1377

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Hematólogo habitual se pondrá en contacto con ellos para informarles de los resultados y comentar tanto las posibles complicaciones que puedan surgir como la fecha de la próxima cita.

La implementación de la escala de calidad de vida nos ayuda a favorecer el manejo del paciente crónico, como lo es el paciente trasplantado de médula. Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. La estandarización del contenido y puntuación son esenciales para la interpretación del SF-36 y hace posibles las comparaciones significativas de los resultados a través de los estudios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En cuanto a los objetivos propuestos en este proyecto, se han cumplido algunos de los más importantes, quedando pendiente uno de ellos que se considera fundamental para mejorar el manejo ambulatorio del paciente trasplantado. Este es la creación de un grupo interdisciplinar intrahospitalario para mejorar el diagnóstico, la atención, la derivación y el seguimiento de pacientes con complicaciones agudas y/o crónicas secundarias al proceso de trasplante. Se ha iniciado una aproximación en este aspecto con los Servicios de Digestivo, Neumología, Reumatología y Rehabilitación, con el objetivo de remitir al paciente a una consulta especializada en el manejo de las complicaciones clásicas de estos pacientes. Quedan pendientes de incluir en este grupo Servicios fundamentales como Oftalmología, Dermatología y Psicología. Sería conveniente que las personas implicadas en la realización de éste proyecto, pudiéramos disponer de tiempo específico dentro de nuestra labor asistencial para poder llevar a cabo todos los protocolos previstos, puesto que es en beneficio de todo el sistema (reducción de ingresos de paciente en el periodo post trasplante, mejoría de su calidad de vida, evitar la repetición de pruebas innecesarias, sobrecarga de trabajo en Centro trasplantador)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1377 ===== ***

Nº de registro: 1377

Título
PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores:
IZQUIERDO GARCIA ISABEL, COSTILLA BARRIGA ANASTASIA PILAR, AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR, DE RUEDA CILLER BEATRIZ, ANSO OLIVAN VICTOR, GALEGO VIZOSO MARIA TERESA, BELLIDO PEREZ MARIA PILAR, DELGADO BELTRAN MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El trasplante alogénico de médula ósea sustituye la hemopoyesis defectuosa del paciente por una normal de un donante sano. Estos pacientes tienen un elevado riesgo de complicaciones a corto como a largo plazo, por lo que se benefician seguimiento multidisciplinar. Las complicaciones más frecuentes son:
a. Enfermedad de injerto contra receptor aguda (EICRa):
b. Enfermedad de injerto contra el receptor crónica (EICRc).
c. Infecciones: durante los primeros meses pos trasplante,
d. Disfunción neuroendocrina: problemas tiroideos (hipo e hipertiroidismo), insuficiencia adrenal, disfunción gonadal, infertilidad... son complicaciones habituales en la fase tardía postTPH.
e. Problemas musculoesqueléticos: osteoporosis, miopatías, necrosis avascular...
f. Síndrome metabólico
g. Complicaciones renales
h. Los síndromes linfoproliferativos postTPH
i. Segundas neoplasias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1377

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

j. Adaptación psicosocial

RESULTADOS ESPERADOS

- a. Evaluar la actividad el programa de trasplante autoólogo y alogénico de donante emparentado.
- b. Crear un grupo de trabajo multiceñtrico de trasplante con facultativos de todos los centros hospitalarios de Aragón, con reuniones mensuales.
- d.. Crear un grupo interdisciplinar intrahospitalario para mejorar el diagnóstico, la atención, la derivación y el seguimiento de los pacientes con complicaciones agudas y/o crónicas secundarias al trasplante. Debe incluir un anatomopatólogo, hematólogo de hospitalización, dermatólogo, oftalmólogo, digestólogo, ginecólogo, urologo,, reumatólogo y un psicólogo. Periodicidad bimensual.

MÉTODO

- a. Realizar sesiones semanales intraservicio para organizar la lista de espera de trasplante.
- b. Constituir un grupo de trabajo multidisciplinar intrahospitalario que mejore la organización del programa de trasplante de PH del HUMS
- c. Realizar protocolos de actuación en el ámbito del trasplante:
 - o Protocolo de profilaxis de EICR
 - o Protocolo de manejo de la EICR aguda (circuito de diagnóstico rápido)
 - o Actualización del protocolo de manejo de la EICR crónica (circuito de diagnóstico rápido)
 - o Protocolo de esquemas de acondicionamiento pretrasplante
- d. Crear una "consulta telefónica" que evite desplazamientos innecesarios a los pacientes.
- e. Consensuar junto el Sº de Bioquímica perfiles analíticos para seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, y niveles de inmunosupresores.
- f. Elaborar de un protocolo de actuación de forma ambulatoria ante un EICHc, incluyendo técnicas disponibles.
- g. Implementar escalas de calidad de vida: Las encuestas más utilizadas para pacientes adultos sometidos a alo TPH son The Short-form (SF-36) y la FACT-BMT.
- h. Crear de un grupo multiceñtrico con facultativos de Hematología de todos los centros hospitalarios de Aragón

INDICADORES

1. Numero de sesiones intraservicio anuales documentadas mediante acta.
2. Número de sesiones interdisciplinarias hospitalarias anuales. documentadas mediante acta.
3. Número de sesiones multiceñtricas anuales documentadas mediante acta.
4. Realización de 2 protocolos anuales. si/no
5. Implementación consulta telefónica: si/no
6. Realización de perfiles postrasplante: si/no
7. Porcentaje de pacientes con encuesta de calidad de vida. 50%

DURACIÓN

2 AÑS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0060

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PEREZ SALILLAS
· Profesión VETERINARIO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSTELERIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERA CEAMANOS MIGUEL
SEGURA AZNAR MARIA JESUS
MONCLUS ARRIETA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Gestión de equipos: identificar todos los equipos. 2017
Gestión de equipos: se han calibrado/verificado todos los equipos que lo requerían. Diciembre 2017
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Diciembre 2017
Auditoria interna 15/03/2017
Revisión por la Dirección 4/04/2017
Auditoria Externa Abril 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Cualificar al personal en materia de higiene alimentaria (Estándar 85%). Resultados: 1º semestre: 88,29%; 2º semestre: 88,83%
-Mejorar los resultados microbiológicos en comidas no sometidas a tratamiento térmico (AMT y Enterobacterias). (Estándar 80%). Resultados. 2º trimestre 66,27% AMT y Enterobacterias; 3º trimestre 84,21% AMT y 52,63% Enterobacterias.
-Estandarizar el proceso de porcionado (Estándar 80%). Resultados 1º semestre 93,55%, 2º semestre 85,71%.
-Limpieza y desinfección. Resultados por debajo de los límites establecidos (aerobios y enterobacterias) en superficies tras realización de L+D (Estándar 90%). Resultados. 1º semestre 85,96%, 2º semestre 89,26%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hay que mejorar en el sistema de trazabilidad empleado.
Hay que hacer extensiva la formación a la mayoría de los trabajadores de cocina
Hay que mejorar en la comunicación de los objetivos y los resultados del seguimiento de los objetivos al personal de cocina. Se hace a través del grupo de mejora.
Hay que seguir mejorando en resultados microbiológicos de comidas con algún ingrediente no sometido a tratamiento térmico. Para ello se supervisarán los ingredientes/materias primas que componen dichos platos.
Hay que seguir mejorando en L+D de equipos y superficies supervisando el procedimiento aplicado.

7. OBSERVACIONES.
Aunque la mayor parte de la plantilla esta formada en materia de higiene alimentaria, habría que formarla también en materia de gestión de alérgenos (aproximadamente la mitad del personal esta formada en esta materia).
Capacitación/Cualificación de todo el personal que trabaja en cocina.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/60 ===== ***

Nº de registro: 0060

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL SERVICIO DE HOSTELERIA-COCINA Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

Autores:
PEREZ SALILLAS MARIA, VERA CEAMANOS MIGUEL, SEGURA AZNAR MARIA JESUS, MONCLUS ARRIETA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0060

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Hostelería-Cocina del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2014.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Hostelería- Cocina para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es mantener la certificación ISO 9001 y emprender las recomendaciones de mejora y decisiones contempladas en la revisión por la dirección del sistema 2016

RESULTADOS ESPERADOS

Mantener la certificación ISO 9001. Mayor rentabilidad, mejor productividad, motivación y compromiso por parte del personal.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Formación extensiva a la mayoría de los trabajadores de cocina. MVC, MPS.

Comunicación de los objetivos y los resultados del seguimiento de los objetivos al personal de cocina. MVC
Mejorar el sistema de trazabilidad: Incorporar etiquetas con código y pistolas de lectura para facilitar el proceso de trazabilidad de los alimentos, reduciendo la posibilidad de errores y facilitando la rapidez del proceso. MVC

Gestión de equipos: identificar todos los equipos (todavía queda algún equipo sin identificar). MJSA

INDICADORES

Cualificar al personal de cocina en materia de higiene alimentaria. 85% de personal que ha recibido formación en materia de higiene alimentaria en periodo inferior a 4 años. Periodicidad semestral

Mejorar los resultados microbiológicos en comidas no sometidas a tratamiento térmico. 80% de resultados por debajo de los límites establecidos (aerobios y enterobacterias) en comidas no sometidas a tratamiento térmico. Periodicidad trimestral.

Estandarizar el proceso de porcionado. 80% de piezas que cumplen el gramaje estipulado (+/- 15%) por la receta del total de piezas preparadas. Periodicidad semestral

Limpieza y desinfección. 90% de resultados por debajo de los límites establecidos (aerobios y enterobacterias) en superficies tras realización de L+D. Periodicidad semestral

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: Febrero/abril 2017

Revision por la Direccion: Abril 2017

Auditoria Externa: mayo/junio 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Mayo-Septiembre 2017

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Junio 2016

-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0060

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0002

1. TÍTULO

INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO LOPEZ MERCADER
· Profesión INGENIERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERON ARBELOA CARLOS
GIMENEZ GIL RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha desarrollado un complejo software que se conecta al sistema de laboratorio y solicita para una paciente dado los valores de analíticas que necesita, siempre que los resultados esten validados. Los resultados se integran en el programa de nutrición evitando trabajo a los facultativos y minimizando los errores de transcripción (antes lo realizaban a mano).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han obtenido las ventajas asociadas al uso de programas informáticos, descritas en la literatura, como son el ahorro de tiempo, la disminución de errores debidos al cálculo de requerimientos, volúmenes, velocidades de infusión, transcripción de órdenes, etc. Se ha conseguido validar la aplicación para su utilización en la clínica, demostrando que: el calculo de requerimientos calóricos se ajusta a las recomendaciones más habituales de la literatura y constituye alrededor del 90% de la medición calorimétrica en pacientes críticos. el cálculo y la recomendación de nitrógeno a aportar son adecuados, discretamente positiva en grados de estrés bajos, equilibrada en grados medios y negativa en altos el cálculo de los requerimientos calóricos y de nitrógeno es muy cercano a las recomendaciones de expertos en soporte nutricional la recomendación nutricional final en forma de productos comerciales, se acerca al cálculo de los requerimientos y

los resultados nutricionales obtenidos con el uso de la aplicación informática en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, son adecuados, demostrando además que un mayor aporte de nitrógeno no consigue mejorarlos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido diseñar un programa de uso sencillo, mediante el cual se ha realizado la nutrición de todos los pacientes que la precisaban, siendo utilizada por la practica totalidad de los médicos que han trabajado en nuestra Unidad de Medicina Intensiva, durante el periodo de estudio. Mediante el uso del programa se ha conseguido individualizar de una forma protocolizada y dinámica, las recomendaciones nutricionales, en dependencia fundamentalmente, del grado de estrés del paciente. La aplicación sigue las recomendaciones de la literatura en cuanto al proceso necesario para establecer una terapéutica nutricional: valoración y diagnóstico del estado nutricional, cálculo de los requerimientos calóricos y nitrogenados, elección de la vía de administración, elección del producto enteral o mezcla a administrar en parenteral, calculo de la velocidad de administración del producto enteral o de la infusión parenteral y escribir claramente las instrucciones a enfermería en cuanto a la forma de administración y progresión de las mezclas o productos, los controles a realizar y las medidas a tomar en caso de complicaciones

7. OBSERVACIONES.

El equipo de nutrición de la UCI ha quedado muy contento con la mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/2 ===== ***

Nº de registro: 0002

Título
INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Autores:
LOPEZ MERCADER ANTONIO, SERON ARBELOA CARLOS, GIMENEZ GIL RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0002

1. TÍTULO

INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente se introducen a mano los datos de las analíticas en el programa de nutrición artificial. Tarea laboriosa que requiere tiempo y es propensa a errores. Esos datos son usados posteriormente para formulas, indicadores y recomendaciones por lo que es muy importante que sean correctos.

RESULTADOS ESPERADOS

Se trata de modificar el programa para que puede leer de la base de datos de laboratorio los datos de las últimas analíticas y poder incorporarlas con un solo click de ratón.

MÉTODO

Hay que desarrollar software para poder leer de laboratorio e integrarlo en el programa de nutrición.

INDICADORES

1 - Número de pacientes tratados.

2 - Número de analíticas capturadas e incorporadas.

Se leeran todos de la base de datos y se les hará un seguimiento.

DURACIÓN

Se prevé una duración de dos meses, desde inicio de Septiembre hasta fin de Octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1457

1. TÍTULO

VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN EL SERVICIO DE MICRO BIOLOGIA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE SANDRA DUEÑAS JOLLARD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERREN MARCO NOELIA
FUERTES GARCES PAULA
EZPELETA ASCASO IGNACIO
CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE
IGUACEL ACIN MARIA TERESA
LATORRE MOSTEO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de reconocimientos médicos de marzo a mayo 2017 mediante exploración física haciendo inca pie en el protocolo de exploración osteomuscular por riesgos osteomusculares y aparato respiratorio, neurológico, ocular y dermatológico por riesgos químicos.
Control tensión arterial, ECG, Espirometrías, audiometrías y analíticas.
Vacunaciones y pruebas de mantoux (TBC)
Derivación a especialistas en caso de patología si precisa así como radiologías y resonancia magnéticas.
Formación uso de EPIs y actuación ante un accidente laboral

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Participación de más de 90 % de la plantillas.

Hallazgos patológicos: IMC 12 % padece obesidad, 2 alteraciones ECG, 2 hipoacusias, 3 alteraciones en las espirometrías (leves obstrucciones respiratorias), 23 alteraciones dermatológicas, 13 alteraciones analíticas, 69 % presenta patología osteomuscular, 15 % ocular y 8% faríngea.

Personal no inmunizado que requiere vacunación: 2 hepatitis B, 1 Difteria -tétanos, 1 triple vírica y 19 vacunas Meningococo (bexsero)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

conclusión:

25 reconocimientos eran iniciales frente a 46 periódicos
69 eran APTOS y 1 apto con limitación y otro pendiente de estudio.

Recomendaciones:

Seguimiento de las patologías detectadas.
Completar la vacunación iniciada del Meningococo
Adoptar las medidas ergonómicas propuestas y medios para mejorar con el apoyo de una evaluación de riesgos del técnico de prevención.
Seguir realizando reconocimientos tanto periódicos como iniciales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1457 ===== ***

Nº de registro: 1457

Título
VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

Autores:
DUEÑAS JOLLARD SANDRA, TERREN MARCO NOELIA, FUERTES GARCES PAULA, EZPELETA ASCASO IGNACIO, CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE, IGUACEL ACIN TERESA, LATORRE MOSTEO MARIA CARMEN, GIL NAVARRO SABRINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1457

1. TÍTULO

VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN EL SERVICIO DE MICRO BIOLOGIA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología: osteomuscular
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Cumplir con el art 22 de la LPRL realizando los controles de salud de los trabajadores en el Servicio de Microbiología al detectarse la inexistencia de realización de una vigilancia de la salud periódica. La vigilancia de la salud nos va a permitir detectar los problemas de salud tanto a nivel colectivo como individual y planificar acciones preventivas estableciendo prioridades de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana de estudio es todo el servicio de microbiología en las diferentes categorías profesionales que se componen: Jefe de servicio, Jefe de sección, FEA microbiología, FEA farmacéutico, Farmacéutico interno residente, MIR, investigador, becario, supervisora de enfermería, enfermeas, TSDL, TCAE y auxiliares administrativos. El objetivo es actuar en los 3 niveles de prevención con el fin de analizar el estado de salud y poder establecer prioridades en la actuación en materia de prevención de riesgos laborales.

MÉTODO

Realización de exámenes de salud
Actuaciones urgentes: Difusión de la actuación ante un accidente laboral biológico
Promoción de la salud: vacunación
Asesoramiento sanitario
Consejos sanitarios

INDICADORES

Participación superior al 70% de la plantilla
Exámenes de salud específicos donde se registra y analiza los resultados de las diferentes exploraciones y pruebas complementarias realizadas

DURACIÓN

cronograma:
Inicio de reconocimientos médicos desde marzo 2017 a mayo 2017.
Explotación de los datos a los largo de junio, julio y agosto.
Finalización en septiembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1442

1. TÍTULO

HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES. DETECCIÓN, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO EZPELETA ASCASO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES FUERTES PAULA
TERREN MARCO NOELIA
AISA ALASTUEY CONCEPCION
IGUACEL ACIN MAITE
CAMPO SANZ MATILDE
LATORRE MOSTEO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A finales de junio de 2018, se realizó una presentación de diapositivas sobre el proyecto de Deshabituación Tabáquica a todos los profesionales de la Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales.

Durante la anamnesis de la consulta de vigilancia de la salud individual, y en base a los objetivos del proyecto, se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- 1º. Preguntar verbalmente al trabajador si fuma, no fuma o es exfumador.
- 2º. Entregar al trabajador fumador el tríptico informativo "¡Decídete a respirar!", dar un consejo mínimo sobre dejar de fumar e indicar los riesgos y beneficios del tabaco.
- 2º. En fumadores, realizar el test de Richmond aportado por el Comisión de Hospital Sin Humos del Hospital, donde las puntuaciones son "0 a 5: motivación débil", "6 a 8: motivación media" y "9 a 10 motivación fuerte" (modificación de puntuaciones reflejadas en el proyecto inicial).
- 3º. Adjuntar el test a la historia laboral y registrar la puntuación obtenida en la evolución clínica y en una columna creada en la base de datos excel de reconocimientos médicos.
- 3º. Se comunica verbalmente al trabajador el resultado obtenido, cuál es su significado y la posibilidad de derivar a consulta de deshabituación tabáquica cuando tenga un alto grado de motivación actual o futuro y precise ayuda para dejar de fumar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En base a los reconocimientos realizados de julio a diciembre del 2018 y la valoración del hábito tabáquico en los trabajadores, mediante el test de Richmond, se han observado los siguientes resultados:

El total de reconocimientos médicos realizados ha sido de 581. Sobre este total, se ha observado que el 11,7% (68) de los trabajadores son fumadores, el 48,5% (282) no fumadores, el 6,2% (36) exfumadores y en un 33,6% (195) se desconoce. Por tanto, la proporción de trabajador fumador / no fumador y exfumador es de 21,38% (indicador).

Se realizó el test de Richmond a un 60,3% (41) de los trabajadores fumadores y no se completó en un 39,7% (27) tras indicar que no tenían ninguna motivación para dejar de fumar, ni se lo planteaban. La mayor parte de los resultados del test indicaron una motivación débil (41,5% n:17), seguido de motivación media (36,6% n:15) y fuerte (22% n:9). Si se tuviera en cuenta a los 27 trabajadores, donde no se objetivó puntuación por negativa expresa a dejar de fumar, se podría estimar un porcentaje de motivación débil superior.

Según la pauta indicada por el Comisión de Hospital sin Humos del HUMS, siempre que se obtuvo una puntuación mayor a 9 o motivación fuerte se ofrecía derivar a consulta de deshabituación tabáquica, consiguiendo la aceptación de 7 trabajadores (77,8%) y el rechazo de 2 (22,2%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras determinar que la relación entre trabajador fumador y no fumador o exfumador es de 21,68%, y observar que un alto porcentaje fumadores presentan una motivación débil para el abandono del hábito (41,5%), nos hace pensar que a pesar de que la mayoría de trabajadores del ámbito hospitalario es consciente de los efectos nocivos del humo del tabaco, continúan manteniendo el hábito.

En cuanto a la derivación de siete de trabajadores a la consulta de deshabituación tabáquica, cabe decir que se desconoce si los trabajadores han llegado a citarse en dicha consulta e, incluso, si han comenzado las fases de planteamiento y acción del abandono del hábito, así como su posterior mantenimiento.

Dentro del porcentaje de datos desconocidos, es importante señalar que en el período de julio de 2018 se realizaron alrededor de cien reconocimientos médicos con la colaboración de una mutua colaboradora. En estos casos el hábito tabáquico fue valorado en dicha entidad, pero no el test de Richmond. Por tanto, se ha valorado incorporar en una consulta breve de revisión de resultados la realización del test de Richmond en fumadores y registrarlo en la base de datos destinada al efecto.

La integración de este proyecto ha sido favorecedora para conocer la situación actual del hábito tabáquico en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1442

1. TÍTULO

HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES. DETECCIÓN, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION

trabajadores y que, desde esta Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales, sigamos aunando los esfuerzos en concienciar a los profesionales sobre el impacto negativo que ejerce tanto sobre su salud, como la de fumadores pasivos. Para ello, se mantendrá el consejo breve y la oferta de ayuda durante las consultas de vigilancia de salud.

7. OBSERVACIONES.

Si bien en el proyecto apartado 7 INDICADORES Y EVALUACIÓN la valoración del test de Richmond de describía = a 3: nulo o bajo; \$ a 5: dudoso; 6 a 7: moderado, y 8 a 10.alto; ala hora d epñoner en marzha el proyecto hemos seguido la nomenclatura utilizada por la COMisión de Hospital sin Humo: "0 a 5: motivación débil", "6 a 8: motivación media" y "9 a 10 motivación fuerte"

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1442 ===== ***

Nº de registro: 1442

Título
HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES. DETECCIÓN, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION

Autores:
EZPELETA ASCASO IGNACIO, GARCES FUERTES PAULA, TERREN MARCO NOELIA, SIMON CLEMENTE SALOME, IGUACEL ACIN MARIA TERESA, CAMPO SANZ MATILDE, GIL NAVARRO SABRINA, LATORRE MOSTEO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Hospital Universitario Miguel Servet pertenece a la red europea de Hospitales sin Humo. Entre sus l objetivos está que todos los trabajadores y usuarios del centro no fumen en las instalaciones sanitarias y su perímetro, tal y como obliga la ley.
La Diputación General de Aragón ha suscrito la Declaración de Luxemburgo de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PST), la cual consiste en aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo.
La unidad básica de prevención de riesgos laborales del sector Zaragoza II es un activo para la promoción de la salud en el trabajo fomentando la salud y los hábitos saludables en el entorno laboral

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer la prevalencia de tabaquismo en los trabajadores que acuden a vigilancia de la salud individual
- Clasificar a los trabajadores fumadores según su motivación para dejar el hábito tabáquico
- Oferta derivación de forma eficiente a la consulta de deshabituación
- Introducir el consejo mínimo en los consejos a dar en trabajadores fumadores con motivo de vigilancia de la salud

MÉTODO

- Registro dehábito tabáquico: fumador, no fumador exfumador
- Determinación del nivel de motivación con la aplicación del test de Richmond. Registro
- Oferta de derivación a deshabituación aquellos trabajadores con test de Richmond mayor o igual a 9. Registro
- Reunión de equipos sanitario Medicina-Enfermería, para presentación del proyecto, definición de líneas de trabajo.
- Registro del Consejo mínimo en historia clínica

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1442

1. TÍTULO

HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES. DETECCIÓN, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION

Globalmente buscamos un clarificar qué situación tenemos, para ello:

- proporción de trabajadores fumadores/ no fumadores y exfumadores

Clasificación de acuerdo con el test de Richmond:

0 a 3: nulo o bajo

4 a 5: dudoso

6 a 7: moderado

8 a 10: Alto.

- Derivaciones a consulta de deshabituación

- Muestro aleatorio para verificar en historia clínico-laboral se ha aplicado metodología del consejo mínimo.

DURACIÓN

Inicio 01.07.2018 hasta 31.12.2018

Evaluación a fecha 31.12.2018 de desarrollo del proyecto. En función de los resultados continuidad en su aplicación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0925

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN ADULTOS A PARTIR DE 45 AÑOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE IGNACIO EZPELETA ASCASO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DUEÑAS JOLLARD SANDRA
IGUACEL ACIN MARIA TERESA
TERREN MARCO NOELIA
AISA ALASTUEY CONCEPCION
GARCES FUERTES PAULA
GIL NAVARRO SABRINA
LATORRE MOSTEO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de marzo de 2019, previamente al inicio del proyecto:

Elaboración de los documentos :

- cuestionario de indicadores de deficiencia de vitamina D
- recomendaciones vitamina D

Desde el 1 de abril hasta 31 de julio 2019:

- Añadir en las peticiones de las analíticas solicitadas en los reconocimientos médicos la vitamina D
 - Proponer medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico según resultado de la analítica
- A partir de 1 de agosto a 30 de noviembre de 2019:
- Registro de variables en la base de datos de reconocimientos médicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES:

•Número de trabajadores mayores de 45 años a los que se solicita vitamina D/Número de trabajadores mayores de 45 años que pasan reconocimientos médicos = 24/115 (20,8%)

•Número de trabajadores con déficit de vitamina D/ Número de trabajadores que se realizan la primera analítica= 4/24. (16,6%)

Considerando déficit e insuficiencia de vitamina D=16/24 (66,6%)

•Número de trabajadores que mejoran sus niveles de vitamina D con tratamiento/ número de trabajadores que se les proporcione tratamiento. 2/9 (22,2%)

Con motivo de la evaluación de la presente memoria se ha contactado con los nueve casos a los que se les indicó tratamiento. Dos personas iniciaron seguimiento con Medicina de Familia, cinco continúan en tratamiento pues lo iniciaron más tarde .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el desarrollo del programa han surgido problemas para su desarrollo:

- El programa de calidad ha coincidido con la implantación del programa de historia clínica en Medicina del Trabajo (MEDTRA). La atención requerida y adaptación al manejo del nuevo programa ha restado recursos para el desarrollo de este programa de calidad produciéndose olvidos en las solicitudes de vitamina D.
- La difusión dentro del ámbito HUMS y conocimiento por parte de los profesionales del aumento exponencial desde el año 2014 del test de determinación sérica de 25-hidroxivitamina D implicó un punto de inflexión a la hora de realizar las peticiones con el correspondiente ajuste de acuerdo con el documento "GESTIÓN DE LA DEMANDA EN EL SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HUMS. DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES PARA LA SOLICITUD DE NIVELES SÉRICOS DE 25-HIDROXIVITAMINA D" de fecha 29 de mayo de 2019.

Si bien los resultados obtenidos no son los planteados inicialmente; como mejora y derivados del proyecto; se han elaborado documentos internos de apoyo para la prevención del déficit de vitamina D para utilización con motivo de la vigilancia individual de la salud y en el marco de actividades preventivas de promoción de la salud :

- Cuestionario Vitamina D, contiene doce preguntas para screening de situaciones relacionadas con la aparición de déficit-insuficiencia de vitamina D.
- Recomendaciones vitamina D, con consejos de hábitos dietéticos y de estilo de vida para la prevención del déficit -insuficiencia de vitamina D.

7. OBSERVACIONES.

Sandra Dueñas Jollard ha sido la responsable del proyecto. En la actualidad ya no trabaja en la unidad básica de prevención de riesgos laborales (UBPRRL) del sector Zaragoza II por lo que el presente formulario se cumplimenta por Ignacio Ezpeleta Ascaso en calidad de interlocutor de la UBPRRL pues un proyecto incluido en el acuerdo de gestión 2019 de la unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0925

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN ADULTOS A PARTIR DE 45 AÑOS

*** ===== Resumen del proyecto 2019/925 ===== ***

Nº de registro: 0925

Título
PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN ADULTOS A PARTIR DE 45 AÑOS

Autores:
DUENAS JOLLARD SANDRA, AISA ALASTUEY CONCEPCION, EZPELETA ASCASO IGNACIO, LATORRE MOSTEO CARMEN, GARCES FUERTES PAULA, GIL NAVARRO SABRINA, TERREN MARZO NOELIA, IGUACEL ACIN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la detección de déficit de vitamina D en analíticas pedidas de forma selectiva a trabajadores con alguna sintomatología con posible relación con el déficit de vitamina D y mejoría tras medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico, se hace extensivo a todos los adultos mayores de 45 años para la prevención de dicho déficit y mejorar su estado de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar déficit de vitamina D no conocidos
Tratar los déficits encontrados
Mejorar la sintomatología producida por el déficit de vitamina D: dolores osteomusculares y cansancio.
Prevenir las consecuencias a largo plazo del déficit de vitamina D: osteoporosis y fracturas óseas
POBLACIÓN DIANA: trabajadores de más de 45 años que acuden a reconocimiento médico

MÉTODO
Realizar cuestionario de indicadores de deficiencia de vitamina D
Añadir en las peticiones de las analíticas solicitadas en los reconocimientos médicos la vitamina D
Proponer medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico según resultado de la analítica. Según la OMS los valores inferiores a 50 nmol/L (20ng/ml) los considera Hipovitaminosis.
Registro de variables en la base de datos de reconocimientos médicos
Control analítico a los 4 meses del inicio del tratamiento y valorar resultados.

INDICADORES
Número de trabajadores mayores de 45 años a los que se solicita vitamina D/Número de trabajadores mayores de 45 años que pasan reconocimientos médicos.
Resultados = 90%
Número de trabajadores con déficit de vita D/ Número de trabajadores que se realizan la 1 era analítica
Número de trabajadores que mejoran sus niveles de vitamina D con tratamiento/ número de trabajadores que se les proporcione tratamiento

DURACIÓN
Inicio de inclusión de petición de vitamina D en las analíticas de los reconocimientos médicos a partir del 1 de abril hasta 31 de julio.
Citación para resultados de 2 º analítica tras 4 meses de inicio de tratamiento.
Análisis y evaluación de los resultados enero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0925

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN ADULTOS A PARTIR DE 45 AÑOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0020

1. TÍTULO

EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL OSTABAL ARTIGAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ HERRERO MARIA PILAR
ARANDA MOLINOS OLGA MARIA
ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL
YARZA ALONSO MARIA ANTONIA
ESCUSA VICENE ANA MARIA
ANDRES CASTELL NOELIA
DE TORRES AURED MARIA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

2015 se detectó el problema, cuantificándose que el 75% de las personas desconocía como alimentar a una persona con una ostomía. El 89% no sabía realmente como hacer y que era una dieta baja en residuos. Y de la personas encuestadas ninguna sabía los alimentos que producen olores desagradables y cuales los amortiguan, ni como tratar los problemas nutricionales de la ostomía.

Desde Enero del 2016 se recogieron y siguieron aquellos pacientes ostomizados de forma urgente y que ingresaron en Uci, y antes de ser egresados de la Unidad se les realizó una charla informal al cuidador principal para informarle y darle recomendaciones nutricionales para la fase más aguda del proceso, las primeras 6-8 semanas. Durante 2016 ingresaron en la Uci polivalente 405 pacientes, de los cuales 87 tenían algún tipo de ostomía. De estos 87 pacientes a 62 se le realizó la ostomía por proceso agudo que motivo su ingreso en Uci, el resto ya eran portadores de la misma a su ingreso en Uci.

Nuestro cometido era dar recomendaciones e información nutricional a todos aquellos pacientes que se enfrentaban de forma aguda al proceso, para lo cual se identificó a la persona que convivía con ellos y que lo cuidarían en el postoperatorio inmediato. De los 62 pacientes se seleccionaron solo 38 a los que se les dio la información nutricional. En el resto de los casos no se hizo porque eran pacientes que APACHEII>15, intubados, con nutrición enteral artificial o parenteral y con larga estancia en UCI, con lo cual en aquellos casos en que se consiguió egresarlos a planta ya habían pasado las 6-8 semanas en las que los cuidados nutricionales son más necesarios.

De los 38 pacientes seleccionados la edad media era de 75,2 años+/-12 con un rango entre 48 y 84 años. A 12 de estos enfermos se les hizo ileostomía y al resto colostomía. De forma inicial se le preguntó al propio enfermo y/o a su cuidador principal, si sabían lo que era una dieta baja en residuos y si se sentían capacitados para el manejo nutricional adecuado en la situación actual a la que se tenían que enfrentar al llegar a casa. De las 38 personas 35 se manifestaron muy ansiosas y con gran desconocimiento ante la nueva situación y dijeron que no se sentían capacitados sino se les informaba para manejar la situación, el resto habían tenido experiencias familiares previas y en 1 caso la hija estaba estudiando dietética y nutrición.

Se realizó una charla informal en el despacho de información a 21 de las 38 personas seleccionadas. Esta charla se hacía 2 ó 3 días antes de que se previera el alta. En el resto de los casos, no se hizo por motivos logísticos que lo imposibilitaron, en 7 casos no acudió ningún familiar y el paciente no tenía suficiente capacidad como para asimilar la información y en el resto de los casos el egreso se hizo en fin de semana y sin previo aviso.

En dicha charla se les dejó patente que si bien transcurridas 6-8 semanas, podrían realizar una dieta prácticamente normal aunque deberían ir reintroduciendo poco a poco los alimentos, en las primeras 6-8 semanas deberían hacer una dieta pobre en grasas y pobre en fibra insoluble, así como hacer muchas comidas y de poca cantidad (se les informó sobre la necesidad de hacer unas 5 comidas al día como mínimo). Se hizo hincapié sobre la importancia de no mezclar los líquidos con los sólidos, tomando los líquidos por lo menos 30 minutos después de los sólidos sobre todo en aquellos pacientes que portaban ileostomía. Se les avisó que un 10% por los pacientes pueden tener graves problemas por la dieta debido a su estoma incluso obstruirse éste, en caso de no alimentarse de forma adecuada.

Los objetivos de las recomendaciones dietéticas que nos propusimos fue:

- Evitar la obstrucción del ostoma.
- Contribuir a la cicatrización de la herida del mismo.
- Disminuir la producción de gases, evitando alimentos que producen flatulencias.
- Como evitar los olores desagradables
- Como evitar el estreñimiento
- Como evitar diarreas, deshidrataciones y alteraciones iónicas.
- Como identificar el cuidador y el paciente problemas derivados de su nueva condición y solucionables modificando la dieta.
- Aprender a elaborar de forma individualizada en sus domicilios un menú del gusto del enfermo y que se adaptase a sus condiciones y que cubriese sus requerimientos calóricos y proteicos. Se les informó sobre maneras de enriquecer los alimentos, para su densidad calórica y valor proteico fueran altos con poco volumen.
- Se les informó sobre la importancia de una buena ingesta proteica y ante inapetencia optar por la toma del segundo plato.
- Se incidió sobre la necesidad de la deambulación para un buen movimiento de las asas intestinales.
- También se les hizo especial hincapié sobre la forma de comer: despacio, masticando bien, sentado y recto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0020

1. TÍTULO

EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

en silla, con la boca cerrada para no deglutir excesivo aire.

Se les avisó aquellos pacientes que portaban ileostomía que deberían ingerir de 500-700cc de líquidos más, para evitar la deshidratación y a evitar bebidas hipotónicas o reducir las a menos de 200cc al día para evitar una excesiva pérdida de iones por las heces (té, café). También se les avisó que deberían realizarse controles analíticos para asegurarse que sus niveles de hierro, ácido fólico y electrolitos entre otros estaban en rangos normales.

Se les dio información sobre alimentos bajos en residuos y aquellos que deberían evitar en la fase aguda de su proceso (primeras 6-8 semanas). Se les instruyó sobre formas de cocción, volumen y enriquecimiento de los alimentos en aquellos casos en que el paciente estaba en riesgo de desnutrición. Se les aconsejó en aquellos pacientes en que la leche no sentaba bien por alteración de la lactasa intestinal, suspender su consumo u optar por una leche sin lactosa, yogur natural o queso de Burgos, el queso curado además de ser rico en calcio, les podría ayudar en caso de heces demasiado líquidas.

Se les informó sobre la incorporación de alimentos como la pasta, el arroz, el pan blanco, ricos en almidón para aumentar la consistencia de las heces.

Se les alertó de evitar en la fase aguda los pescados azules por ser más ricos en grasas poliinsaturadas y tomar pescados blancos como la merluza y carnes blancas de pollo, pavo o conejo, fundamentalmente.

Se le dio la lista de alimentos que si los tomaban tuvieran en cuenta que en cantidades importantes podrían producir mal olor o flatulencia y como conseguir reducir los malos olores con otros alimentos (se les dio información escrita con la lista de productos y cada caso).

También se les alertó que en aquellos casos en que una vez en su casa tuvieran diarreas, que las identificarían con contenido por la ostomía >1000-2000cc al día, deberían hacer una dieta astringente, hidratarse con soluciones isotónicas y acudir a su centro de salud en caso que el problema se prolongase durante más de 2 días. En caso de estreñimiento se aumentará el aporte de líquidos y fibra soluble, recurriendo a medicamentos en caso de que su médico así lo aconsejara.

Una vez terminada la charla informal y con toda la información que le habíamos aportado se le pidió al cuidador, que teniendo en cuenta los gustos del paciente, nos relatase un menú diario completo que le haría una estuvieran en casa. Sobre este menú se les informó la manera en que podían enriquecerlo en aquellos casos de riesgo de desnutrición. Finalizada la charla se les preguntó si la información aportada les había sido de utilidad y si su nivel de ansiedad y preocupación ante la nueva situación había disminuido, afirmando todos ellos que sí a ambas preguntas.

Se les advirtió que la información que se les daba era individualizada y que servía para su caso concreto, pero que el aporte nutricional de un paciente que es ostomizado se hará de acuerdo a su condición clínica, conociendo el segmento que le han resecado y que tanto se ha adaptado al estoma en el momento de la valoración clínica, con lo cual no pueden utilizar esa información para otra persona que conozcan y que haya sido también sometida a un tipo de intervención quirúrgica similar.

En aquellos casos, en que el paciente estaba desnutrido o con un IMC < 20,5 al ser egresados de UCI o estaba sarcopénico, se hizo hoja de colaboración para que fuera revisado y seguido por la Unidad de Nutrición, esto fue necesario en 3 casos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De todos los pacientes que podrían formar parte de nuestro proyecto (38 personas), conseguimos cumplir con las charlas y la educación nutricional de la forma que nos habíamos propuesto en 21 pacientes. Detectamos que el ser portador de una ostomía de forma inesperada produce ansiedad y confesaron no tener ningún conocimiento de como manejar nutricionalmente la situación en 35 de las 38 personas, las personas que fueron educadas e informadas (21) manifestaron que una vez han recibido información se sienten más seguros para afrontar la situación. Y confiesan que previamente desconocían la información que se les ha dado. El identificar a los pacientes con ostomía nos permitió detectar a 3 con riesgo de desnutrición al alta de UCI y se solicitó colaboración de la Unidad de Nutrición

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos hemos dado cuenta que damos por sabidas cosas que realmente las personas de la calle desconocen y que conllevan luego graves problemas sanitarios. Por ejemplo los pacientes son dados de alta del hospital con un informe que pone "seguirá dieta pobre en residuos", pero cuando se interroga a las personas, la mayoría desconocen que alimentos deben evitar y cuales consumir. Tampoco saben que alimentos pueden producir diarrea, estreñimiento, flatulencias, olores desagradables o amortiguar estos. Y todas estas cosas son importantes para la calidad de vida y seguridad del paciente ostomizado una vez es egresado del hospital.

Por otra parte muchos pacientes por no saber como alimentarse ni como enriquecer los alimentos que toman, caen en riesgo de desnutrición o sufren desnutrición, factor todavía más agravante cuando son personas que en un alto porcentaje van a ser sometidas a tratamientos posteriores de quimioterapia y/o radioterapia.

Se deberían hacer charlas grupales de forma periódica por personal instruido para mejorar la calidad de vida y el estado nutricional de este tipo de enfermos.

Sería también interesante contar con material didáctico, de buena calidad, como panfletos de fácil lectura o interpretación para ayudar a estas personas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/20 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0020

1. TÍTULO

EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

Nº de registro: 0020

Título
EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

Autores:
OSTABAL ARTIGAS MARIA ISABEL, LOPEZ HERRERO MARIA PILAR, ARANDA MOLINOS OLGA MARIA, ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL, YARZA ALONSO MARIA ANTONIA, ESCUSA VICENTE ANA MARIA, ANDRES CASTELL NOELIA, LA TORRE AURED MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Muchos de los pacientes que ingresan en la UCi polivalente salen con una ostomía (ileostomía, colostomía o urostomía), sin estar preparados para ello y suponiendo tras el alta hospitalaria una merma de su autoestima, de su calidad de vida, de sus relaciones sociales, e incluso de su salud física, si no son debidamente preparados para enfrentarse a su nueva situación. Muchos de estos pacientes salen del hospital con un informe de alta en el que pone simplemente Seguir Dieta Pobre en Residuos, pero hemos detectado que estas personas desconocen que es una dieta pobre en residuos y que alimentos les pueden ayudar a mejorar su calidad de vida: Cuales producen gases, olores, aumentan las deposiciones, obstruyen el estoma, cambian el color de las heces, ayudan a controlar el olor de las mismas, alivian el estreñimiento o controlan la diarrea. Ello se traduce en déficit nutricionales y pérdidas de masa grasa y magra, que los puede convertir en personas frágiles, que no van a poder sobrellevar futuros y probables tratamientos quimioterapicos sin problemas. Pensamos que durante el paso en la UCi, el paciente y/o cuidador esta más asertivo a recibir y procesar la información

RESULTADOS ESPERADOS
-Esperamos que todos nuestros enfermos salgan de su paso por la UCi, conociendo ellos y/o sus cuidadores qué es una dieta pobre en residuos, cómo tienen que ir introduciendo los alimentos y qué alimentos pueden ayudarles a solventar o sobrellevar su nueva situación.
- Todos los pacientes saldrán con una charla informal sobre el tema así como una tabla sencilla en la que se reflejen los efectos que cada alimento puede tener sobre su nueva situación.

MÉTODO
Cuando un paciente al que se le haya realizado una ostomía, vaya a ser dado de alta de UCi, se le explicará por un miembro del grupo de mejora de forma informal, como tiene que comer, qué comer, y que hacer cuando surjan diarreas o esté estreñido. También se le dará una tabla de referencia de alimentos para ostomizados. En la que se reflejen: Los alimentos que producen gas, los alimentos que producen olor, los alimentos que aumentan las evacuaciones, los que pueden obstruir el estoma, los que producen cambios de color de las heces, los que ayudan a controlar el olor, los que alivian el estreñimiento y los que ayudan a controlar la diarrea.
Los pacientes que salgan ya con un IMC bajo o que se prevea una gran pérdida de peso, por su situación o mal control de la situación. Al alta de UCi saldrán con una hoja en la que se solicitará colaboración y seguimiento de los mismos a la Unidad de Nutrición

INDICADORES
- nº de pacientes con colostomías que reciben información nutricional durante su paso por la UCi / nº total de pacientes con colostomía

-% de pacientes que salen con un IMC <20%, gran sarcopenia o inapetencia tras una ostomía / % de pacientes ostomizados.

DURACIÓN
Se lleva trabajando con el tema durante 5 meses y se espera perfilar durante el primer año la situación y el beneficio de estas medidas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0020

1. TÍTULO

EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONINA KLIMENKO KLIMENKO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL BERNAL MARIA DOLORES
MARTINEZ SORIANO CARMEN
JOVEN CASAUCAU ELVIRA
ORIHUELA MARIN ANA BELEN
VILLABONA RESANO MARIA JULIA
GARCIA LABORDA CRISTINA
OLMOS PEREZ FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Proyecto de Mejora fue ideado con el propósito de facilitar al personal de nueva incorporación una formación básica sobre el funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio cardíaco, características y necesidades del paciente en el postoperatorio, así como el material y técnicas usados durante el proceso de cuidados.

El Proyecto de Mejora inicialmente se componía de 3 actividades

1. Impartición de Jornada de acogida del personal de nueva incorporación a la Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio Cardíaco
2. Elaboración de Guía de consulta rápida de material para las técnicas en UCI
3. Elaboración de Guía de consulta rápida de cuidados de Enfermería en UCI.

Durante la elaboración de las Guías se planteó la conveniencia de sustituir la Guía de Cuidados de Enfermería por la Guía de Medicación en UCI, pues en aquel momento suponía más urgencia y relevancia para la Unidad la presencia de un documento que recoja la información necesaria sobre la medicación utilizada en UCI para ofrecer la mayor seguridad posible durante su administración al paciente; y los cuidados de Enfermería se explicarían igualmente en la Jornada de Acogida y Formación. De esta manera, se realizaron siguientes actividades:

1. Elaboración de Guía de consulta rápida del material en UCI de Postoperatorio Cardíaco
2. Elaboración de Guía de consulta rápida de medicación en UCI de Postoperatorio Cardíaco
3. Impartición de Jornada de Acogida y Formación del personal de enfermería y auxiliar de enfermería a la UCI de Postoperatorio Cardíaco.

Cada una de las actividades se planteó con unos objetivos específicos y se llevó a cabo cumpliendo con cada uno de ellos. A continuación se describen las tres.

1. JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACIÓN.

Se realizó con el objetivo de reducir el estrés del personal, inherente a la incorporación a un nuevo puesto de trabajo, dando a conocer la estructura funcional de UCI, necesidades del paciente y formando al personal en los cuidados de paciente en UCI para facilitar la continuidad de cuidados.

Para la realización de esta Jornada se tuvo que modificar el calendario previsto en cuanto a las fechas, pues dependían de las fechas de contratación del personal; sin embargo se mantuvo la cantidad prevista de sesiones.

En las sesiones de la Jornada se impartieron siguientes temas:

- Organización y estructura de una Unidad de Cuidados Intensivos. Competencias y tareas del personal de Enfermería y Auxiliar de Enfermería
- Fisiopatología cardíaca. Cirugía Cardíaca.
- Postoperatorio Cardíaco inmediato: concepto y Cuidados de Enfermería
- Medicación específica en Unidad de Cuidados Intensivos. Drogas vasoactivas. Preparación y uso. Efectos secundarios
- Material y técnicas específicas de Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio Cardíaco.
- Preparación del box. Limpieza del material
- Monitorización de constantes vitales del paciente
- Higiene y movilización del paciente
- Oxigenoterapia. Ventilación mecánica invasiva y no invasiva
- Manejo del material utilizado en Unidad de Cuidados Intensivos

En la impartición de la Jornada se utilizaron como apoyo las Guías de Material para las técnicas en UCI y la Guía de Medicación, descritas en siguientes apartados.

Esta parte de proyecto, al ser de carácter formativo, se evaluó mediante un cuestionario tipo test. Se realizaron la evaluación inicial y la evaluación final (los alumnos respondieron a las mismas preguntas al principio de la jornada y al final de la jornada). De esta forma se pudo comprobar los conocimientos adquiridos durante la misma. El cuestionario consta de preguntas sobre los cuidados del paciente tras la cirugía cardíaca; en la evaluación inicial se obtuvo un 50% de aciertos y en la final un 98%. El cuestionario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

se adjunta en el ANEXO I

Personal implicado en la impartición de la Jornada

- Jefe de Unidad Dr. Francisco Olmos Pérez
- Supervisora de Unidad Julia Villabona Resano
- Enfermeras: Antonina Klimenko

Elvira Joven

- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE):

M^a Dolores Gil Bernal

Carmen Martínez Soriano

Ana Belén Orihuela Marín

Materiales:

- Guía de consulta rápida de material (elaboración propia). Se describe a continuación
- Guía de consulta rápida de medicación (elaboración propia). Se describe a continuación.
- Material de muestra específico de UCI
- Presentación de diapositivas

2. Elaboración de GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA DE MATERIAL PARA LAS TÉCNICAS EN UCI.

El propósito de la guía fue reunir en un documento impreso el material necesario para realizar todas las técnicas específicas en UCI. Para la realización de estas técnicas normalmente se necesita colaboración de varios profesionales y la mayoría de ellas se realizan con cierta urgencia, por lo tanto consideramos muy necesario tener disponible en la Unidad un manual de este formato para poder consultarlo con rapidez y que pueda estar disponible para cualquiera de los profesionales implicados.

La guía consta de 41 páginas. Cada página se compone de la fotografía del material necesario para cada técnica que se realiza en la UCI de Postoperatorio Cardíaco y de descripción del material para cada una de ellas.

La Guía reúne siguientes características:

- Completa. Reúne todas las técnicas específicas realizadas en Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio Cardíaco y todo el material necesario para su realización.
- Útil para todos los profesionales de UCI, si bien es cierto que la preparación del material es competencia de TCAE, en momentos de urgencia o emergencia, cualquier profesional puede consultarla y reunir el material necesario para la técnica correspondiente.
- Organización lógica. Consta de 2 partes: técnicas relacionadas con el soporte respiratorio y técnicas relacionadas con el soporte circulatorio. Cada página de la guía corresponde a una técnica.
- Visual. Todas las páginas de la guía, y por consiguiente, todas las técnicas, constan de las fotografías del material necesario, para así facilitar su reconocimiento. También se incluye su descripción.
- Fácil mantenimiento. Todas sus páginas están plastificadas, permitiendo desplazar la guía a distintos lugares de la Unidad para reunir el material necesario sin que se manchen las hojas o se deterioren.
- Fácil actualización. La guía consta de páginas "sueltas" plastificadas, unidas mediante anillas. De esta manera se puede actualizar las páginas por separado, aplicando las modificaciones pertinentes y ajustando el contenido de acuerdo con las actualizaciones.

Se inició su elaboración en diciembre de 2016 y se finalizó en junio de 2017, cumpliendo con el plazo previsto. A partir de esta fecha la guía está disponible en el control de Enfermería de la Unidad para su uso y se informa a todo el personal nuevo de su existencia y uso.

Participaron en su elaboración:

M^a Dolores Gil Bernal, TCAE

Carmen Martínez Soriano, TCAE

Antonina Klimenko, enfermera

Dra. Cristina García Laborda, médico Intensivista.

Recursos materiales:

- Fotografías del material y su descripción
- Impresión en color de la Guía (41 páginas)
- Plastificado de las páginas

Se adjuntan las imágenes de la Guía en el ANEXO II

3. Elaboración de GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA DE MEDICACIÓN EN UCI DE POSTOPERATORIO CARDIACO.

Esta guía se elaboró para el personal de Enfermería de nueva incorporación con el propósito de facilitar el manejo de la medicación más utilizada en la UCI. La disponibilidad de un documento de este formato facilita al personal de enfermería la preparación, manejo y administración de perfusiones continuas de drogas vasoactivas, sedantes, analgésicos, antiaritmicos, etc., así como la vigilancia de aparición de efectos secundarios después de su administración al paciente tras la cirugía cardíaca.

La guía consta de 6 hojas; su contenido (los 40 fármacos más utilizados en UCI) se presenta en forma de tabla e incluye:

- Nombre genérico y comercial del medicamento
- Grupo al que pertenece
- Acción y uso
- Preparación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

- Vía y modo de administración (bolo, perfusión continua, etc.)
- Efectos secundarios frecuentes y relevantes.

Igual que la Guía de Material, la Guía de Medicación es visual, de fácil uso, mantenimiento y actualización. Se encuentra disponible en el control de Enfermería y se informa de su existencia a todo el personal nuevo de la Unidad. Se elaboró entre diciembre de 2016 y junio de 2017, cumpliendo con los plazos previstos. Ambas guías también se usaron como material de apoyo en la impartición de Jornada de Acogida y Formación, descrita en el punto 1 de presente apartado.

En su elaboración participaron:

Elvira Joven Casaucau, enfermera
Antonina Klimenko, enfermera
Cristina García Laborda, médico intensivista.

Recursos materiales:

- Fotocopias en color
- Plastificado de las páginas.

Se adjuntan las imágenes de la guía en el ANEXO III

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para la realización de este Proyecto se marcó el indicador N° 120 Formación continuada con estándar =75%; y el indicador n° 112 Plan de acogida y formación, estándar 100%, según los Indicadores de Calidad en el enfermo crítico, disponibles en SEMICYUC.

El control del cumplimiento de los estándares se realizó mediante la hoja de firmas de los participantes en la Jornada de Acogida y Formación.

Ambos estándares se alcanzaron en su totalidad. Se dispone de la documentación pertinente en la Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio Cardíaco

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la evaluación interna del Proyecto de Mejora, el equipo formuló siguientes conclusiones:

El contenido formativo, así como la duración de la actividad (4 horas) fueron suficientes para la actualización de conocimientos para el personal que estuvo trabajando previamente en alguna Unidad de Cuidados Intensivos o tuvo algún contacto con la Unidad durante las estancias clínicas (en los casos de personal contratado para la sustitución en periodo vacacional tras terminar la formación de Enfermería). Sin embargo, para el personal que nunca estuvo trabajando y no tuvo ningún contacto con UCI, la Jornada sirvió para un primer contacto y una visión global sobre la UCI, características del paciente crítico durante el postoperatorio cardíaco, pero no fue suficiente para que un profesional sin ninguna experiencia previa pudiera desarrollar su labor de manera autónoma, sin depender de otros profesionales para la realización de los cuidados de paciente en UCI. Para tal fin es necesaria una formación más amplia, tanto teórica como práctica. Tanto los profesionales implicados en la organización de la Jornada, como los participantes, destacamos la conveniencia de seguir organizando jornadas formativas relacionadas con la atención al paciente en UCI de Postoperatorio Cardíaco, adaptándolas a las necesidades del personal. Estas conclusiones se obtuvieron tras el análisis de la encuesta elaborada para los participantes de dicho evento, disponible en la UCI para su comprobación.

En cuanto a las Guías, su elaboración fue y sigue siendo de gran utilidad para el personal de UCI, además sirvieron como punto de partida para otras iniciativas y elaboración de otros documentos.

7. OBSERVACIONES.

Sin observaciones de interés.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/446 ===== ***

N° de registro: 0446

Título
JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

Autores:
KLIMENKO KLIMENKO ANTONINA, JOVEN CASAUCAU ELVIRA, ORIHUELA MARIN ANA BELEN, GIL BERNAL MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: paciente crítico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La creación de este proyecto parte de la necesidad de formación del personal de enfermería y de auxiliares de enfermería de nueva incorporación a la Unidad de Cuidados Intensivos. Según las encuestas realizadas al personal de la unidad, el 80% del personal no ha tenido la formación previa relacionada con las técnicas específicas realizadas en una Unidad de Cuidados Intensivos, cuidados de enfermería al paciente crítico, material utilizado y técnicas realizadas en la Unidad, así como cuidados de enfermería al paciente en tratamiento con diversas drogas específicas de UCI.

En primer lugar, la incorporación al nuevo puesto de trabajo, crea a todo el personal un estrés que en muchas ocasiones impide desarrollar la labor profesional en unas condiciones emocionales óptimas. Cabe mencionar que en las Unidades de Cuidados Intensivos los pacientes se encuentran en un estado crítico, precisando ser atendido por el personal emocionalmente competente, así que este Proyecto de Formación pretende reducir el estrés de los profesionales de nueva incorporación.

En segundo lugar, en la Unidad de Cuidados Intensivos se realizan diferentes técnicas y procedimientos específicos que requieren el conocimiento correcto del material utilizado y conocimientos sobre el manejo de drogas utilizadas para atender las necesidades del paciente de una manera óptima y colaborar con el equipo médico eficientemente.

En una Unidad de Cuidados Intensivos la labor profesional se desarrolla en equipo, precisando ofrecer a los enfermos una asistencia sanitaria de calidad y de una manera segura. En la UCI de postoperatorio cardiaco se realizó un estudio sobre los eventos adversos, poniéndose de manifiesto que un 40% de ellos se podrían evitar con una mayor formación del personal sanitario.

De esta manera, en la guía de calidad de SEMICYUC, el indicador de calidad nº 112 refiere al Plan de Acogida al profesional del servicio de Medicina Intensiva, justificando que los "profesionales que se integran en un Servicio de Medicina Intensiva, bien sea de manera fija o bien sea de manera eventual, con cualquier tipo de contrato sentirían un mayor reconocimiento si conocieran el Servicio como organización desde el primer día de pertenencia. Además, pueden mejorar la seguridad al informar sobre ciertos aspectos específicos de este ámbito".

Este Proyecto pretende establecer una Jornada de Acogida al personal de nueva incorporación para ofrecer la información sobre los siguientes aspectos:

1. Misión, visión y valores de la Unidad de Cuidados Intensivos
2. Miembros de la Unidad, responsabilidades y atributos
3. Características del paciente de Unidad de Cuidados Intensivos
4. Técnicas y procedimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos
5. Material específico de la Unidad de Cuidados Intensivos
6. Cuidados de Enfermería al paciente crítico

Además, la elaboración del Plan de Acogida puede repercutir en la disminución de eventos adversos relacionados con una importante mortalidad, morbilidad, incremento de las estancias y consumo de recursos y repercute en la satisfacción de enfermos y familiares.

Otro propósito del Proyecto es potenciar la formación continuada, ya que es un elemento esencial para el desempeño correcto y efectivo de un ejercicio profesional de calidad. Constituye una herramienta para la mejora de satisfacción profesional.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reducir el estrés del personal de enfermería y auxiliar de enfermería relacionado con la incorporación a un nuevo puesto de trabajo en una UCI.
2. Proporcionar la información y formación necesaria sobre el funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos.
3. Proporcionar la información y formación sobre los cuidados de enfermería al paciente crítico
4. Proporcionar la continuidad de cuidados al paciente crítico mediante la formación específica sobre el material y técnicas de enfermería en una UCI.

MÉTODO

1. Organización de Jornada de Bienvenida al personal de nueva incorporación para explicar el funcionamiento de la Unidad y características específicas de los pacientes. Responsable Antonina Klimenko, colabora Supervisora de la Unidad y el Jefe del Servicio.
2. Elaboración y presentación de la guía práctica de cuidados de enfermería de la UCI. Responsable Elvira Joven Casaucau
3. Elaboración y presentación de la guía práctica del material específico de UCI. Responsables María Dolores Gil Bernal y Carmen Martínez

INDICADORES

Guía de indicadores de calidad de Semicyuc

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

Indicador nº 112 PLAN DE ACOGIDA (PA) AL PROFESIONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)
Indicador nº 120 FORMACIÓN CONTINUADA

DURACIÓN

Inicio del proyecto: Noviembre 2016
Finalización del Proyecto Diciembre 2016

Actividades:

Jornada de Acogida y formación:

Noviembre del 2016
Diciembre del 2016
Junio del 2017
Julio del 2017
Noviembre del 2017
Diciembre del 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0985

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 07/05/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO TEJADA ARTIGAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE DE VERA BELLOSTAS BELEN
LAVIÑA LARDIES BEATRIZ
GOMEZ MAYOR BLANCA DELIA
MILLAN LOPEZ ANA
LOREN MARTINEZ JUAN CARLOS
MARTINEZ ARROYO INES
REQUENA TABAR MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Durante este año se ha procedido a:
o Corrección de No conformidades relacionadas con la auditoria Interna y Externa . Desarrollo de la No conformidad (20 9 2017 Informe_no_conformidad IMPLANTACION DEL SISTEMA ISO 2017 DOCUMENTACION)
o Elaboración y desarrollo de IT sobre Traslado Intrahospitalario así como de los formularios relacionados. Se crea el F63 Z2(E)M UT CHESK LIST TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO, IT67 Z2(E)M UT- TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO y el f F70 Z2(E)M UT REGISTRO EFECTOS ADVERSOS EN TRASLADOS dirigido a controlar y mejorar y cuantificar el traslado intrahospitalario. Hasta la fecha se han registrado 33 eventos de 292 traslados (abril 2017-mayo 2018)
o Cumplimentación y desarrollo de los registros necesarios. Documento: 1R15 UT LISTADO DE REGISTROS
o Elaboración hasta un total de 31 no conformidades (abiertas y cerradas): R10 UT LISTADO DE INCIDENCIAS ISO UCI CRTQ
o Elaboración y desarrollo de las IT relacionadas con el control de los dispositivos estratégicos de la Unidad (carros de parada, desfibriladores, maletín de traslados...) así como de los formularios necesarios. F60 Z2(E)M UT Control de MALETIN DE TRASLADO RCP; F71 Z2(E)M UT CONTROL CADUCIDADES CARRO DE PARADAS; F72 Z2(E)M UT CHECK-LIST CONTENIDO DE CADA CARRO DE PARADAS; F73 Z2(E)M UT REVISION MENSUAL DE CARRO DE PARADAS; IT65 Z2(E)M UT CONTROL MANTENIMIENTO MALETIN TRASLADO; IT68 Z2(E)M UT CONTROL ESTADO DE LA SALA 8H; IT69 Z2(E)M UT CONTROL DE CARRO DE PARADAS CRTQ. Pendiente de aprobación y aplicación en reunión del Grupo de Mejora el próximo día 3/5/2018.
o Implicación en la prevención de infecciones y colonización/infección por bacterias resistentes Durante este año se ha trabajado además con un registro propio F61 Z2(E)M UT INFECCIONES UCI TRAUMA además del formulario de las actas de reuniones con Microbiología- Medicina Preventiva F58 Z2(E)M UT ACTA DE SESION OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO MEDICINA PREVENTIVA FARMACIA MICROBIOLOGIA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante este año se ha procedido a reanfiar el modelo ISO, como modelo de gestión y de Calidad en la Unidad. Este modelo ha servido de estructura para avanzar en el campo de la seguridad y en la prevención y control de infecciones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente afianzar los pasos conseguidos en los años anteriores,
Queda por afianzar el sistema de Incidencias/No conformidades de la Unidad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/985 ===== ***

Nº de registro: 0985

Título
MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
TEJADA ARTIGAS ANTONIO, VICENTE DE VERA BELLOSTAS BELEN, LAVIÑA LARDIES BEATRIZ, GOMEZ MAYOR BLANCA DELIA, MILLAN LOPEZ ANA, LOREN MARTINEZ JUAN CARLOS, MARTINEZ ARROYO INES, REQUENA TABAR MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0985

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES CRITICOS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La UCI de Traumatología del HUMS se encuentra certificada con la norma ISO 9001 desde este año 2016. Es una de las pocas UCIs certificadas en España, y quizás la de mayor envergadura. A pesar de su trayectoria en Calidad, y de los requisitos cumplidos para su certificación, queda por adaptar su sistemática de trabajo y de mejora continua a la realidad diaria de la Unidad. Readaptando la documentación existente a la evolución de la asistencia y de sus problemáticas de calidad-seguridad.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del sistema, manteniendo abiertos todos los formularios y adaptando la documentación a la práctica clínica y de calidad en especial en lo referente al sistema de Incidencias/NO-conformidades

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la información del sistema de Gestión de Calidad para establecer la mejora continua a través del sistema ISO.
- Mantener vigentes y adaptados los documentos (documentación interna) realizando los cambios necesarios y registrando éstos. Salvaguardar las versiones antiguas de éstos.
- Desarrollar un sistema de formación continuada para todo el personal de la Unidad basado en las Instrucciones Técnicas y Procesos elaborados, en los resultados de los registros y de las líneas de calidad-seguridad que se elaboren
- Mantener activos todos los formularios existentes, registrando las variables de calidad y actividad más relevantes
- Mantener abierto y activo el sistema de registros de Incidencias- No conformidades
- Dar respuesta, en procedimiento, de las No-conformidades señaladas
- Cumplir con los objetivos de calidad propuestos para el año 2016-17, registrados en el formulario correspondiente

INDICADORES
- % de registros activos: nº registros actualizados / total de registros establecidos x 100 (estándar >80%)
- % de no-conformidades en trámite: nº no-conformidades en trámite / nº conformidades x 100 (estándar 90%)
La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoría Interna - Revisión por la Dirección - Auditoría externa.
Por otra parte el cumplimiento de esta línea está incluida en el Contrato de Gestión establecido por la Unidad con la Dirección del centro.

DURACIÓN
Auditoría Interna: Febrero / Abril 2017
Revisión por la Dirección: Abril del 2017
Auditoría Externa: Mayo / Junio del 2017
Seguimiento y evaluación de los objetivos planteados: cada 6 meses (diciembre 2016, junio 2017...)
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre del 2017 / Enero del 2018

OBSERVACIONES
Queda pendiente para los próximos años la adaptación de nuestro sistema a la norma ISO 9001:2015

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0997

1. TÍTULO

NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE POSTERIOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UCI DE TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO LUIS RUIZ AGUILAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUERRERO TRENADO ELISA
CABELLO VERA MARIA CARMEN
GONZALEZ ALMARCEGUI IGNACIO
UTANDE VAZQUEZ MARIA ARANZAZU
LIPE CLARES BEGOÑA
CASALDUERO VIU JACOBO
BARCELO CASTELLO MIREIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se ha promocionado en la unidad/servicio la realización del curso básico de seguridad del paciente y manejo del programa SINASP en la propia plataforma online del sistema de notificación.
2. En varias ocasiones, en diferentes turnos de trabajo, se ha explicado el acceso y la fórmula de notificación a los trabajadores. Se ha favorecido esto creando accesos directos en los ordenadores de la unidad.
3. Se han ido realizando notificaciones por parte del personal. Durante el proceso, aunque se permitía/favorecía el anonimato del notificante, se ha solicitado ayuda por parte de algunos de ellos para realizar correctamente la notificación.
4. Por parte del grupo de seguridad/calidad del servicio se han hecho análisis de los eventos de forma agrupada, en particular los consistentes en caídas y autoextubaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El curso no ha sido realizado por la totalidad de los trabajadores pero ha tenido un mejor seguimiento por parte de enfermería que por médicos y auxiliares.
2. En general la adhesión al sistema de notificación es baja. Comparado con el sistema escrito resulta claramente inferior el número de notificaciones. La principal y más clara causa de esto es que el acceso a los ordenadores es algo más restringido y que la notificación requiere dedicar más tiempo porque son varios los campos a cumplimentar.
3. Desde enero 2016 a enero de 2018 se han notificado 153 incidentes/eventos. El 90% han sido notificados por enfermería. El mayor porcentaje de eventos han sido de baja gravedad.
4. No se ha alcanzado un número mayor de notificaciones con el sistema informatizado respecto al sistema tradicional en papel, siendo este uno de los objetivos/indicadores planteados en la línea de mejora.
5. Se han realizado 3 sesiones a lo largo del año para el análisis de los eventos, siendo dos de ellas sesiones para plantear el número y las diferentes categorías de los eventos notificados, y una de ellas para el estudio de las causas de la extubaciones no programadas y las caídas.
6. No se han llevado a cabo sesiones generales de servicio/unidad con acceso para la totalidad del personal. Tampoco se han emitido informes al personal sobre los resultados de la notificaciones durante el año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Será conveniente promocionar de forma más insistente la notificación así como la realización del curso de seguridad SINASP. Aunque no se consiga mayor participación en la notificación, al menos quedará en los trabajadores del servicio una mayor concienciación sobre la seguridad del paciente.
2. Se debería promocionar la seguridad del paciente en el servicio/unidad permitiendo una mayor dedicación al tema de los responsables, liberándoles de las actividades asistenciales habituales de forma ocasional.
3. Es conveniente el cierre del ciclo de mejora llevando a cabo la difusión de los resultados de la notificación, los análisis y las propuestas de mejora.
4. Promocionar la elaboración de programas de mejora de seguridad del paciente y grupos de trabajo sobre aspectos fundamentales de la seguridad entre los miembros del servicio (p.ej. control del delirium,...)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/997 ===== ***

Nº de registro: 0997

Título
NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE POSTERIOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UCI DE TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0997

1. TÍTULO

NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE POSTERIOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UCI DE TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:

RUIZ AGUILAR ANTONIO, GUERRERO TRENADO ELISA, CABELLO VERA MARIA CARMEN, GONZALEZ ARMACEGUI IGNACIO, UTANDE VAZQUEZ MARIA ARANZAZU, LIPE CLARES BEGOÑA, CASALDUERO VIU JACOBO, BARCELO CASTELLO MIREIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES CRITICOS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: SEGURIDAD

PROBLEMA

La UCI de Traumatología del HUMS había diseñado desde hace años un sistema propio de recogida y control de efectos adversos, que posteriormente se evaluaban dentro del Grupo de Mejora-Seguridad de la Unidad. Este sistema en muchos casos podía carecer del anonimato necesario, además de ofrecer cálculos muchas veces farragosos y siempre con resultados difíciles de sistematizar.

RESULTADOS ESPERADOS

Conversión del sistema tradicional de registro al sistema SiNASP, permitiendo un registro efectivo de eventos, el aprendizaje en seguridad y la aplicación de medidas correctoras.

MÉTODO

Se planifican las siguientes actividades:

- Realización del curso Seguridad del Paciente y Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). <https://www.sinasp.es/formacion/>
- Aprendizaje del sistema registro de incidentes
- Registro de estos.
- Evaluación por parte del responsable del sistema de los eventos ocurridos
- Propuesta de la líneas de mejora y aplicación de medidas correctivas a través del Grupo de Mejora-Seguridad, y de los responsables de la Unidad

INDICADORES

- N° notificaciones por el Sistema caciones SiNASP/ n° notificaciones registradas por el sistema de encuestas tradicional >1
- Sesiones en grupo de Mejora-Seguridad de la unidad con discusión, análisis y documentación de un efecto adverso o incidente notificado > 3/año.

DURACIÓN

Seguimiento y evaluación de los objetivos planteados: cada 6 meses (diciembre 2016, junio 2017...)
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre del 2017 / Enero del 2018

OBSERVACIONES

Quedan implicadas igualmente todos los componentes del Grupo de Mejora - Seguridad del Paciente así como los responsables de la Unidad.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1305

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

Fecha de entrada: 21/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO TOMAS MARSILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOMBARTE ESPINOSA EVELYN
GURPEGUI PUENTE MARTA
JIMENEZ RIOS MARIA
TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA
MARTIN YUS CRISTINA
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES
SARASA OLANO MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente durante el primer trimestre de 2017 se realizó una revisión y difusión de las últimas guías publicadas acerca del manejo de la vía aérea difícil (VAD), definiendo cuáles habrían de ser las recomendaciones que guiaran el abordaje de los puntos definidos en el proyecto. Tras ello se remitió al jefe de Servicio un documento con soporte bibliográfico en el que reflejamos las recomendaciones al respecto en relación a las necesidades de equipamiento de la UCI. En él se incluían, de forma resumida: la monitorización continua de capnografía, la optimización del carro de vía aérea difícil con disponibilidad de un videolaringoscopio y fibrobroncoscopio así como material de entrenamiento regular para crico y traqueostomía de urgencia. Paralelamente a lo largo del ejercicio se llevó a cabo registro de eventos adversos relacionados con la vía aérea difícil y se fomentó la notificación en el sistema SINASP mediante la incitación a la realización del curso de formación de forma inicial dada la reciente implantación, como medida prioritaria para crear una cultura de seguridad apropiada.

Nos pusimos en contacto con los facultativos encargados de docencia de residentes para la organización de cursos y disponibilidad de material al respecto.

Se elabora un plan de mantenimiento del equipamiento de atención urgente a la VAD tanto dentro como fuera de la UCI

Se solicitó valorar la inclusión en el sistema de historia electrónica de una zona de registro de factores relacionados con la predicción de VAD de forma similar al registro en las gráficas de valoración anestésica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pese a las dificultades para establecer criterios e indicadores en base a recomendaciones internacionales con los que poderse comparar así como la escasa notificación en el SINASP de eventos ocurridos, hemos podido analizar mediante registros individuales y revisiones de casos que: el número de autoextubaciones ocurridos ha ocurrido < 0'5 /100 días de ventilación mecánica (tasa similar a la observada en otros centros, que ocasionaron un daño entre menor y moderado según la escala de daño atribuible al evento); los incidentes relacionados con una deficiente monitorización respiratoria así como, y generalmente relacionados con, desconexiones de las tubuladuras del respirador al paciente son relativamente frecuentes, de gravedad entre menor y moderada y con una detectabilidad alta, que es la que se intenta abordar con la monitorización referida. La disponibilidad de monitorización de capnografía conectada al sistema de monitorización central se habló con los técnicos del Hospital así como con el responsable de la UCI, estando pendiente de evaluación. Otros eventos adversos recogidos como relacionados con la realización de traqueostomía percutánea reglada son inexistentes por correcta técnica y selección de casos; y los relacionados con el abordaje convencional tanto en relación con el procedimiento como con la medicación utilizada no llegaron a ocasionar más allá de daño menor pero en su mayoría serían evitables con el registro en la historia electrónica previo al abordaje de la vía aérea de la identificación de pacientes con VAD prevista, dejando sólo la imprevista como incertidumbre.

La planificación de competencias acerca del equipamiento se ha podido resolver sólo parcialmente por la disponibilidad de tanto videolaringoscopio como fibrobroncoscopio todavía no efectiva en la Unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se precisa continuar con la recogida y análisis correspondiente de eventos adversos para hacer una evaluación adecuada y mejorar el nivel asistencial, fomentando la cultura de seguridad, notificación de eventos en SINASP por parte del personal así como optimizar los factores de equipamiento, una vez ya tenemos abordados factores de tarea y formación, quedando pendientes, una vez dispongamos del material referido así como más datos, que continuaremos en su recogida, hacer sucesivas evaluaciones en colaboración con el grupo de seguridad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1305 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1305

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

Nº de registro: 1305

Título
PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

Autores:
TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO, LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, GURPEGUI PUENTE MARTA, JIMENEZ RIOS MARIA, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES, SARASA OLANO MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El control de la vía aérea es frecuentemente complicado en los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. El manejo inadecuado de la vía aérea difícil, VAD, se asocia a un incremento del riesgo de daño neurológico irreversible, eventos cardíacos adversos, lesiones traumáticas de la VA, aumento de la estancia en la UCI y muerte. El grado de daño que ocasionan al paciente los incidentes relacionados con la vía aérea en una Unidad de Cuidados Intensivos es mayor que los que se presentan durante la anestesia o en Urgencias, como refleja el NAP4 (4th National Audit Project of The Royal College of Anaesthetists).

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar los correspondientes protocolos y recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
La Declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente destaca el manejo de la vía aérea difícil. En ella destacan unos requisitos para el desarrollo de una estrategia de seguridad en el manejo de la vía aérea, entre otros:

- Establecimiento de un protocolo o algoritmo de actuación ante una VAD,
- Definición de un plan de formación continuada en el manejo de la VAD,
- Disponibilidad de los recursos materiales necesarios (carro de VAD)

Proponemos realizar un análisis de eventos adversos graves durante el año 2017 relacionados con la vía aérea y adecuar las recomendaciones referidas evaluando resultados tras su implantación.

MÉTODO
1. Analizar los eventos adversos graves relacionados con la vía aérea registrados durante el año 2017 y evaluar conjuntamente sus resultados para consensuar un conjunto de recomendaciones en relación al Manejo Integral de la Vía Aérea.
2. Desarrollar un proyecto de seguridad en relación a la vía aérea en pacientes críticos. Se propone implantar un proyecto de seguridad de la vía aérea con los objetivos que representamos en cuatro apartados: a) Formación en Seguridad, b) Notificación, c) Abordaje de la VAD y d) Manejo integral y Cuidados sobre la vía aérea.

INDICADORES
El desarrollo de cada una las actividades referidas en el apartado anterior se considerará como indicador para posterior evaluación :

- 1.FORMACION EN SEGURIDAD. Colaboración con la Comisión de Seguridad del Hospital para promover la formación en seguridad y notificación de eventos adversos
- 2. NOTIFICACIÓN y ANALISIS de incidentes relacionados con la vía aérea en paciente crítico.
 - a. Se propone desarrollar un sistema de registro de incidentes relacionados específicamente con la vía aérea. Tras implantar el SINASP el grupo de trabajo extraerá los incidentes relacionados con la vía aérea para una valoración más exhaustiva.
 - b. De forma semestral, y extraordinaria cuando suceda un evento con daño crítico y/o catastrófico (valorar análisis causa raíz), se propone realizar sesiones de control
- 3.ABORDAJE DE LA VAD. Planificación y desarrollo de protocolos para el manejo de la vía aérea en paciente crítico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1305

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

- a. Conformar un grupo de trabajo multidisciplinar adecuadamente formado para el manejo de la VAD con el objetivo desarrollar y adoptar protocolos para el manejo adecuado de la VAD en todos los ámbitos del Hospital
- b. La identificación de sujetos con riesgo o sospecha de VAD ayudará a diseñar un plan estratégico de actuación y a preparar los medios materiales y humanos necesarios para garantizar la seguridad de los pacientes. Se propone incluir registro de los test predictivos en la historia electrónica de la UCI
- c. Propuesta de disponibilidad con completo equipamiento del Carro de VAD, incluyendo videolaringoscopios y fibrobroncoscopio. Disponibilidad de ecógrafo.
- d. Realizar un actividades de formación donde se expondrán aspectos teóricos y prácticos acerca del manejo integral de la vía aérea difícil y la realización de las técnicas quirúrgicas sobre la vía aérea tanto programada como emergente.
- e. Promover colaboración con el Equipo de respuesta rápida en el hospital. Definir competencias equipamiento del maletín atención urgente.

-4. MANEJO INTEGRAL Y CUIDADOS sobre la vía aérea; monitorización y manipulación de la vía aérea en paciente crítico El desplazamiento del tubo orotraqueal o cánula de traqueostomía puede ocurrir en cualquier momento tanto dentro de la Unidad, como en los traslados. Se propone desarrollar un protocolo con competencias claramente definidas para las actuaciones que impliquen manejo de la VA, en especial VAD prevista

DURACIÓN

A lo largo del año 2017 se prevé la recogida de datos y colaboración con los servicios implicados para conseguir los objetivos referidos. Se analizarán a lo largo del año para hacer una reevaluación tras la implantación de las medidas en continuidad durante el próximo ejercicio 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1307

1. TÍTULO

UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI

Fecha de entrada: 21/01/2018

2. RESPONSABLE EVELYN LOMBARTE ESPINOSA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GURPEGUI PUENTE MARTA
JIMENEZ RIOS MARIA
MARTIN YUS CRISTINA
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES
SARASA OLANO MARINA
TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA
TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Promover el uso seguro de medicamentos es una de las recomendaciones de practicas clínicas seguras. Los errores de medicación se producen en cualquier fase del proceso de utilización de los medicamentos, tanto en la prescripción, la transcripción, la dispensación o la administración. La rotación de personal de enfermería y médicos residentes hace todavía más necesario esta estandarización de procedimientos.

Durante el primer trimestre de 2017 realizamos sesiones en la UCI para elaborar un listado consensuado de los medicamentos administrados en infusión intravenosa considerados de alto riesgo sobre los que central el proyecto. A continuación revisamos las presentaciones de dichos fármacos existentes en el hospital así como las preparaciones previamente incluidas en el sistema de prescripción electrónica. Dada la variabilidad existente encontrada no sólo de preparaciones entre diferentes unidades clínicas sino también entre diferentes secciones dentro de la UCI, se revisan individualmente las consideradas más apropiadas por consenso y práctica habitual para intentar plasmar en un documento una única guía de prescripción aplicable a nuestro ámbito. Elaboramos una tabla estructurada con una serie de pasos ordenados: nombre del medicamento (principio activo y nombre comercial), dosis y unidad de dosis del fármaco, forma farmacéutica, diluyente y unidades de diluyente, unidades de dosificación, límites inferior y superior recomendados para el fármaco y recomendación por peso de la velocidad de infusión con la dilución establecida. Posteriormente se realiza durante el segundo trimestre la preparación del material con colocación del poster correspondiente en zona de preparación de infusiones en la UCI para mejor acceso tanto por enfermería como personal facultativo para consultas y aclaraciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dada la reciente implantación del sistema de notificación SINASP, se continuó con el fomento de la cultura de seguridad con la implicación del personal en la realización del curso correspondiente de formación y motivación hacia la notificación. Quizás no ha transcurrido tiempo suficiente como para reflejarse en el número de notificaciones pero pese a la dificultad para expresar en criterios e indicadores explícitos, podríamos concluir por registros adicionales y continuidad asistencial que las medidas adoptadas han conseguido disminuir los errores de medicación de manera significativa, no habiendo ocurrido ningún evento de gravedad moderada. En relación a la configuración de las bombas de infusión en diferentes unidades de dosificación utilizadas por los servicios que atendemos a pacientes críticos para fármacos considerados de alto riesgo, nos reunimos con anestesia para unificar dichos parámetros habiéndose evitado con ello errores anteriormente frecuentemente observados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han conseguido mejorar dentro de los factores contribuyentes según NPSA: factores de tarea (guías y ayudas a la toma de decisiones y diseño de procedimientos), factores de comunicación, sociales y de equipo, de formación y finalmente de abordaje de factores de equipamiento. Indudablemente se ha de continuar transmitiendo al personal nuevo de la Unidad las actuaciones implementadas para la práctica habitual así como fomentar las notificaciones de eventos adversos para un adecuado registro y estudio de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1307 ===== ***

Nº de registro: 1307

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1307

1. TÍTULO

UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI

Título
UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI

Autores:
LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, GURPEGUI PUENTE MARTA, JIMENEZ RIOS MARIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES, SARASA OLANO MARINA, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EFECTOS ADVERSOS/REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se demuestran numerosos eventos adversos relacionados con la prescripción y administración de fármacos intravenosos en la Unidad de Cuidados Intensivos. Previo a la implantación del sistema de notificación SINASP se registran incidentes de gravedad que no han sido bien registrados anteriormente. Analizamos con una aproximación inicial los factores contribuyentes relacionados tanto con el paciente, por la complejidad de la situación clínica del paciente crítico; relacionados con personal por situación de estrés, realización de multitud de tareas simultáneamente; de tarea por falta de unificación de perfusiones de fármacos intravenosos, no actualizadas con los últimos fármacos introducidos en nuestras guías terapéuticas en los últimos años; de comunicación con órdenes en ocasiones imprecisas por parte del intensivista; de formación/entrenamiento, donde el personal con más experiencia tiene menos probabilidades de cometer errores en relación a estos a estos aspectos; así como de equipamiento por falta de estandarización de las configuraciones de las bombas de infusión.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende realizar un protocolo del servicio de Medicina Intensiva unificando tanto las concentraciones de las perfusiones como las unidades en las que trabajar. Se intentará unificar protocolos con otras Unidades Clínicas del Hospital que atiendan paciente crítico, principalmente urgencias y anestesia.
Comprobar al ingreso de los pacientes a UCI la concentración y configuración de las bombas de infusión pues varios eventos graves se han visto relacionadas con diferentes programaciones en las configuraciones de dichas bombas por protocolos de manejo diferentes entre los servicios de anestesia y UCI.
Difundir dichos protocolos entre médicos y enfermeras. Realización de carteles con la información unificada de los protocolos en cuanto a concentraciones y dosis habituales de una lista concreta de fármacos habituales utilizados en infusión para pacientes críticos actualizada.
Evaluar mediante el SINASP la disminución de incidentes relacionados con la medicación a lo largo del año 2017, compararnos con estándares externos agrupados según gravedad y realizar propuestas de mejora .

MÉTODO
1. Evaluar sistemas prescripción en servicios relacionados con paciente crítico. Se proponen acciones conjuntas con los servicios implicados
Elaboración protocolos y de tabla de infusión de perfusiones de fármacos intravenosos actualizada
2. Difusión de guías y realización carteles para ayuda prescripción. Incluir las consiguientes modificaciones según consenso en el sistema de prescripción electrónica del Servicio.
3. Análisis de resultados registro SINASP de forma continuada durante el período de análisis

INDICADORES
1. Elaboración de protocolos y guías correspondientes.
2. Evaluación de eventos adversos relacionados con la medicación mediante el sistema de notificación electrónica. Análisis individualizado para definir los estándares según gravedad de los incidentes observados no cuantificables de forma prospectiva. Valor a alcanzar de 0 en incidentes graves. Se procederá a análisis causa raíz de los eventos así considerados a lo largo del período de análisis.
3. Propuestas de mejora Diciembre 2017

DURACIÓN
Elaboración de guías y difusión en el primer trimestre de 2017
Análisis continuado durante el año en curso del registro SINASP con reuniones semestrales con grupo de seguridad para evaluación y convocatoria extraordinaria si procede por evento grave

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1307

1. TÍTULO

UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE MARTA GURPEGUI PUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOMBARTE ESPINOSA EVELYN
SANTED ANDRES MARIA JESUS
MORON GIMENEZ ALEJANDRA
ALVAREZ OTAZU ROBERTO
TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA
MARTIN YUS CRISTINA
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades y oferta de servicios que se incluyeron en el proyecto fueron:

- Elaboración de un protocolo para el procedimiento de inserción y mantenimiento de la sonda uretral en las UCIs
- Valorar la indicación de sonda uretral en cada caso
- Garantizar la calidad de los cuidados. Listado de verificación de inserción de sonda uretral

En estos meses se ha realizado un protocolo de inserción y de mantenimiento de sonda uretral por parte de enfermería, que actualmente está todavía pendiente de aprobación.

Se elaboró una tabla estructurada de verificación de inserción y de mantenimiento diario. Así mismo se decidió en qué lugar del sistema informático debían aparecer los campos a rellenar para posteriormente poder valorar los datos obtenidos. También se tuvo una reunión con los encargados de incluir en el sistema informático las pestañas necesarias. Actualmente estamos a la espera de que se incluyan estos ítems para comenzar a introducir datos. Se ha elaborado una tabla con las indicaciones de los casos en los que es necesaria la colocación de sonda uretral.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualmente estamos a la espera de que se introduzcan los ítems necesarios en el programa informático para comenzar a analizar los resultados obtenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han realizado los objetivos del año en cuanto a elaboración de un protocolo de inserción y mantenimiento de sonda uretral, realizar un listado de verificación de la inserción y de mantenimiento diario, y sobre todo de valoración diaria de su necesidad. Indudablemente se ha de continuar trabajando en este sentido para intentar reducir la ratio de utilización, y llegar a reducir la densidad de incidencia de infección y el uso de antimicrobianos utilizados en su tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/458 ===== ***

Nº de registro: 0458

Título
PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Autores:
GURPEGUI PUENTE MARTA, LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, SANTED ANDRES MARIA JESUS, MORON GIMENEZ ALEJANDRA, ALVAREZ OTAZU ROBERTO, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ITU relacionada con sondaje uretral es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes en las Unidades de Cuidados Intensivos. Su impacto sobre la mortalidad es menor que otras infecciones nosocomiales pero produce un importante incremento de estancias hospitalarias y de costes.

La infección del tracto urinario asociada a sonda uretral (ITU-SU) representa el 20% de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).

Los factores de riesgo relacionados son:

- Sondaje vesical
- Calidad de los cuidados del personal sanitario en la inserción y manipulación de la sonda uretral

Epidemiología:

- Las ITU-SU ocurren en 2'6% de los pacientes que permanecen ingresados en UCI > 2 días.
- El 98'4% de los episodios de ITU se asocian al uso de catéter urinario.

Como el resto de las infecciones nosocomiales, es una infección con oportunidad de ser prevenida.

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar los correspondientes protocolos y recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Hasta el 65-70% de las ITU-SU son considerados evitables, siempre que se implementen correctamente las prácticas de prevención de infecciones.

Según el último Estudio Nacional de Vigilancia de Infección nosocomial en servicios de Medicina Intensiva (ENVIN HELICS), el 31'87% de las infecciones nosocomiales correspondieron a ITU-SU.

La tasa de incidencia de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral es del 11%, sin embargo continúa siendo mayor respecto a las tasas publicadas en otros países (3'8% de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral).

Los objetivos son:

- Reducir la media del sistema nacional de Salud de la densidad de incidencia (DI) de la infección del ITU-SU por 1000 días de dispositivo a < 4 episodios.
- Reducir la ratio de utilización (RU) de sonda uretral, expresado como días de sondaje respecto el total de estancias.
- Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI.

MÉTODO

- Elaboración de protocolo para el procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI
- Valorar la indicación de sonda uretral en cada caso
- Garantizar la calidad de los cuidados. Listado de verificación de inserción de sonda uretral.

INDICADORES

- Reducir la media del sistema nacional de Salud de la DI de la ITU-SU por 1000 días de dispositivo a < 4 episodios.
- o DI de ITU-SU por 1000 días de dispositivo

$(N^{\circ} \text{ de episodios de ITU-SU} / N^{\circ} \text{ total de días de sondase}) \times 1000 \text{ días de sondaje uretral}$

- Ratio de utilización de sonda uretral

Días de sonda uretral / Total de estancias

DURACIÓN

Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en el primer trimestre de 2018.

Realización de listado de verificación de inserción de sonda uretral en el primer trimestre de 2018.

Valoración diaria de la indicación de sonda uretral individualizado, retirándole en caso de no ser necesaria. Garantizar la calidad de los cuidados diariamente, rellenando el listado de verificación de inserción de sonda uretral.

Análisis continuado durante el año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE MARTA GURPEGUI PUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTED ANDRES MARIA JESUS
CLARACO VEGA LUIS MANUEL
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES
GALLEGO HERNANDEZ LUISA MARIA
ANDRES CASTELL NOELIA
BERICAT LASOBRAS JOSEFINA
ALVAREZ OTAZU ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades y oferta de servicios que se incluyeron en el proyecto fueron:

- Elaboración de un protocolo para el procedimiento de inserción y mantenimiento de la sonda uretral en las UCI
- Valorar la indicación de sonda uretral en cada caso
- Garantizar la calidad de los cuidados. Listado de verificación de inserción de sonda uretral.

Se ha realizado un protocolo de inserción y de mantenimiento de sonda uretral por parte de enfermería, pendiente todavía de aprobación por parte de la Unidad de Calidad Asistencial.

Se ha elaborado una tabla estructurada de verificación de inserción y de mantenimiento diario.

Se ha elaborado una tabla con las indicaciones de los casos en los que es necesaria la colocación de SV, valorando diariamente y de manera individual su necesidad durante su estancia en UCI.

Se han incluido ítems específicos en el sistema informático para comenzar a recoger datos y posteriormente poder valorar los resultados obtenidos. Estos datos se han empezado a recoger el día 1 de febrero del 2020 en las distintas unidades de nuestro servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha empezado a recoger datos en el sistema informático el día 1 de febrero de 2020, por lo necesitamos más tiempo para poder valorar y evaluar los indicadores propuestos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Continuamos realizando los objetivos propuestos en cuanto a elaboración y seguimiento de protocolo de inserción y mantenimiento de SV, rellenar el listado de verificación de la inserción y de mantenimiento diario, valoración diaria e individual de la necesidad de SV, así como el introducir todos éstos datos en el sistema informático.

En unos meses se valorarán los resultados obtenidos de cara a intentar reducir la ratio de utilización de SV, y conseguir reducir la densidad de incidencia de infección y el uso de antimicrobianos para su tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/458 ===== ***

Nº de registro: 0458

Título
PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Autores:
GURPEGUI PUENTE MARTA, LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, SANTED ANDRES MARIA JESUS, MORON GIMENEZ ALEJANDRA, ALVAREZ OTAZU ROBERTO, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ITU relacionada con sondaje uretral es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes en las Unidades de Cuidados Intensivos. Su impacto sobre la mortalidad es menor que otras infecciones nosocomiales pero produce un importante incremento de estancias hospitalarias y de costes.

La infección del tracto urinario asociada a sonda uretral (ITU-SU) representa el 20% de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).

Los factores de riesgo relacionados son:

- Sondaje vesical
- Calidad de los cuidados del personal sanitario en la inserción y manipulación de la sonda uretral

Epidemiología:

- Las ITU-SU ocurren en 2'6% de los pacientes que permanecen ingresados en UCI > 2 días.
- El 98'4% de los episodios de ITU se asocian al uso de catéter urinario.

Como el resto de las infecciones nosocomiales, es una infección con oportunidad de ser prevenida.

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar los correspondientes protocolos y recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Hasta el 65-70% de las ITU-SU son considerados evitables, siempre que se implementen correctamente las prácticas de prevención de infecciones.

Según el último Estudio Nacional de Vigilancia de Infección nosocomial en servicios de Medicina Intensiva (ENVIN HELICS), el 31'87% de las infecciones nosocomiales correspondieron a ITU-SU.

La tasa de incidencia de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral es del 11%, sin embargo continúa siendo mayor respecto a las tasas publicadas en otros países (3'8% de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral).

Los objetivos son:

- Reducir la media del sistema nacional de Salud de la densidad de incidencia (DI) de la infección del ITU-SU por 1000 días de dispositivo a < 4 episodios.
- Reducir la ratio de utilización (RU) de sonda uretral, expresado como días de sondaje respecto el total de estancias.
- Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI.

MÉTODO

- Elaboración de protocolo para el procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI
- Valorar la indicación de sonda uretral en cada caso
- Garantizar la calidad de los cuidados. Listado de verificación de inserción de sonda uretral.

INDICADORES

- Reducir la media del sistema nacional de Salud de la DI de la ITU-SU por 1000 días de dispositivo a < 4 episodios.
- o DI de ITU-SU por 1000 días de dispositivo

(Nº de episodios de ITU-SU/Nº total de días de sondase) x 1000 días de sondaje uretral

- Ratio de utilización de sonda uretral

Días de sonda uretral / Total de estancias

DURACIÓN

Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en el primer trimestre de 2018.

Realización de listado de verificación de inserción de sonda uretral en el primer trimestre de 2018.

Valoración diaria de la indicación de sonda uretral individualizado, retirándole en caso de no ser necesaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Garantizar la calidad de los cuidados diariamente, rellenando el listado de verificación de inserción de sonda uretral.

Análisis continuado durante el año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE EVELYN LOMBARTE ESPINOSA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GURPEGUI PUENTE MARTA
SANTED ANDRES MARIA JESUS
CLARACO VEGA LUIS MANUEL
TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA
MARTIN YUS CRISTINA
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES
YARZA ALONSO MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año se han realizado dos sesiones del servicio en relación con la sobrededación, orientada tanto para médicos como para enfermería, en las que se ha incidido especialmente en la escala RASS*. Con respecto a ésta escala se ha explicado su significado, el cómo se mide, y la necesidad de su uso para mantener monitorizado el grado de sedación de los pacientes ingresados en nuestra unidad.

Se decidió en qué lugar del sistema informático debían aparecer los campos a rellenar para posteriormente poder valorar los datos obtenidos. También se tuvo una reunión con los encargados de incluir en el sistema informático las pestañas necesarias. Actualmente estamos a la espera de incluir estos campos para comenzar la recogida de datos.

*Escala RASS: Escala de la agitación y sedación de Richmond ("Richmond Agitation-Sedation Scale"), es una escala utilizada para evaluar el grado de sedación y agitación en el paciente crítico. Su puntuación oscila de +4 (combativo) a -5 (sin respuesta a la llamada o al estímulo físico).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualmente estamos a la espera de que se introduzcan los ítems necesarios en el programa informático para comenzar a analizar los resultados obtenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han realizado los objetivos del año en cuanto a la realización de sesiones formativas, tanto para médicos como para enfermería. Se ha incidido en la escala RASS. Actualmente se realizan diariamente ventanas de sedación para mantener a los pacientes con la menor cantidad de sedación posible.

Indudablemente se ha de continuar trabajando en este sentido para intentar diagnosticar precozmente los episodios de Delirium en los pacientes críticos, y reducir los días de ventilación mecánica e intubación orotraqueal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/459 ===== ***

Nº de registro: 0459

Título
PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

Autores:
LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, GURPEGUI PUENTE MARTA, SANTED ANDRES MARIA JESUS, CLARACO VEGA LUIS MANUEL, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES, YARZA ALONSO MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con ventilación mecánica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sedación es necesaria para garantizar el confort y la seguridad de los enfermos con ventilación mecánica (VM).

Sin embargo su uso no está exento de eventos adversos, derivados en su mayoría de su infradosificación y sobredosificación, que pueden prolongar los tiempos de VM, complicar la evolución y el pronóstico del paciente crítico e incrementar el coste sanitario.

La correcta sedación precisa del conocimiento de las distintas opciones terapéuticas, sus indicaciones, sus efectos secundarios y una adecuada monitorización. Las guías de práctica clínica de la mayoría de las Sociedades Médicas de Cuidados Intensivos recomiendan establecer claros objetivos de sedación, variables en función de la evolución del paciente, con estrecha y periódica monitorización.

Existen numerosos métodos para la evaluación del nivel de sedación, sin que se disponga todavía de uno que sirva como referencia y validación para el resto.

Aunque la práctica clínica diaria de la UCI se caracteriza por una estricta vigilancia de un gran número de variables fisiológicas y parámetros del paciente, en el caso de la monitorización del grado de sedación, ésta no siempre se realiza, o a veces resulta insuficiente, de cara a identificar y corregir situaciones de infra o sobredosificación, reduciendo así la morbi-mortalidad y el consumo de recursos.

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar el uso de escalas de sedación validadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Según algunos estudios entre un 42-72% de los pacientes van a requerir sedación en algún momento de su estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Los objetivos son:

- Monitorizar el grado de sedación en periodos de 8h, a todos los pacientes con VM de más de 12h de evolución y sedación continua (quedan excluidos los pacientes con bloqueo neuromuscular).
- También se monitorizará el grado de sedación en cualquier momento en el que varíe la situación clínica.
- Escalas validadas: Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).

MÉTODO

- Difusión, conocimiento y aplicación de la escala validada RASS en la Unidad.
- Valoración diaria del nivel de sedación (quedando registrado en la aplicación informática).
- Valorar cada 8h si el paciente presenta sobre o infradosificación, aplicando la escala validada RASS.
- Mantener al paciente con la mínima dosis de sedación que precise en cada momento.

INDICADORES

- Monitorización del grado de sedación:

$(n^{\circ} \text{ periodos de 8 horas con sedación monitorizada} / n^{\circ} \text{ periodos de 8h con VM y sedación continua} *) \times 100$

*(o días de VM y sedación continua x 3)

DURACIÓN

Durante el primer semestre se realizarán:

- Sesiones teórico-prácticas con enfermería para dar a conocer la escala validada RASS.
- Implementación en la aplicación informática de sistema de registro.

Valoración diaria del nivel de sedación en pacientes con VM >12h y sedación continua, valorando a su vez la sobre o infradosificación.

Tras la fase de formación e implantación se realizará una monitorización y evaluación de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE PABLO RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GURPEGUI PUENTE MARTA
FUERTES SCHOTT CAROLINA
SANTES ANDRES MARIA JESUS
GALLEGO HERNANDEZ LUISA MARIA
BERICAT LASOBRAS JOSEFINA
TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA
ALVAREZ OTAZU ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades y oferta de servicios propuesta en el proyecto fueron:
- Difusión, conocimiento y aplicación de la escala validada RASS en la Unidad
- Valoración diaria del nivel de sedación (con registro del RASS en el sistema informático)
- Valoración diaria de sobre o infradosificación
- Mantener al paciente con la mínima dosis de sedación que precise en cada momento.

Se realizaron varias sesiones del servicio en relación con la sobredosificación, tanto para médicos como para enfermería, en las que se incidió especialmente en la escala RASS.

Escala RASS:
+4 Combativo
+3 Muy agitado
+2 Agitado
+1 Ansioso
0 Alerta y tranquilo
-1 Adormilado
-2 Sedación ligera
-3 Sedación profunda
-4 Sedación muy profunda

Se ha incluido la recogida del RASS por turno en el sistema informático, de tal manera que actualmente enfermería recoge en cada turno el grado de sedación del paciente. En nuestra evolución diaria se explica qué grado de sedación queremos con el paciente en cuestión, y así se puede valorar si el paciente está sobredosificado ó infradosificado, En los pacientes en los que es posible mantener bajo nivel de sedación se intenta realizar ventana de sedación diaria, resedando con la menor dosis posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el mes de septiembre se registra la escala RASS en el sistema informático. Se necesita más tiempo para poder valorar y evaluar los indicadores propuestos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Continuamos realizando los objetivos propuestos en cuanto a la monitorización del grado de sedación en períodos de 8h, a todos los pacientes con ventilación mecánica de más de 12h de evolución y sedación continua, quedando excluidos los pacientes con bloqueo neuromuscular.
Se recogen los datos siguiendo la escala validada Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).
Se realiza ventana de sedación en los pacientes en los que es posible, reiniciando la sedación con la mínima dosis necesaria.
Se debe continuar trabajando en éste sentido, recogiendo el RASS diariamente, para intentar reducir el grado de sedación y de esta manera los eventos adversos derivados de la sobre o infradosificación, como prolongación de los tiempos de ventilación mecánica, y el incremento del coste sanitario derivado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/459 ===== ***

Nº de registro: 0459

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

Autores:

LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, GURPEGUI PUENTE MARTA, SANTED ANDRES MARIA JESUS, CLARACO VEGA LUIS MANUEL, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES, YARZA ALONSO MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con ventilación mecánica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sedación es necesaria para garantizar el confort y la seguridad de los enfermos con ventilación mecánica (VM).

Sin embargo su uso no está exento de eventos adversos, derivados en su mayoría de su infradosificación y sobredosificación, que pueden prolongar los tiempos de VM, complicar la evolución y el pronóstico del paciente crítico e incrementar el coste sanitario.

La correcta sedación precisa del conocimiento de las distintas opciones terapéuticas, sus indicaciones, sus efectos secundarios y una adecuada monitorización. Las guías de práctica clínica de la mayoría de las Sociedades Médicas de Cuidados Intensivos recomiendan establecer claros objetivos de sedación, variables en función de la evolución del paciente, con estrecha y periódica monitorización.

Existen numerosos métodos para la evaluación del nivel de sedación, sin que se disponga todavía de uno que sirva como referencia y validación para el resto.

Aunque la práctica clínica diaria de la UCI se caracteriza por una estricta vigilancia de un gran número de variables fisiológicas y parámetros del paciente, en el caso de la monitorización del grado de sedación, ésta no siempre se realiza, o a veces resulta insuficiente, de cara a identificar y corregir situaciones de infra o sobredosificación, reduciendo así la morbi-mortalidad y el consumo de recursos.

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar el uso de escalas de sedación validadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Según algunos estudios entre un 42-72% de los pacientes van a requerir sedación en algún momento de su estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Los objetivos son:

- Monitorizar el grado de sedación en períodos de 8h, a todos los pacientes con VM de más de 12h de evolución y sedación continua (quedan excluidos los pacientes con bloqueo neuromuscular).
- También se monitorizará el grado de sedación en cualquier momento en el que varíe la situación clínica.
- Escalas validadas: Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).

MÉTODO

- Difusión, conocimiento y aplicación de la escala validada RASS en la Unidad.
- Valoración diaria del nivel de sedación (quedando registrado en la aplicación informática).
- Valorar cada 8h si el paciente presenta sobre o infradosificación, aplicando la escala validada RASS.
- Mantener al paciente con la mínima dosis de sedación que precise en cada momento.

INDICADORES

- Monitorización del grado de sedación:

(nº períodos de 8 horas con sedación monitorizada / nº períodos de 8h con VM y sedación continua *) x 100

*(o días de VM y sedación continua x 3)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

DURACIÓN

Durante el primer semestre se realizarán:

- Sesiones teorico-practicas con enfermería para dar a conocer la escala validada RASS.
- Implementación en la aplicación informática de sistema de registro.

Valoración diaria del nivel de sedación en pacientes con VM >12h y sedación continua, valorando a su vez la sobre o infradosificación.

Tras la fase de formación e implantación se realizará una monitorización y evaluación de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0887

1. TÍTULO

APLICACIÓN DE ESTIMADORES PRONÓSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLÓGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y MONITORIZACIÓN

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ANDRES CARRILLO LOPEZ
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H MIGUEL SERVET
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
 · Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 TEJADA ARTIGAS ANTONIO
 SANTED ANDRES MARIA JESUS
 OLMOS PEREZ FRANCISCO
 MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Desarrollo de calculadoras en la herramienta informática que permiten la estimación pronóstica tras el ingreso en intensivos, adecuando el tipo de cálculo al proceso que motiva su ingreso: SAPS-II, APACHE-II (Procesos médicos o quirúrgicos en pacientes polivalentes y traumáticos), EUROSORE-II (Post-operados de cirugía Cardiaca); GRACE ACS Risk Score (Síndrome Coronario Agudo) y CRUSADE Score (Síndrome Coronario Agudo) e índice de fragilidad (en todos los grupos).
- En colaboración con el ingeniero de GE se ha creado una herramienta informática que permite la exportación de toda esta información en un formato que permite realizar el control de calidad de los objetivos establecidos y el análisis estadístico posterior (Excel, SPSS).
- Integración datos analíticos automatizados en el Clinisoft.
- Creación de informes automatizados (gráficos y numéricos) de carácter mensual que permite el seguimiento por proceso patológico, y por unidad: "cuadro de mandos".
- Tras realizar un primer control de calidad (PRIMER PASO), se informa a los responsables del proyecto puntos de mejoras y las deficiencias encontradas; permitiendo corregirse las deficiencias en un segundo tiempo (plazo 1 mes) (SEGUNDO PASO)
- Envío de los informes vía correo electrónico a todo el personal médico de intensivos. Incluido M.I.R. Mostrar debilidades y fortalezas del proyecto en sesiones conjuntas del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se muestra la información por grupos patológicos, mostrando la progresión de la determinación del estimador pronóstico específico por mes; mostrando al final el promedio final. DEBE RESALTARSE QUE LOS DATOS MOSTRADOS CORRESPONDE A LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN EL PRIMER CONTROL DE CALIDAD -PRIMER PASO- (durante un mes, tras el alta de UCI el paciente permanece activo en el sistema informático de UCI permitiendo su cálculo).
 Indicadores utilizados: Detección automatizada de los estimadores pronósticos referidos (SAPS-II; APACHE-II; EuroScore-II, Crusade, GRACE; e IF) al alta de UCI.

Resultados por grupos patológicos:

CIR										
CARDIACA	52,9%	100,0%	100,0%	93,8%	97,2%	94,9%	90,0%	90,0%		
	89,7%	90,0%	96,0%	89,5%	PROMEDIO 2019: 90,3%					
CORO										
SCA	63,3%	82,1%	97,2%	96,3%	90,5%	81,6%	89,3%	100,0%		
	90,9%	81,0%	82,4%	91,9%	PROMEDIO 2019: 87,2%					
CORO no										
SCA	20,0%	44,4%	75,0%	54,5%	68,8%	66,7%	80,0%	76,9%		
	83,3%	77,8%	90,0%	66,7%	PROMEDIO 2019: 67,0%					
NEURO-RX	55,6%	45,5%	63,6%	33,3%	90,9%	87,5%	63,6%	87,5%		
	92,3%	77,8%	93,3%	87,5%	PROMEDIO 2019: 73,2%					
NEUROQUIR	25,0%	51,4%	55,2%	44,8%	86,5%	95,7%	80,0%	94,7%		
	95,8%	100,0%	95,7%	94,7%	PROMEDIO 2019: 76,6%					
POLITRAUMAT	66,7%	70,0%	100,0%	66,7%	100,0%	100,0%	91,7%	1		
00,0%	100,0%	83,3%	100,0%	100,0%	PROMEDIO 2019: 89,9%					
POLIV-MÉDICO	25,0%	61,9%	65,6%	67,6%	96,3%	73,3%	81,1%	87,		
1%	87,5%	84,8%	95,2%	83,3%	PROMEDIO 2019: 75,7%					
POLIV-QUIR	11,4%	67,7%	88,2%	78,6%	82,4%	92,9%	83,9%	90,9%		
	94,6%	97,7%	94,3%	88,5%	PROMEDIO 2019: 80,9%					
Total:	36,3%	70,6%	82,6%	72,4%	88,9%	86,7%	84,0%	90,7%		
	91,3%	89,0%	92,8%	88,5%	PROMEDIO 2019: 81,1%					
IF	53,8%	84,4%	94,5%	86,2%	94,7%	92,0%	85,6%	89,3%		
	91,8%	91,8%	92,8%	92,5%	PROMEDIO 2019: 87,5%					

SEGUNDO PASO: Permite un incremento de los objetivos en las cuatro unidades monitorizadas: Coronaria: de un 80,6% a un 91,2%; Trauma: 78,6% a un 84,3%; PC: 86% a un 91,7% y Polivalente: 81,7% a un 87,4%. Incremento también detectado en la estimación del IF (del 87,5% a un 92,3%).

Impacto del Proyecto: En más del 80% de las altas de UCI se documenta un estimador pronóstico adecuado a su proceso; lo cual nos permitirá en un futuro estimar el grado de precisión diagnóstica en la población atendida en el HUMS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo del proyecto es mantener esta herramienta funcionando de forma indefinida, dado que refleja el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0887

1. TÍTULO

APLICACIÓN DE ESTIMADORES PRONÓSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLÓGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y MONITORIZACIÓN

grado de complejidad de la población atendida permitiendo compararnos con otros centros hospitalarios o series publicadas.

7. OBSERVACIONES.

La presión asistencial en el centro ocupa más del 90% de la actividad diaria, lo cual dificulta el mantenimiento de este tipo de actividad.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/887 ===== ***

Nº de registro: 0887

Título
APLICACION DE ESTIMADORES PRONOSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLOGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y MONITORIZACION

Autores:
CARRILLO LOPEZ ANDRES, TEJADA ARTIGAS ANTONIO, SANTEDE ANDRES MARIA JESUS, OLMOS PEREZ FRANCISCO, MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología crítica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La aplicación de los sistemas pronóstico a nivel individual y poblacional permite categorizar los pacientes en términos de gravedad o de riesgo, en función de las variables más relevantes que pueden medirse en UCI (mortalidad, complicaciones, disfunción de órganos, estancia, grado de discapacidad, secuelas a largo plazo y calidad de vida). La hipótesis general que sustenta el uso de estos sistemas, establece que las variables clínicas que pueden valorarse al ingresar en UCI anticipan la supervivencia y otros resultados finales de éstos. Esto se basa en la evidencia de que la edad creciente, la presencia de una comorbilidad crónica subyacente y que las alteraciones fisiológicas se acompañan de mayor mortalidad. Dichos sistemas contribuyen a estimar y comparar la calidad de la asistencia proporcionada en las diferentes instituciones, guiar la planificación de recursos para la asistencia a nivel local, investigar la capacidad técnica y asistencial de los servicios e identificar las formas de tratamiento más efectivas de acuerdo con la gravedad de los enfermos, ayudar a las familias y médicos en la toma de decisiones y contribuir en el desarrollo de investigaciones clínico-epidemiológicas.

RESULTADOS ESPERADOS

-Desarrollo herramientas informáticas adecuadas que integren variables fisiológicas y analíticas que permitan y faciliten el cálculo de estimadores pronósticos adecuados al proceso que motiva su ingreso.
-Implementación distintos estimadores pronósticos y fragilidad: APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II. Procesos médicos quirúrgicos polivalentes), GRACE ACS Risk Score y CRUSADE Score (Síndrome coronario Agudo), EUROSCORE II (Post-operado de Cirugía Cardiaca), estimación grado fragilidad (Modified Frailty Index Predicts Morbidity).
-Evaluación temporal por unidad y grupo patológico del grado de cumplimiento

MÉTODO

Conocer el grado de fragilidad de la población ingresada en UCI basada en datos clínicos y en la aplicación de un estimador pronóstico apropiado al proceso que motiva su ingreso.
Evaluación temporal del grado de cumplimiento por unidad y grupo patológico

INDICADORES

1. Determinar el grado de fragilidad (Modified Frailty Index Predicts Morbidity) $\geq 80\%$ de los pacientes.
2. APACHE-II: estimación en $\geq 80\%$ de los pacientes con procesos médicos o quirúrgicos ingresados > 24 horas en UCI
3. GRACE y CRUSADE: estimación en $\geq 80\%$ de los pacientes ingresados por un Síndrome Coronario Agudo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0887

1. TÍTULO

APLICACIÓN DE ESTIMADORES PRONÓSTICOS EN UCI ADECUADOS AL PROCESO PATOLÓGICO QUE MOTIVA SU INGRESO: DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y MONITORIZACIÓN

4. EUROSCORE-II: estimación en >=80% de los pacientes post-operados de Cirugía Cardíaca.

DURACIÓN

Desarrollo e implementación (Enero-Marzo 2019) con posterior aplicación de los objetivos de forma indefinida. Reevaluación de cumplimiento y resultados cada mes.

OBSERVACIONES

Ninguna

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0898

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ANDRES CARRILLO LOPEZ
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H MIGUEL SERVET
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
 · Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 SANTED ANDRES MARIA JESUS
 OLMOS PEREZ FRANCISCO
 MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Adecuación de la herramienta informática de UCI (Clinisoft, GE) a las necesidades del IRAS-PROA. Se incluyen las variables necesarias para su adecuado cumplimiento al ingreso que den respuesta a: Origen, destino, tipo de ingreso, cirugía previa, tratamiento antibiótico previo e infección-colonización germen multirresistente previo
2. Creación de visores en la herramienta informática que permita la visualización automatizada de las pruebas microbiológicas solicitadas.
3. Exportación automatizada en los informes de alta de UCI de los procedimientos técnicos realizados con fecha de inicio y su finalización. Diferenciando los activos de los inactivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Cumplimiento de las variables definidas IRAS-PROA por Unidad/mes >=80% de los pacientes: se muestra el resultado obtenido por unidad, mostrando la tendencia progresiva desde el mes de enero-2019 a diciembre-2019. Mostrando finalmente el promedio del año.

Coro	61,1%	74,0%	75,0%	83,3%	90,0%	92,9%	90,9%	92,3%
94,2%	85,5%	91,5%	83,3%	Promedio-2019: 84,5%				
Trauma	61,5%	76,9%	91,7%	88,7%	96,3%	96,4%	91,8%	93,3%
92,2%	91,0%	93,2%	89,7%	Promedio-2019: 88,6%				
PC	59,6%	94,3%	90,5%	97,1%	93,8%	92,1%	85,4%	100,0%
94,6%	93,5%	98,1%	98,0%	Promedio-2019: 91,4%				
Poliv	32,4%	65,1%	77,1%	92,6%	88,9%	89,5%	86,5%	93,9%
86,0%	78,4%	86,8%	96,0%	Promedio-2019: 81,1%				
TOTAL	55,5%	78,2%	83,6%	89,1%	93,1%	93,1%	89,2%	94,0%
91,8%	87,7%	92,8%	90,8%	Promedio-2019: 86,6%				

2. Procedimientos técnicos realizados indicando fecha y hora de inicio y fecha y hora de finalización: Se ha generado una rutina automatizada que permite la exportación de esta información en el informe de alta de UCI. Herramienta que se está utilizando en la actualidad en el 100% de los pacientes (se muestra el resultado obtenido por unidad, mostrando la tendencia progresiva desde el mes de enero-2019 a diciembre-2019. Mostrando finalmente el promedio del año).

Coro	40%	52%	98%	98%	98%	100%	100%	100%	100%
100%	100%	100%	Promedio-2019: 91%						
Trauma	51%	59%	95%	94%	100%	100%	97%	100%	100%
100%	100%	100%	Promedio-2019: 91%						
PC	43%	62%	93%	95%	95%	100%	100%	100%	100%
00%	100%	100%	Promedio-2019: 91%						
Poliv	46%	43%	94%	96%	97%	100%	100%	100%	100%
100%	100%	100%	Promedio-2019: 90%						
TOTAL	45%	54%	95%	96%	97,50%	100,00%	99,25%	100,00%	
100,00%	100,00%	100,00%	Promedio-2019: 91%						

3. Tratamiento antibiótico recibido, indicando fecha y hora de inicio y fecha y hora de finalización: Se ha conseguido crear un visor que permite observar esta información de forma automatizada en el sistema informático, no pudiéndose enviar esta información al informe de alta en espera de actualización de la librería de fármacos de UCI.

4. Pruebas microbiológicas solicitadas: Se han creado el visor correspondiente a este objetivo, consiguiéndose, tras acuerdo con microbiología, introducir de forma manual los resultados microbiológicos relacionados con hemocultivos.

Impacto del proyecto: Nos ha permitido integrar información clínica relevante tanto para la práctica clínica diaria como para el seguimiento epidemiológico de la unidad. Proyecto que ha unido aún más la atención multidisciplinar en el manejo del proceso infeccioso en UCI (Microbiología, Preventiva, Grupo PROA, Farmacia e Intensivos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo del proyecto es mantener esta herramienta funcionando de forma indefinida, por la importancia en la atención asistencial inmediata, como por la información obtenida a nivel epidemiológico. Hemos aumentado la visibilidad del tratamiento de UCI tanto en farmacia, microbiología y preventiva; lo cual permite una evaluación multidisciplinar más eficaz.

Actualmente estamos trabajando, junto con Microbiología en la mejora del flujo de información, trabajando en la actualidad en la transmisión automatizada de los resultados microbiológicos al sistema informático de UCI, minimizando el tiempo de demora en la transmisión de la información, y mejorando la documentación automatizada en el sistema. El grupo de integración de sistemas del SALUD está trabajando en ello.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0898

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

Dado las características de nuestro centro, la inclusión de un intensivista dentro de la estrategia IRAS-PROA ARAGON facilitaría el cumplimiento, seguimiento y la calidad de los objetivos establecidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/898 ===== ***

Nº de registro: 0898

Título
ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

Autores:
CARRILLO LOPEZ ANDRES, TEJADA ARTIGAS ANTONIO, SANTED ANDRES MARIA JESUS, OLMOS PEREZ FRANCISCO, MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología Crítica
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Como parte de la estrategia de implementación del "Plan Estratégico y de Acción para Reducir el Riesgo de Selección y Diseminación de la Resistencia a los Antibióticos" (PNRAN) y de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente, el Departamento de Sanidad ha puesto en marcha la Estrategia IRAS-PROA Aragón cuyo objetivo es optimizar la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, la resistencia y el uso de antibióticos.
La complejidad del paciente ingresado en las Unidades de Cuidados Intensivos conlleva un elevado consumo de recursos tanto a nivel microbiológico como farmacéutico, entre otros. No es suficiente con disponer de la información. El "cómo" se presenta y "cómo" se documenta es fundamental. El trabajo multidisciplinar es indispensable para ajustar la herramienta a la necesidad clínica, facilitando la obtención de la información y la generación de la información.
El empleo de sistemas de información clínica (SIC) persigue mejorar los resultados finales del proceso asistencial, mejorando la seguridad y la calidad, y colaborando en la mejoría de su gestión. La adopción de herramientas que ayuden a gestionar los procesos de cuidados de estos enfermos puede generar una distribución más eficiente de los recursos sanitarios, puesto que los SIC facilitan a tiempo la información necesaria para optimizar la toma de decisiones clínicas y de gestión, y para desarrollar una asistencia más efectiva, eficiente y segura.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Adecuación de la herramienta informática a las necesidades de información IRAS-PROA.
2. Mejorar la seguridad de la transferencia de información en el traslado a planta de hospitalización.

MÉTODO

Adecuación de la herramienta informática de gestión clínica en UCI que dé respuesta a:

1. Datos del protocolo de vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en unidades de intensivos relacionados con el paciente (origen, destino, tipo de ingreso, cirugía previa, tratamiento antibiótico previo, infección-colonización multiresistencia previa, etc)
2. Procedimientos técnicos realizados indicando fecha y hora de inicio y fecha y hora de finalización.
3. Tratamiento antibiótico recibido, indicando fecha y hora de inicio y fecha y hora de finalización.
4. Pruebas microbiológicas solicitadas (indicándose fecha y hora solicitud).
 - a. Como prueba piloto se incluirán resultados microbiológicos y diagnósticos epidemiológicos en los pacientes médicos-quirúrgicos ingresados en la UCI-Polivalente.
5. Creación de un "visor" con capacidad de integración en el sistema informático del hospital que permita la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0898

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

visualización de la historia clínica.

INDICADORES

1. Cumplimiento de las variables definidas IRAS-PROA por unidad/mes $\geq 80\%$ de los pacientes.
2. Inclusión en los informes de alta de UCI de los procedimientos realizados con fecha de inicio y fin.
3. Inclusión automatizada del tratamiento en $\geq 80\%$ de los informes de alta.
4. Tabulación resultados microbiológicos y diagnósticos epidemiológicos relacionados con muestras respiratorias y hemocultivos en los pacientes médicos-quirúrgicos ingresados en la UCI-Polivalente.

DURACIÓN

Desarrollo e implementación (Enero-Marzo 2019) con posterior aplicación de los objetivos de forma indefinida. Valoración de resultados y de cumplimentación cada mes.

OBSERVACIONES

Necesidad inclusión de un Intensivista en la Estrategia IRASPROA ARAGÓN

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1206

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE INGRESADO CON ICTUS EN UCI

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ALBERTO MOYA CALVO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ ROMERO CRISTINA
APARICIO JUEZ SARAY
DE TERA MUÑOZ MONTSERRAT
MAESTRE DUCAR INES
APARICIO JUEZ CAROLINA
CASAUS MARGELI MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Definición del grupo de trabajo (Abril 2019)
- Diseño del proyecto de mejora (Abril 2019)
- Identificación de la información pertinente (Abril-Mayo 2019)
- Elaboración de tríptico (Junio - Julio 2019)
- Entrega del documento (Julio - Noviembre 2019)
- Valoración inicial de indicadores (Noviembre 2019)
- Propuestas de mejora (Noviembre 2019)
- Evaluación final (Diciembre 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la revisión bibliográfica de publicaciones científicas recientes y protocolos actualizados de otros centros hospitalarios, se recogió la información más adecuada para la elaboración de un tríptico informativo para las familias del paciente ingresado en UCI con diagnóstico ICTUS.

Se elaboró un primer borrador que fue revisado por el jefe de la UCI de Traumatología y supervisado su seguimiento por la supervisora de la unidad.

Una vez realizadas las correcciones y modificaciones pertinentes, se obtuvo una versión definitiva y se imprimieron varios ejemplares para entregar a la familia del paciente diagnosticado de ICTUS en el momento del ingreso.

El indicador marcado ha sido el porcentaje de familias de pacientes diagnosticados de ICTUS e ingresados en la UCI de Traumatología, a las que se les ha entregado el tríptico informativo, y como resultado observamos que se ha cumplido el estándar prefijado desde su inicio de >80%.

Por otra parte, queda reflejado el nivel de satisfacción por la información recibida, en las encuestas que habitualmente se entregan a todas las familias durante la estancia de su familiar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La abundante bibliografía nos demuestra que la familia tiene un papel fundamental en la recuperación de los enfermos hospitalizados, y los pacientes de las UCIS, no son una excepción. Está demostrado que un ambiente desangustiado y tranquilo ayuda en el proceso de cuidado.

Y sabemos que una de las necesidades de estas familias, es la de sentirse bien informados. Con el fin de satisfacer esta necesidad, se ha elaborado este tríptico sobre los aspectos más generales relacionados con la propia enfermedad y del ingreso de su familiar en el Servicio de Medicina Intensiva.

En conclusión, ha quedado constancia, a través de las encuestas, que si queremos una visión integral del paciente, debemos establecer una buena relación con la familia y que es posible con una comunicación e información correcta y fluida, y de esta forma, reducimos los estados de angustia, estrés y depresión que esta situación les genera. Observamos pues, una mayor satisfacción de la familia en cuanto a la información recibida y una disminución de su nivel de estrés y ansiedad en el momento del ingreso y durante la estancia en UCI del paciente, al verse reforzada la información verbal con el apoyo de la información escrita a través del tríptico.

Viendo los buenos resultados obtenidos, seguiremos ofreciendo dicha información y seguiremos valorando su impacto en las familias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1206 ===== ***

Nº de registro: 1206

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1206

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE INGRESADO CON ICTUS EN UCI

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE INGRESADO CON ICTUS EN UCI

Autores:
MOYA CALVO ALBERTO, PEREZ ROMERO CRISTINA, APARICIO JUEZ SARAY, DE TERA MUÑOZ MONTSERRAT, MAESTRE DUCAR INES, APARICIO JUEZ CAROLINA, CASAUS MARGELI MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El ictus es una emergencia sanitaria en la que si se aplican las medidas adecuadas de soporte vital y si se reduce el tiempo de inicio del tratamiento de reperfusión, disminuye la mortalidad y las secuelas que produce. El Ictus es la primera causa de muerte en la mujer y la segunda en la población total. Además, es la primera causa de discapacidad en adultos y la segunda causa de demencia.

En UCI ingresan aquellos pacientes de mayor gravedad bien porque un bajo nivel de conciencia residual obliga a continuar la ventilación mecánica o porque ha habido complicaciones en el procedimiento de reperfusión (farmacológica o mecánica).

Este es un motivo de ingreso en UCI importante, por su relativa frecuencia y por las implicaciones de gravedad y secuelas residuales que tiene. La enfermería de UCI tiene un gran papel encargándose de medidas de soporte respiratorio y hemodinámico, control neurológico y vigilancia de posibles complicaciones.

Creemos que la enfermería de Medicina Intensiva debe dirigir también su atención hacia los familiares más íntimos del paciente, especialmente en las primeras horas de su estancia en UCI. Los familiares padecen en muchos casos una de las peores situaciones de su vida, por su angustia, su miedo y muy frecuentemente por la incomprensión y desconocimiento de lo que trata el proceso que afecta a su familiar, lo que es una UCI y las actuaciones que se pueden seguir allí.

Por ello la enfermería en Intensivos no solo debe proceder a un simple acompañamiento familiar, sino que también puede ayudar a proporcionar una información adecuada, sobre todo haciéndola comprensible en relación a todos los aspectos relacionados con esta patología.

En el momento del ingreso la familia no comprende en profundidad toda la información oral que se le proporciona, por el proceso estresante y la incertidumbre del pronóstico que envuelve la situación. Por eso consideramos pertinente entregar un tríptico informativo sobre esta dolencia recalcando lo más relevante, de manera básica, esquemática y visual para que la familia pueda comprenderlo y consultarlo en caso de duda.

Sin duda una adecuada información inicial logrará reducir el nivel de ansiedad-estrés de los familiares ayudando a comprender el proceso asistencial en todo su recorrido.

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar la transmisión de la información reforzando con un tríptico la información dada de manera clara y visual para resaltar los aspectos más importantes en relación con complicaciones y riesgos inherentes a un paciente con Ictus.

Disminuir el nivel de ansiedad-estrés de la familia relacionado con falta de información

MÉTODO

Definición del grupo de trabajo y diseño de proyecto.

Definir la población diana según diagnóstico al ingreso a la que se facilita la información.

Definición de un formato estándar de información consensuada por la unidad que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo comprensible

Entrega del documento

Valoración de indicador

Propuestas de mejora

INDICADORES

INDICADOR. Porcentaje de familiares de pacientes con diagnóstico Ictus a los que se les entrega el díptico correspondiente.

ESTANDAR. >80%. Evaluación anualmente.

Adicionalmente de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes.

DURACIÓN

Cronograma 2019

Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora:

Abril

Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo: Abril a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1206

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE INGRESADO CON ICTUS EN UCI

Julio
Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente con Ictus: Abril a Julio
Entrega de información: Julio a Noviembre
Valoración inicial de indicadores. Propuestas de mejora: Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1295

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LA FAMILIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO EN UCI

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MANUEL ANDREU VAZQUEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAESTRE DUCAR INES
GARRIDO VILLANUEVA ANA
DELGADO DEZA SILVIA
ANDRES GOMEZ NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- DEFINICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO (ABRIL 2019)
- DISEÑO DEL PROYECTO DE MEJORA (ABRIL 2019)
- IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN NECESARIA (ABRIL-MAYO 2019)
- ELABORACIÓN DE TRIPTICO (JUNIO-JULIO 2019)
- ENTREGA DE INFORMACIÓN (JULIO-NOVIEMBRE 2019)
- VALORACIÓN INICIAL DE INDICADORES (NOVIEMBRE 2019)
- PROPUESTA DE MEJORA (NOVIEMBRE 2019)
-EVALUACIÓN FINAL (DICIEMBRE 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con el objetivo de mejorar la atención de familiares de pacientes de ingresados en la UCI con diagnóstico Politraumatizado, se ha elaborado un tríptico informativo. Para ello, se ha seguido la metodología expuesta a continuación:

- Recopilación de información a través de una exhaustiva revisión bibliográfica de publicaciones científicas y de los protocolos actuales.
- Elaboración de un primer borrador, el cual fue supervisado por el jefe de servicio de la UCI de Traumatología.
- Seguimiento del borrador por parte de la supervisora de la unidad.
- Identificación y corrección de los problemas detectados y elaboración de la versión definitiva.
- Impresión de varios ejemplares y distribución de trípticos a los familiares en el momento del ingreso.
- El indicador marcado ha sido el porcentaje de familias de pacientes politraumatizados e ingresados en nuestra unidad, a las que se les ha entregado el tríptico informativo y como resultado observamos que se ha cumplido el estándar fijado desde su inicio de >80%
- Se valora la respuesta a través de las encuestas de satisfacción entregadas a todos los familiares

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El período durante el cual se ha trabajado en la elaboración del tríptico ha sido de un año. Este corto plazo ha supuesto una dificultad para la valoración del proyecto, ya que no se cuenta con una muestra lo suficientemente representativa de ingresos de pacientes ingresados en la UCI Traumatología.

No obstante lo anterior, no es despreciable destacar la satisfacción general de las familias en cuanto a la mejora de la información recibida, la cual ha quedado patente en las encuestas de valoración general de la unidad. Así mismo, se ha observado una disminución de su nivel de ansiedad y estrés propiciada, en gran medida, por el incremento y accesibilidad de la información.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1295 ===== ***

Nº de registro: 1295

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1295

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LA FAMILIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO EN UCI

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A LA FAMILIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO EN UCI

Autores:
ANDREU VAZQUEZ MANUEL, MAESTRE DUCAR INES, DELGADO DEZA SILVIA, ANDRES GOMEZ NOELIA, GARRIDO VILLANUEVA ANA, MARTINEZ CRESPO PABLO, MARTINEZ PELLICER ANA ISABEL, BADIA ROMANO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes politraumatizados (o gravemente traumatizados) ingresados en UCI-Traumatología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se define como politraumatizado a aquella persona que sufre un traumatismo múltiple con afectación de varias regiones anatómicas u órganos. Esta patología tiene una gran importancia dado ya que es la principal causa de muerte en personas <40 años, por su alta tasa de discapacidades que produce y por su mortalidad asociada. Este motivo es uno de las más frecuentes, importantes y específicos de ingreso en UCI-Traumatología donde todo el equipo sanitario (y por supuesto dentro de él la enfermería intensiva) tiene que luchar por disminuir la morbi-mortalidad precoz (dentro de las primeras 4 horas del ingreso) y la diferida, que sucede más tarde, como consecuencia de las lesiones cerebrales, sepsis o fallo orgánico. Pero además la enfermería intensiva debe estar atenta a mitigar en lo posible la ansiedad de la familia de los pacientes. Ansiedad enorme al ser estos sucesos bruscos, inesperados, afectar con frecuencia a jóvenes, con cargas familiares y con una probabilidad de muerte y de graves secuelas no desdeñables. Una información insuficiente, mal comprendida o errónea incrementa esta situación. Por todo ello consideramos que la realización, y posterior entrega, de un tríptico informativo que esquematice la información más relevante de esta patología, de un modo básico, esquemático y visual puede en muchos casos servir de gran ayuda y reducir el nivel de ansiedad-estrés de los familiares que viven sin riesgo de equivocarnos los peores días de su vida.

RESULTADOS ESPERADOS
- Facilitar la transmisión de la información reforzando con un tríptico que muestre de manera clara y visual los aspectos más importantes en relación con complicaciones y riesgos inherentes a un paciente quemado.
- Disminuir el nivel de ansiedad-estrés de la familia relacionado con falta de información

MÉTODO
• Definición del grupo de trabajo y diseño de proyecto.
• Definir la población diana según diagnóstico al ingreso a la que se facilita la información.
• Definición de un formato estándar de información consensuada por la unidad que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo muy sencilla y comprensible.
• Entrega del documento
• Valoración de indicador
• Propuestas de mejora

INDICADORES
INDICADOR: Porcentaje de familiares de pacientes politraumatizados a los que se les entrega el tríptico correspondiente.
ESTÁNDAR: > 80%. Evaluación anual.
Adicionalmente, de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes.

DURACIÓN
Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora: Abril 2019
Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo: Abril- julio 2019
Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente politraumatizado: Abril- julio 2019
Entrega de información: Julio- noviembre 2019
Valoración inicial de indicadores. Propuestas de mejora: Diciembre 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1295

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LA FAMILIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO EN UCI

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 18/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA MARIA MARTINEZ ALVAREZ
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H MIGUEL SERVET
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
 · Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 VILLUENDAS USON MARIA CRUZ
 PALACIO RUIZ PILAR
 LOPEZ-CALLEJA ANA ISABEL
 GIL PEREZ DESIRE
 PASCUAL CATALAN ASCENSION
 HUARTE LACUNZA RAFAEL
 ABIO LUPON MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
 Elaboración y puesta a disposición en la intranet de documentos sobre las bacteriemias de mayor morbi/mortalidad y difícil manejo.
 Definición: documento básico de manejo de bacteriemias nivel 1 disponible en la intranet en la pestaña PROA.
 Objetivo: realización y disponibilidad en la intranet.
 Realizado en el primer trimestre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
 Objetivo: valoración del 80% de las bacteriemias de nivel 1 fuera de UCI, conseguir hemocultivos de control en más del 80% y conocer la mortalidad a los 14 días.
 Otros: conocer si son nosocomiales y la relación con el catéter.
 Hemocultivos de control:
 Hemocultivos de control en S aureus (BAS) y Candida sp.
 Objetivo 80%

Hemocultivos de seguimiento por S aureus:

	1 er T	2 T	3 T	4 T	TOTAL		
% seguimiento		92,30	100,00	100,00	100,00	60	98,36
Pacientes HC seguimiento			12	10	20	18	
Total pacientes	14		14	22	27	77	
Éxitus + trasladado	1		2+2	2	5+4	16	

Hemocultivos de seguimiento por Cándida

	1 T	2 T	3 T	4 T	TOTAL		
% seguimiento		83,33	100,00	100,00	100	18	94,73
Pacientes con HC seg		4	3	9	2	18	
Total pacientes	6		3	11	2	22	
Exitus+Traslados	1			2			

Bacteriemias de nivel 1:

S. Aureus	93 (37,8)
Enterococcus	109 (44,3)
Pseudomonas	9 (3,7)
Candida	35 (14,2)
Total	246

Valoración por la UEI:

Valoracion UEI	174 (68)
No valoracion	82 (32)
UCI	23 (9)
Exitus	15 (5,9)
Traslado	19 (7,4)
Vacaciones	13 (5,1)
Alta	3 (1,2)
Otros	8 (3,1)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

De los 82 no valorados, 57 eran NO valorables según el proyecto (UCI, éxitus, traslado,) se valorado el 87% de los posibles.

Tipo de infección:
Infeccion nosocomial 135 (52,7)
Bacteriemia cateter 42 (16,4)
Estancia en UCI 50 (19,5)

Más de la mitad de las bacteriemia de nivel 1 son de origen nosocomial y algo más de un 16% son asociadas a catéter.

Mortalidad:
Mortalidad / Exitus N=256
Global 86 (33,6%)
A las 72 horas 19 (7,6%)
14 días 47 (18,7%)
30 días 62 (24,7%)

La mortalidad atribuible sería la que aparece en los primeros 14 días.

Mortalidad y estancia media:

Global	Número	Estancia media		Estancia media bacteriemia		Mortalidad		
		Mediana y RIC	Media y DS	Mediana y RIC	Media y DS	Mediana y DS	Media y DS	
Total	256 (100)	18 ± 38	(0-374)	33,5 ± 41	12 ± 18	(0-370)	20,2 ± 29	86
S. Aureus	93 (36,3)	17 ± 19	(0-77)	20,4 ± 17	13 ± 14	(0-77)	15,7 ±	
14,3	35 (37,6)							
Enterococcus	109 (42,6)	18 ± 44	(0-195)	34,6 ± 37,8	11 ± 20	(0-96)	18,7 ±	
18,4	27 (24,8)							
Pseudomonas	9 (3,5)	41 ± 53	(4-374)	75,2 ± 114	21 ± 25	(3-370)	61,5 ±	
116	2 (22,2)							
Candida	35 (13,7)	59 ± 56	(0-205)	62,3 ± 49,7	25 ± 39	(0-123)	30,6 ±	
28,3	16 (45,7)							

Valorados por PROA

Global	Número	Estancia media		Estancia media bacteriemia		Mortalidad		
		Mediana y RIC	Media y DS	Mediana y RIC	Media y DS	Mediana y DS	Media y DS	
Total	174 (100)	20,5 ± 37	(0-374)	36,7 ± 43,6	23,5 ± 20	(0-370)	23,5 ±	
32,6	47 (27)							
S. Aureus	71 (40,8)	19 ± 19	(3-77)	23 ± 17	14 ± 13	(3-77)	18,8 ± 203	22
(31)								
Enterococcus	74 (42,5)	21 ± 43	(0-195)	37 ± 37	12 ± 24	(0-96)	20,4 ±	
18	18 (24,3)							
Pseudomonas	6 (3,4)	37 ± 144	(4-374)	92,6 ± 140	25 ± 120	(3-370)	80,5 ±	
142	5 (83,3)							
Candida	21 (12,1)	64 ± 62	(10-205)	67,1 ± 51,8	37 ± 38	(2-123)	37,7 ±	
28,8	5 (23,8)							

Otros datos relevantes:

	Infeccion nosocomial	Bacteriemia por cateter	Ingreso en UCI
Total	135 (52,7)	42 (16,4)	50 (19,5)
S. Aureus	33 (35,5)	20 (21,5)	11 (11,8)
Enterococcus	61 (56)	4 (3,7)	18 (16,5)
Pseudomonas	8 (89)	2 (22,2)	3 (33,3)
Candida	33 (94,3)	6 (45,7)	17 (48,6)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LECCIONES APRENDIDAS:

El proyecto ha permitido poder conocer la magnitud del problema de la bacteriemia en el hospital, su relación con la asistencia sanitaria y su mortalidad. Nos ha permitido mejorar su manejo según las recomendaciones de las guías vigentes y realizar una labor formativa por pares en la asesoría de su manejo.

El desarrollo de esta labor con continuidad nos permitirá conocer la evolución de los resultados en el tiempo como marcador de calidad y seguridad del paciente.

Debería poder ampliarse la actividad a las bacteriemia por las cinco principales causas como marcan las directrices de los Programas de Optimización de Antimicrobianos (PROA), con el objetivo de mejorar el manejo de antibióticos en una entidad de alta morbimortalidad y evaluar su evolución como consecuencia de campañas más globales de optimización de antimicrobianos y prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).

DIFICULTADES A SUPERAR:

1. No se desarrolla hoja de tratamiento estandarizado de bacteriemia por Pseudomonas MDR ó XDR por no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- disponer de guías de consenso que lo permitan y ser recomendaciones individualizadas por foco, antibiograma y enfermedad de base.
- No disponer de asesoría que permita la elaboración de una base de datos compartida para realizar una recogida de datos a tiempo real, en lugar de estar volcando datos de forma retrospectiva y casos por caso a un Excel.
 - Pocos datos extraíbles directamente de la HCE (baja informatización de la prescripción) y nula de la información de enfermería.
 - No disponer de un gestor de datos para la recogida de la actividad y explotación estadística.
 - Cambio de destino de la auxiliar administrativo que pertenecía al proyecto en septiembre.
 - Los datos extraídos de siglo necesitan una explotación posterior para poder obtener los indicadores seleccionados que requiere un tiempo extra.
 - No disponer de datos oficiales de mortalidad y estancia media de los casos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/976 ===== ***

Nº de registro: 0976

Título
IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, PALACIN RUIZ PILAR, LOPEZ-CALLEJA ANA ISABEL, GIL PEREZ DESIRE, PASCUAL CATALAN ASCENSION, HUARTE LACUNZA RAFAEL, ABIO LUPON MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Proyectos del Programa de Optimización de Antimicrobianos

PROBLEMA
Las bacteriemias constituyen una infección frecuente y con una mortalidad elevada.
Existen factores potencialmente modificables que han demostrado reducir la mortalidad de las bacteriemias, como el tiempo hasta el tratamiento antibiótico, o la administración de tratamiento antibiótico correcto, tanto a guías como a gérmenes.
La actuación por parte de facultativos especialistas en enfermedades infecciosas ha demostrado ser eficaz en la mejoría de los resultados.

Los PROA (Programas de optimización de antibióticos) son programas hospitalarios cuyo fin es contribuir a mejorar la utilización de los antibióticos. Su filosofía es la de servir de apoyo a los clínicos en su proceso de toma de decisiones en el tratamiento antibiótico de las enfermedades infecciosas con los objetivos de obtener los mejores resultados clínicos en el tratamiento hospitalario de infecciones, minimizar la frecuencia de eventos adversos relacionados con la utilización de antimicrobianos como la emergencia de resistencia y fomentar la utilización eficiente de los antibióticos.

PROA Bacteriemia es una actividad integrada en el Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) del Hospital Universitario Miguel Servet en fase de implantación, cuyo objetivo es lograr mejorar el pronóstico de los pacientes con bacteriemia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer en nuestro medio la mortalidad y estancia hospitalaria relacionada con las bacteriemias.
- Valorar el impacto de las intervenciones que se implementen (las intervenciones se detallan en el punto siguiente). Comparar estos datos con un período anterior sin intervención.?
- Identificar oportunidades de mejora para implementar.

MÉTODO

- Diseño de una hoja excel para recoger datos microbiológicos, de tratamiento empírico, definitivo,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

secuencia, duración, estancia media y mortalidad a 14 y 30 días.

- Elaboración y actualización de recomendaciones básicas disponibles en la intranet (PROA)
- Llamada telefónica estructurada desde el laboratorio con el resultado del cultivo positivo para transmitir resultados y recabar información clínica al médico o la enfermera responsable.
- Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de microbiología para conocer y comentar los resultados y planificar las actuaciones.
- La atención por el clínico del grupo PROA estará enfocada a la valoración clínica tras identificación de germen en jornada ordinaria, aplicando las recomendaciones básicas y mostrando al médico responsable la documentación de la intranet al respecto para realizar docencia por pares:
 - ? Bacteriemias por Staphylococcus aureus sensible o resistente (SAMS/SAMR)
 - ? Bacteriemias por Candida sp
 - ? Bacteriemias por Enterococcus sp
 - ? Bacteriemias por Pseudomonas aeruginosa MDR ó XDR
 - ? Casos derivados de la valoración por necesidad de modificar el tratamiento empírico no adecuado, o de valoración y actuación sobre foco.

INDICADORES

Indicadores de transmisión de la información:

- Tiempo desde la positivización del hemocultivo hasta informe provisional de bacteriemia en intranet y llamada telefónica al facultativo peticionario
- Tiempo desde la positivización y llamada al especialista en Infecciosas

Indicadores de aplicación clínica de la información:

- Hemocultivos de control en los casos indicados (S.aureus, Candida sp.)
- Tiempo hasta el inicio de tratamiento apropiado
- Porcentaje de bacteriemias con intervención del especialista en Infecciosas

Indicadores de resultados clínicos:

- Mortalidad cruda a los 14 días
- Estancia hospitalaria en los pacientes que sobrevivan al ingreso

DURACIÓN

Estudio de la situación, elaboración del proyecto y difusión en los Servicios de Microbiología y Unidad de Enfermedades Infecciosas: Octubre-Noviembre 2016

Diseño y puesta en marcha del registro Excel de recogida de datos: Inicio en Diciembre 2016-Todo el período

Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de Microbiología: Inicio en Noviembre 2016-Todo el período

Evaluación de los indicadores: Abril 2017 (6 meses tras inicio proyecto)-Septiembre 2017

Identificación oportuidades mejora: Todo el período

OBSERVACIONES

Proyecto en la línea del Plan Nacional de Resistencia, a través de proyectos PROA (Programas de Optimización de Antimicrobianos) para mejorar los resultados en salud y disminuir la aparición de resistencias.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ROSA MARIA MARTINEZ ALVAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VILLUENDAS USON MARIA CRUZ
PALACIAN RUIZ MARIA PILAR
LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL
MARTINEZ JIMENEZ MARIA CARMEN
SUSO ESTIBALEZ CATALINA
MORENO GARCIA ESTELA
HUARTE LACUNZA RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Participación en la elaboración de los documento del PROA-Autonómico en relación al tema: "Documento de trabajo PROA hospitalares. Estrategia IRASPROA-Aragón" y "Actividad PROA para la optimización del manejo de pacientes con bacteriemia".

Sesiones semanales los miércoles a las 12 h con una hora de duración, en la que se comentan los casos clínicos más destacados, los problemas detectados y se plantean soluciones. Todo ello ha llevado a la elaboración de las siguientes mejoras:

Elaboración de un informe preliminar fijo que permanece siempre visible para el clínico a través de la intranet. Este informe consta de:

Resultado de visión de Gram e identificación por MALDI-TOF en el día de la positivización del hemocultivo.

Resultado de la sensibilidad antibiótica preliminar por método disco-placa de los antibióticos consensuados dentro del grupo PROA-Bacteriemia (día 2 tras la positivización) para facilitar el ajuste del tratamiento antibiótico empírico o desescalado. Este informe se sustituye por el informe definitivo cuando se dispone de los resultados de sensibilidad antibiótica por CMI.

Elaboración de mensajes predeterminados en los gérmenes que tienen mayor dificultad de tratamiento. Desde Microbiología se han creado y añadido a los informes de resultados los siguientes comentarios en relación a resistencias intrínsecas:

P. AERUGINOSA: P. aeruginosa presenta resistencia intrínseca a los siguientes antibióticos de uso frecuente: amoxicilina-clavulánico, cefotaxima/ceftriaxona (y cefalosporinas de 1º y 2ª generación), ertapenem, tigeciclina, trimetoprim-sulfametoxazol. NO USAR

ENTEROCOCCUS SPP : Enterococcus spp. presenta resistencia intrínseca a los siguientes antibióticos de uso frecuente: cefalosporinas, macrólidos, aminoglucósidos en monoterapia, trimetoprim-sulfametoxazol. NO USAR

L. MONOCYTOGENES: Listeria monocytogenes presenta resistencia intrínseca a cefalosporinas. NO USAR

S. MALTOPHILIA: Stenotrophomonas maltophilia presenta resistencia intrínseca a los siguientes antibióticos de uso frecuente: amoxicilina-clavulánico, cefotaxima/ceftriaxona (y cefalosporinas de 1º y 2ª generación), carbapenems, aminoglucósidos. NO USAR. Suele ser sensible a trimetoprim-sulfametoxazol y levofloxacino.

SARM: Tomar medidas higiénicas que eviten su diseminación.

La resistencia a meticilina implica resistencia a todos los beta-lactámicos incluidos carbapenems (con excepción de ceftarolina).

Presentación de los resultados del año 2017 comunicación en el Congreso de SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica)

M. Povar Echeverría, R. Martínez Álvarez, M.C. Martínez Jimenez, P. Palacian Ruiz, M.C. Villuendas, A. Lopez Calleja. "BACTERIEMIAS DE PRIMER NIVEL EN EL AÑO 2017: ANALISIS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROA ". XXII Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Bilbao, del 24 al 26 de mayo de 2018.

Durante unos meses se realizó una intervención sobre el nivel II y III con la contratación por parte de la fundación de enfermedades infecciosas de un facultativo durante 2 h al día, los resultados se presentaron en el congreso de la SEMI 2018:

E. Moreno García(1), R. Martínez Álvarez(1), P. Arazo Garcés(1), M. Villuendas Usón(2), P. Palacián Ruiz(2), M. Martínez Jiménez(3), G. Tirado Anglés(4), C. Clemente Sarasa(5). INICIO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) PARA BACTERIEMIAS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA). XXXIX Congreso SEMI / VI Congreso Ibérico / XXXVI Congreso SOCALMI I. Burgos, 21-23 Noviembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores de transmisión de la información: ?

-Registro del tiempo desde la positivización del hemocultivo hasta informe provisional de bacteriemia en intranet y llamada telefónica al facultativo peticionario.

Fuente de datos: sistema de información de microbiología: SIGLO (Horus). Valor a alcanzar: >90%

Se ha realizado la llamada telefónica en la totalidad de los episodios. El tiempo medio de la llamada telefónica de Microbiología desde la positivización del hemocultivo ha sido de 0,08 días durante los 365 días del año. El tiempo medio de positivización de los cultivos fue de 0,84 días. La mediana de tiempo ha sido de 3 días para el informe definitivo. Estos datos se han extraído de la base de recogida de datos de bacteriemia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

que se resumen en la tabla.

- Unidades de enfermería con formación recibida sobre extracción de hemocultivos. Fuente de datos: actas de las sesiones impartidas. Valor a alcanzar: >90% de las unidades del hospital a lo largo de un año
- Entre 2017 y 2018 se han realizado sesiones formativas en:
 - Medicina interna (planta 10, 11 y 2) segundo semestre 2017
 - Digestivo segundo semestre 2017
 - UCIs H General segundo semestre 2017
 - UCI infantil segundo semestre de 2018
 - Urgencias segundo semestre del 2017 y primer semestre de 2018
 - Neurología primer semestre 2018
 - Cirugías (ubicadas en el edificio de traumatología: c vascular, c general, c plástica) primer semestre del 2018
 - Pediatría y Maternidad se inicia a finales de 2018 y se continúa en 2019
- En 2018 se consiguió la acreditación del taller que se imparte a enfermería. En estas sesiones se aporta desde la Sección de Hemocultivos la tasa de contaminación de cada Servicio para valorar de forma individualizada su evolución, estado actual y medidas de mejora. Estos datos se obtienen del indicador de calidad (tasa de contaminaciones) que trimestralmente se obtiene de los distintos Servicios del Hospital.
- Indicadores de aplicación clínica de la información: ?
- Hemocultivos de control en los casos indicados (S.aureus, Candida sp.)
- Fuente de datos: programa de microbiología. Valor a alcanzar: > 90% de los pacientes que permanecen ingresados (excluyendo traslados/altas/defunciones)
- Bacteriemia por S aureus
 - 89 pacientes con bacteriemia por SASM/SARM. (23 SARM: 25.84%). Hemocultivos de seguimiento: 100% pacientes hospitalizados en HUMS.
- No hemocultivos de control: 7 traslados: 4 Hospital de la Defensa, 2 Hospital San Juan de Dios y 1 Hospital Clínico Universitario.
 - 1 paciente de alta
 - 9 pacientes fallecidos
- Candidemia
 - 43 pacientes con candidemia.
 - Hemocultivos de seguimiento en 97.68% (42 pacientes)
 - 6 pacientes fallecidos.
- Valoración del tratamiento empírico y actuación clínica realizada por el grupo PROA y su aceptación. ?
- Fuente de datos: Excel diseñado para el trabajo. Valor a alcanzar: > 90% de los pacientes que permanecen ingresados (excluyendo traslados/altas/defunciones)
- En el año 2018 se produjeron 979 episodios de bacteriemia en adultos, en todos ellos se realizó la llamada telefónica desde microbiología y se realizó una evaluación clínica por el PROA en 595 casos 60,77%. Excluyendo traslados, altas, defunciones y UCI (305) se valoraron 88%
- Porcentaje de bacteriemias con intervención del especialista en Infecciosas.
- Fuente de datos: Excel diseñado para el trabajo, compartido por microbiología y enfermedades infecciosas. Valor a alcanzar: > 80% de los casos objeto del estudio (S.aureus, Candida sp, Enterococcus sp, Pseudomonas MDR/XDR, dadas de alta).

NIVEL CALCULADO		NIVEL I	
Etiquetas de fila		Cuenta de VALORADO PROA	Cuenta de VALORADO PROA2
NO	58	20,94%	
SI	219	79,06%	
Total general	277	100,00%	

Nivel II (Gérmens MDR)		NIVEL II	
Etiquetas de fila		Cuenta de VALORADO PROA	Cuenta de VALORADO PROA2
NO	16	42,11%	
SI	22	57,89%	
(en blanco)		0,00%	
Total general	38	100,00%	

Nivel III		NIVEL III	
Etiquetas de fila		Cuenta de VALORADO PROA	Cuenta de VALORADO PROA2
NO	331	48,39%	
SI	353	51,61%	
(en blanco)		0,00%	
Total general	684	100,00%	

Actuaciones realizadas			
SOBRE UN TOTAL DE PACIENTES VALORADOS DE			594
ACTUACIONES	Nº	%	
DEESCALAR	43	7,24%	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

TRATAMIENTO SECUENCIAL	91	15,32%
CAMBIO DE DOSIS	9	1,52%
TTO DIRIGIDO	222	37,37%
SUSPENSION	4	0,67%
ORIENTACION DEL TTO EMPIRICO	3	0,51%
HEMOCULTIVOS CONTROL	75	12,63%
SOLICITUD ECOCARDIO	53	8,92%
SOLICITUD FONDO DE OJO	5	0,84%
CONTACTO CON MAP	35	5,89%
MUESTRAS CLINICAS MICRO	12	2,02%
RETIRADA DE CATETER	38	6,40%
CONTACTO CON DOMICILIO	4	0,67%
REEVALUACION CON INGRESO	1	0,17%
MUESTRAS EPIDEMIO MICRO	0	0,00%
FIN DE TRATAMIENTO	2	0,34%
RECOMENDACION TIEMPO AB	101	17,00%
ORIENTACION DEL TTO SECUENCIAL	8	1,35%
CULTIVO DE FOCO	2	0,34%
INICIO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO	0	0,00%
REEVALUACION EN CONSULTA	2	0,34%
CONTACTO CON MED RESPONSABLE	347	58,42%

REFERENTE A ACTUACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO TOTAL 81,31%

Teniendo en cuenta que el documento PROA Hospitales marca unos objetivos de cara a obtener el nivel básico, avanzado o excelente recogidos más arriba, en el momento actual no cumpliríamos los requisitos del nivel básico (80% de los de nivel 1 y 2).

Intervención sobre el nivel II y III
OBJETIVOS

Las bacteriemias por bacilos gram negativos (BGN) suponen la primera causa de bacteriemia con mortalidad del 12-38%. En los últimos años, debido en parte al uso excesivo y mal uso de los antibióticos, se ha incrementado la aparición de resistencias antimicrobianas, conllevando mayor dificultad de tratamiento, aumento de hospitalización y peor pronóstico. Se ha demostrado que la administración precoz del antibiótico adecuado disminuye la mortalidad y que el ajuste posterior según resultados microbiológicos y una duración adecuada mejora el resultado clínico y disminuye la aparición de resistencias e infecciones por *Clostridium difficile*. Por ello, el equipo PROA del hospital propuso incluir en el mismo las bacteriemias por BGN.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre el 1 de febrero y el 30 de abril de 2018, se dispuso de un médico de Medicina Interna con formación en Enfermedades Infecciosas durante 2 horas diarias para refuerzo del PROA que permitió el inicio del PROA-Bacteriemia BGN. Se elaboró una guía de tratamiento y se evaluaron todas las bacteriemias por BGN (excepto las de UCI) del Hospital Universitario Miguel Servet. Microbiología realizó la notificación inicial al médico responsable y en las 72 horas siguientes, el médico de Infecciosas contactó para asesoría sobre tratamiento dirigido, desescalada, secuenciación y duración.

De las 204 bacteriemias, el 59,8% fueron por BGN. Se excluyeron las de UCI, fallecimientos y traslados a otros centros quedando 88, de las cuales 49 fueron evaluados por el PROA habitual y 39 por el médico de intensificación del PROA. A continuación, se detalla el análisis que la intensificación supuso.

El 64,1% eran varones, con una media de edad de 75 años e índice de Charlson de 2,36. Atendiendo al microorganismo, se debieron a: *Escherichia coli* 19 (48,72%, 6 (31,57%) eran BLEE), *Pseudomonas aeruginosa* 3 (7,69%), *Klebsiella pneumoniae* 3 (7,69%), *Proteus mirabilis* 2 (5,13%), *Serratia marcescens* 2 (5,13%), *Morganella morganii* 1 (2,56%), *Enterobacter cloacae* 1 (2,56%), *Salmonella enteritidis* 1 (2,56%) y *Peptoniphilus arei* 1 (2,56%). Seis (15,38%) fueron polimicrobianas. Se encontraban ingresados en: Digestivo 10 (25,64%), Urología 7 (17,95%), Medicina Interna 6 (15,38%), Nefrología 3 (7,69%), Cirugía Cardíaca 2 (5,13%), Cardiología 2 (5,13%), Ginecología 2 (5,13%), y otros 7 (17,95%). Los focos fueron: urinario 20 (51,28%), abdominal 12 (30,77%), relacionado con catéter 3 (7,69%), vascular 1 (2,56%) y otros 3 (7,69%). El origen fue comunitario en 20 (51,28%), nosocomial en 15 (38,46%) y asociado a cuidados sanitarios en 4 (10,26%).

Se realizaron 95 actuaciones PROA, 2,44 de media por paciente, que consistieron en: contacto con el médico responsable 28 (29,47%), recomendación tratamiento dirigido 22 (23,16%), duración 20 (21,05%), secuenciación 10 (10,52%), desescalada 9 (9,47%), finalización de tratamiento 1 (1,05%) y otros 5 (5,26%). La aceptación de la asesoría fue muy buena 37 (94,87%).

DISCUSIÓN

El tiempo de intensificación fue breve para obtener indicadores de impacto del programa PROA-BGN, no obstante permitió optimizar el tratamiento en el 67,36% de los pacientes.

CONCLUSIONES

La intervención de los equipos PROA en las bacteriemias por BGN ayuda a la optimización del tratamiento antibiótico pudiendo disminuir las resistencias antibióticas y mejorar el pronóstico de los pacientes.

Indicadores de resultados clínicos: ?

-Mortalidad cruda a los 30 días.

Fuente de datos: Historia Clínica Electrónica y programa administrativo HIS. Valor a alcanzar: disponer de los datos en las primeras cinco causas de bacteriemia.

Las cinco etiologías más frecuentes son:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- 1.- E coli 35,68% (NO BLEE 303+ 31 BLEE)
- 2.- Klebsiella spp 11,11% (78 pneumoniae, 10 Klebsiella pneumoniae BLEE, 16 Klebsiella oxytoca, 4 Klebsiella varicola)
- 3.- S. aureus 10,69% (71SAMS+29 SARM)
- 4.- Enterococcus faecalis 5,56 % (52)
- 5.- Pseudomonas aeruginosa 4,59% (63, de las cuales 19 eran MDR-XDR 30%)
- 6.- Enterococcus faecium: 3.10 (29)

Ver tabla conjunta mortalidad, estancia.

-Estancia hospitalaria en los pacientes que sobrevivan al ingreso.

Fuente de datos: Historia Clínica Electrónica y HIS. Valor a alcanzar: disponer de los datos en > 80% de primer nivel.

Germe	Mortalidad 14 días	Mortalidad 30 días	EM de ingreso (días)	EM postbacteriemia
E coli				
E coli BLEE	8,25 % (28/339)			
6,06% (2/33)	12,38 % (42/339)			
15,55% (5/33)	12,5	15,7	10	
11,3				
Klebsiella				
K pneumoniae	8,33% (9/108)			
7,95% (7/88)	13,88%(15/108)			
13,63%(12/88)	18,7			
19,2	11,7			
11,9				
S aureus				
SAMS				
SAMR	24,99% (24/99)			
15,71% (11/70)				
44,82% (13/29)	27,27% (27/99)			
20% (14/70)				
44,82% (13/29)				
27				
27,1				
20				
16,7				
Enterococcus				
E faecalis				
E faecium	12,34% (10/81)			
13,72% (7/51)				
10% (3/30)	19,75% (16/81)			
17,64% (9/51)				
23% (7/30)				
31,5				
33,4				
17,6				
15,1				
Ps aeruginosa	15,87% (10/63)	19,05% (12/63)	32,5	17,7
Candida				
C albicans	21,95% (9/41)			
15,62% (5/32)	36,59% (15/41)			
31,25% (10/32)	44,6			
53,4	22,5			
25				

En el año 2018 se contabilizaron en el HUMS 280274 estancias y 46713 ingresos

OTROS DATOS DE INTERÉS

Foco clínico	Nº	%
FOCO PROBABLE		
URINARIO	351	36,91
ABDOMINAL	184	19,35
CATETER	132	13,88
RESPIRATORIO	99	10,41
DESCONOCIDO	64	6,73
PIEL Y PARTES BLANDAS		5,36
OSTEOARTICULAR	10	1,05
SNC	5	0,53
RESPIRATORIO+URINARIO	4	0,42
ABDOMINAL+URINARIO	4	0,42
OTROS	47	4,94
OSTEOARTICULAR	10	1,05

El foco urinario es el más frecuente, seguido del abdominal y el catéter en segunda y tercera posición. Llama

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

la atención que el foco por catéter sea el tercero con un 13, 88% de los casos por ser potencialmente evitable. Origen de la infección

ORIGEN	Nº	%
COMUNITARIO	425	43,41164
NOSOCOMIAL	294	30,03064
ASOCIADO A CUIDADOS SANITARIOS	260	26,55771
TOTAL	979	

Más del 50% de las bacteriemias son nosocomiales o asociadas a cuidados sanitarios.

Distribución por servicios de origen

SERVICIOS	Nº	%
M. INTERNA	171	17,54
URGENCIAS	119	12,21
ONCOLOGIA	105	10,77
DIGESTIVO	88	9,03
UCI	85	8,72
UROLOGIA	75	7,69
CIR. GENERAL	50	5,13
HEMATOLOGIA	44	4,51
NEFROLOGIA	36	3,69
INFECCIOSOS	28	2,87
CARDIOLOGIA	25	2,56
TRAUMATOLOGIA	23	2,36
GERIATRIA	18	1,85
NEUMOLOGIA	16	1,64
NEUROLOGIA	13	1,33
GINECOLOGIA	11	1,13
CIR. CARDIACA	10	1,03
CIR. MAXILOFACIAL	10	1,03
NEUROCIRUGIA	6	0,62
REHABILITACION	6	0,62
CIR. VASCULAR	5	0,51
ENDOCRINOLOGIA	5	0,51
ORL	3	0,31
PSQUIATRIA	1	0,10
OTROS	22	2,26
TOTAL	975	

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones

La actividad realizada el año 2018 ha consolidado la comunicación rápida desde microbiología de la comunicación de resultados, se ha conseguido un alto cumplimiento de indicadores de proceso que tienen implicación sobre los resultados como son la realización de hemocultivos de control en las bacteriemias por S aureus y Cándida. El trabajo multidisciplinar y las sesiones del grupo ha permitido detectar problemas comunes y diseñar respuestas como la creación del informe preliminar de microbiología y los mensajes de ayuda al prescriptor.

Se ha iniciado la formación a enfermería sobre la adecuada toma de hemocultivos e identificación de sepsis de forma acreditada y con buena aceptación, que se espera consolidar a lo largo del próximo año, y adaptar los talleres a los problemas detectados. El objetivo será poder ver a lo largo del año, como influye esta actividad en mejorar las cifras de contaminación para llegar a los estándares y mejorar la formación en actividades básicas de enfermería en relación con la infección y la administración adecuada de antimicrobianos.

Se constata una buena aceptación de la asesoría clínica y su utilidad en la mejora de aspectos como el desescalado, el tratamiento secuencial y la duración del tratamiento, que consideramos, de acuerdo con la literatura que influyen en la formación por pares de los facultativos en el uso adecuado de los antibióticos con la repercusión que implica en la adecuación de los consumos y la aparición de las resistencias, que se miden anualmente dentro de la estrategia PROA-hospital.

La actividad nos ha permitido tener datos de mortalidad y estancia media de los principales agentes etiológicos. Estamos en el estándar de mortalidad por las principales causas, lo que es un buen dato de seguridad clínica, y podremos ver la evolución en el tiempo detectando mejoras o desviaciones que impliquen modificación de actuaciones.

El disponer de la información por servicios permitirá hacer un feed-back con ellos en la próxima etapa que mejore el manejo autónomo de las mismas. Habrá que elaborar un calendario de difusión de la información con los principales servicios.

Queda pendiente conseguir aumentar la valoración clínica en los niveles II y III para conseguir los niveles básico, avanzado y excelente establecidos en el documento PROA-Hospitales, para lo que se requeriría una mayor informatización del Hospital que permita la valoración telemática y facilite seleccionar los casos sobre los que actuar y un mayor tiempo de dedicación de horas de jornada clínica a este cometido. Una actuación estructurada al tercer día permitirá ahondar en la mejora del desescalado, el tratamiento secuencial y la duración. El proyecto piloto llevado a cabo con un clínico 2h al día mostró esa posibilidad, por lo que sería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

adecuado poder incrementar las horas de actividad clínica de asesoría y poner en marcha el proyecto. Creemos que la actividad es útil desde el punto de vista de mejora de resultados clínicos y uso racional del antibiótico. Es muy probable que esto implique mejoras en el consumo de recursos como estancias y antibióticos. El proyecto es reproducible en otros hospitales de nuestro entorno por lo que se podrá trabajar en proyectos de cooperación para facilitar su implantación. A lo largo del próximo año es necesario hacer las adaptaciones necesarias para ajustarnos al documento PROA-bacteriemia de la estrategia IRAS-PROA Aragón.

Problemas detectados en su desarrollo

Pocos datos extraíbles directamente de la HCE (baja informatización de la prescripción 26% en 2017 según excell de recogida de datos de bacteriemia, 60% de las camas de hospitalización en 2018 según farmacia) y nula de la información de enfermería en el año 2018. Todo ello dificulta la valoración inicial de los casos sin el desplazamiento hasta la ubicación del paciente.

No disponer de un gestor de datos para la recogida de la actividad y explotación estadística.

Los datos extraídos de siglo necesitan una explotación posterior para poder obtener los indicadores seleccionados que requiere un tiempo extra.

No disponer de datos oficiales de mortalidad y estancia media de los casos, o un sistema de volcado directo desde gestión de datos.

El tiempo de dedicación clínica al proyecto está limitado a la plantilla actual de la unidad de enfermedades infecciosas que requeriría una cuantificación de las necesidades y un planteamiento de recursos.

7. OBSERVACIONES.

Al pasar del formato de procesador de texto a la plataforma no consigo mantener el formato de tabla.

Pueden ponerse en contacto conmigo para solucionar el problema, podría enviarles el documento en formato word por ejemplo

*** ===== Resumen del proyecto 2016/976 ===== ***

Nº de registro: 0976

Título
IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, PALACIN RUIZ PILAR, LOPEZ-CALLEJA ANA ISABEL, GIL PEREZ DESIRE, PASCUAL CATALAN ASCENSION, HUARTE LACUNZA RAFAEL, ABIO LUPON MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Proyectos del Programa de Optimización de Antimicrobianos

PROBLEMA

Las bacteriemias constituyen una infección frecuente y con una mortalidad elevada. Existen factores potencialmente modificables que han demostrado reducir la mortalidad de las bacteriemias, como el tiempo hasta el tratamiento antibiótico, o la administración de tratamiento antibiótico correcto, tanto a guías como a gérmenes. La actuación por parte de facultativos especialistas en enfermedades infecciosas ha demostrado ser eficaz en la mejoría de los resultados.

Los PROA (Programas de optimización de antibióticos) son programas hospitalarios cuyo fin es contribuir a mejorar la utilización de los antibióticos. Su filosofía es la de servir de apoyo a los clínicos en su proceso de toma de decisiones en el tratamiento antibiótico de las enfermedades infecciosas con los objetivos de obtener los mejores resultados clínicos en el tratamiento hospitalario de infecciones, minimizar la frecuencia de eventos adversos relacionados con la utilización de antimicrobianos como la emergencia de resistencia y fomentar la utilización eficiente de los antibióticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

PROA Bacteriemia es una actividad integrada en el Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) del Hospital Universitario Miguel Servet en fase de implantación, cuyo objetivo es lograr mejorar el pronóstico de los pacientes con bacteriemia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer en nuestro medio la mortalidad y estancia hospitalaria relacionada con las bacteriemia.
- Valorar el impacto de las intervenciones que se implementen (las intervenciones se detallan en el punto siguiente). Comparar estos datos con un período anterior sin intervención.
- Identificar oportunidades de mejora para implementar.

MÉTODO

- Diseño de una hoja excel para recoger datos microbiológicos, de tratamiento empírico, definitivo, secuencia, duración, estancia media y mortalidad a 14 y 30 días.
- Elaboración y actualización de recomendaciones básicas disponibles en la intranet (PROA)
- Llamada telefónica estructurada desde el laboratorio con el resultado del cultivo positivo para transmitir resultados y recabar información clínica al médico o la enfermera responsable.
- Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de microbiología para conocer y comentar los resultados y planificar las actuaciones.
- La atención por el clínico del grupo PROA estará enfocada a la valoración clínica tras identificación de germen en jornada ordinaria, aplicando las recomendaciones básicas y mostrando al médico responsable la documentación de la intranet al respecto para realizar docencia por pares:
 - ? Bacteriemia por Staphylococcus aureus sensible o resistente (SAMS/SAMR)
 - ? Bacteriemia por Candida sp
 - ? Bacteriemia por Enterococcus sp
 - ? Bacteriemia por Pseudomonas aeruginosa MDR ó XDR
 - ? Casos derivados de la valoración por necesidad de modificar el tratamiento empírico no adecuado, o de valoración y actuación sobre foco.

INDICADORES

Indicadores de transmisión de la información:

- Tiempo desde la positivización del hemocultivo hasta informe provisional de bacteriemia en intranet y llamada telefónica al facultativo peticionario
- Tiempo desde la positivización y llamada al especialista en Infecciosas

Indicadores de aplicación clínica de la información:

- Hemocultivos de control en los casos indicados (S.aureus, Candida sp.)
- Tiempo hasta el inicio de tratamiento apropiado
- Porcentaje de bacteriemia con intervención del especialista en Infecciosas

Indicadores de resultados clínicos:

- Mortalidad cruda a los 14 días
- Estancia hospitalaria en los pacientes que sobrevivan al ingreso

DURACIÓN

Estudio de la situación, elaboración del proyecto y difusión en los Servicios de Microbiología y Unidad de Enfermedades Infecciosas: Octubre-Noviembre 2016

Diseño y puesta en marcha del registro Excel de recogida de datos: Inicio en Diciembre 2016- Todo el período

Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de Microbiología: Inicio en Noviembre 2016- Todo el período

Evaluación de los indicadores: Abril 2017 (6 meses tras inicio proyecto)-Septiembre 2017

Identificación oportunidades mejora: Todo el período

OBSERVACIONES

Proyecto en la línea del Plan Nacional de Resistencia, a través de proyectos PROA (Programas de Optimización de Antimicrobianos) para mejorar los resultados en salud y disminuir la aparición de resistencias.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1006

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 16/04/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA BIELSA MASDEU
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FIGUERAS VILLALBA MARIA PILAR

ASSO ABADIA ANTONIO

TEJADA MEZA HERBERT

MARTINEZ DELGADO SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado el protocolo de actuación, se han hecho reuniones de difusión del mismo en conjunto con Urgencias, Medicina Interna y Cardiología. El protocolo esta expuesto en la intranet.

Se han adaptado las agendas de arritmias de Cardiología y de Medicina Interna para que sean vistos los pacientes en al misma semana.

Ha habido problemas con bajas laborales prolongadas y de traslados a otros hospitales de los profesionales señalados por lo que el calendario se ha ido adaptando según las circunstancias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la reincorporación laboral de la Jefa de Sección de Urgencias se está pendiente de comparar los datos de los ingresos hospitalarios por síncope en 6 meses tras la incorporación del protocolo en la intranet respecto del mismo periodo anterior y del número de paciente derivados a CCEE de Cardiología (arritmias) y Medicina Interna (diagnóstico rápido) y a domicilio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El calendario propuesto no se ha podido llevar a cabo por causas ajenas al equipo. No obstante, la labor realizada para finalizar el protocolo, su validación y la coordinación de los diferentes servicios implicados ha supuesto un gran esfuerzo, por lo que se está, y se va a seguir trabajando con el objetivo propuesto en el proyecto de mejora de la calida.

7. OBSERVACIONES.

ESTOS SON LOS NOMBRES DE LOS COMPONENTES DEL EQUIPO INICIAL PERO SE HAN PRODUCIDO TRASLADOS EN ESTE PERIODO:

ANA MARCEN MIRAVETE

SUSANA MARTINEZ DELGADO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1006 ===== ***

Nº de registro: 1006

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
BIELSA MASDEU ANA MARIA, FIGUERAS VILLALBA MARIA PILAR, ASSO ABADIA ANTONIO, MARCEN MIRAVETE ANA, TEJADA MEZA HERBERT, MORENO DIAZ JAVIER, MARTINEZ DELGADO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El correcto manejo del paciente con síncope es una importante área de mejora en el HUMS. Supone un 0.9% de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1006

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

consultas urgentes. En el primer semestre del 2016 se atendieron en Urgencias 588 pacientes, de los cuales 396 (67.3%) fueron dados de alta a domicilio, 2(0.3%) se remitieron a consultas externas (CCEE), 158 (27%) ingresaron para estudio, 23 (4%) se trasladaron a otros Hospitales, y 9 (1.5%) se fueron de alta voluntaria. En total, en 167 pacientes (28.5%) fueron hospitalizados. De los ingresados en el HUMS, 62 lo hicieron en Cardiología, 88 en Medicina Interna (M.I.) y 4 en Neurología.

Hemos analizados los datos de los ingresados en M.I. en el segundo semestre del 2010. Hubo 86 pacientes con una media de edad de 73 años, siendo independientes el 84% (72). Solo 2 volvieron a tener un síncope en el ingreso. La estancia media fue de 8.85+/- 4.2 días, con un retraso en la realización de las pruebas complementarias (PC) de 5.27+/-1.18 días. Revisando la historia clínica, consideramos que sólo en 15 casos (12.9%) era necesario el ingreso para el ajuste de tratamiento en los pacientes independientes.

El ingreso de pacientes con síncope sin criterios de gravedad para estudio es un tema controvertido por el alto gasto que supone en cuanto a uso de camas y gasto en personal. En el Servicio de M.I. suponen un 4% del total de ingresos. Teniendo en cuenta los datos de nuestro estudio, si se hubiera llevado a cabo de forma ambulatoria, podríamos haber generado un ahorro de: 59 pacientes x 8,85 días x 900 euros/cama/día= 470000 euros durante los 6 meses de estudio.

Nos planteamos la siguiente línea de mejora:

Creación de un protocolo de actuación ante el síncope aplicando las guías europeas e identificando los pacientes de riesgo.

Protocolización de los criterios de alta, ingreso o estudio ambulatorio.

Disminuir el número de pacientes de estudio hospitalizados.

RESULTADOS ESPERADOS

Que todos los pacientes que acudan a Urgencias por síncope tengan una anamnesis con recogida de datos, exploración física, algoritmo de actuación y PC iniciales homogéneas.

Que una vez concluida la sospecha diagnóstica y gravedad del riesgo sean evaluados por el especialista pertinente si se requiere el mismo día.

Disminuir el retraso en las PC necesarias (ecocardiograma, Holter, EDTSA).

Optimizar la indicación de PC.

Disminuir el tiempo de espera para la valoración ambulatoria (máximo 72 horas).

Disminuir el número de ingresos hospitalarios para estudio.

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar con facultativos de los Servicios de Urgencias, Cardiología, M.I. y Neurología.

Elaboración de un algoritmo de actuación detallado y distribución entre todos los facultativos de Urgencias.

Adaptación de las agendas de las CCEE de la Unidad de Arritmias de Cardiología, Diagnóstico Rápido de M.I. y

Ecodopler de Neurología para asegurar la posibilidad de citación en un máximo de 72 horas, tanto para la realización de las PC como para la valoración clínica.

INDICADORES

Tras la primera reunión del grupo de trabajo multidisciplinar se hará un análisis de los siguientes indicadores; posteriormente de forma trimestral durante el primer año:

Porcentaje de pacientes con aplicación del algoritmo diagnóstico del total de los pacientes con síncope.

Número y porcentaje de pacientes valorados por Cardiología, Neurología y M.I. en la Urgencia.

Número y porcentaje de pacientes derivados a las CCEE de la Unidad de Arritmias de Cardiología, Neurología y M.I. desde la Urgencia.

Tiempo medio transcurrido desde la llegada a Urgencias hasta ser atendidos en las CCEE de dichos Servicios.

Pruebas realizadas en total: número de ecocardiogramas, Holters, EDTSA, mesa basculante por el total de pacientes estudiados.

Comparación del total de pruebas realizadas con las realizadas el mismo periodo del año anterior.

Comparación del total de pacientes ingresados en cada servicio respecto del mismo periodo del año anterior.

Valoración de los diagnósticos ambulatorios.

Valoración de la evolución de todos los pacientes atendidos de forma ambulatoria: repetición del síncope o no en el tiempo de espera de estudio, y consecuencias clínicas si las hubiera.

Cálculo del ahorro generado: estancias hospitalarias, PC.

DURACIÓN

Reunión del grupo de trabajo en Noviembre.

Elaboración de protocolos y algoritmos de Noviembre 2016 a Enero de 2017.

Adecuación de las agendas de las CCEE de Arritmias de Cardiología, Neurología y M.I. en Enero.

Recogida, análisis y puesta en común de los datos a evaluar al final de cada trimestre del 2017.

Difusión del método y resultados en reuniones conjuntas de los 4 servicios en Diciembre del 2017 y en Congresos correspondientes de cada especialidad por medio de comunicaciones cuando se celebren.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1006

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1172

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR FIGUERAS VILLALBA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASIN SAMPER UXUA
ARENAS MIQUELEZ ARANTZAZU
REQUENA CALLEJA MARIA ANGELES
REZUSTA LOPEZ ANTONIO
GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL
GEREZ CARDIEL PILAR
VIÑUELAS LABURTA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Observación y registro de los pacientes portadores de sondaje vesical en el Servicio de Medicina Interna.
- Recogida de datos a través de la historia clínica, previa solicitud de consentimiento informado --> Datos epidemiológicos y los relacionados con el sondaje vesical de forma prospectiva (complicaciones asociadas, urocultivo, hemocultivo).
- Análisis de frecuencia de complicaciones y media de duración de sondaje vesical en días.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES:

- Número de pacientes sondados (nº pacientes sondados x 100/nº ingresados)
- Duración del sondaje vesical (días).
- Porcentaje de pacientes sondados que presentan ITU (nº pacientes sondados con ITU x 100/nº pacientes sondados). Comparar datos del primer año con respecto al segundo.
- Porcentaje de indicación adecuada de sondaje (Número de sondajes que cumplen criterios x100/Número de sondajes totales).
- Porcentaje de indicación adecuada de urocultivos (Número de urocultivos con clínica de ITU x 100/Número de urocultivos totales)
- Porcentaje de pacientes en los que se reevalúa la indicación de sondaje vesical: (Pacientes revisados x 100/ pacientes sondados).
- Antibiótico empírico adecuado: SI/NO.
- Duración adecuada: SI/NO.
- Porcentaje de antibioterapia indicada en pacientes sondados: nº de pacientes con antibiótico indicado x 100/ nº pacientes con antibioterapia.
- Estancia media pacientes sondados/no sondados.
- Recuento de bacteriemias en pacientes portadores de sondaje vesical con urocultivo positivo
- Complicaciones en relación con sondaje vesical (CAITU, hematuria traumática, síndrome confusional, incontinencia urinaria posterior): presencia/ausencia.

RESULTADOS

Todavía estamos en el proceso de recogida de datos previo a la intervención por tanto no estamos en la posición para poder establecer conclusiones en cuanto a la disminución de complicaciones asociadas al sondaje vesical.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

- El sondaje vesical debería realizarse únicamente cuando esté indicado y ser retirado cuando ya no sea necesario para minimizar el riesgo de colonización e infección urinaria.
- El uso inapropiado de antibioterapia en pacientes portadores de sondaje vesical está extendido. El diagnóstico de infección del tracto urinario asociada a catéter requiere una correlación clínica y microbiológica. Evitando así la utilización de antibioterapia en bacteriuria asintomática

RECOMENDACIONES:

- Implementar la comunicación con el médico responsable de la asistencia y valorar signos de infección urinaria.
- Realizar sesiones multidisciplinarias enfermería, facultativos de Medicina Interna y Microbiología para adecuar la colocación de sondaje vesical a las indicaciones aprobadas, realizar la colocación de sondaje vesical en condiciones de asepsia, extracción adecuada de muestras y correlacionar muestras microbiológicas y antibioterapia.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1172

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1172 ===== ***

Nº de registro: 1172

Título
OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Autores:
FIGUERAS VILLALBA MARIA PILAR, ASIN SAMPER UXUA, ARENAS MIQUELEZ ARANTZAZU INMACULADA, REQUENA CALLEJA MARIA ANGELES, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL, GEREZ CARDIEL PILAR, VIÑUELAS LABURTA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLURIPATOLOGÍA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La infección urinaria asociada a sondaje vesical es una de las infecciones mas prevalentes en el medio hospitalario. En torno al 18% de pacientes hospitalizados son portadores de sondaje vesical, de los cuales el 25% presentará una infección de tracto urinario asociada a catéter (CAITU). Un porcentaje importante de pacientes portador de sondaje vesical no presenta indicación para ello. Hay un número limitado de indicaciones aprobadas para el uso de sondaje vesical:

- Retención aguda de orina.
- Cuantificar diuresis en enfermos críticos
- Úlceras en sacro y región perineal en pacientes seleccionados con incontinencia
- Perioperatorio (Cirugía urológica, cirugía sobre estructuras contiguas, monitorización intraoperatoria de diuresis, infusión de volumen y diuréticos durante la cirugía)
- Inmovilización prolongada: (fractura de pelvis, lesionados medulares...)
- Confort en los últimos momentos de la vida.

El sondaje vesical debería realizarse únicamente cuando esté indicado y ser retirado cuando ya no sea necesario para minimizar el riesgo de colonización e infección urinaria. El uso inapropiado de antibioterapia en pacientes portadores de sondaje vesical está extendido. El diagnóstico de infección del tracto urinario asociada a catéter requiere una correlación clínica y microbiológica. Evitando así la utilización de antibioterapia en bacteriuria asintomática.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir el número de pacientes portadores de sondaje vesical: Primer año: reducción del 5%. Segundo año: reducción del 10%
- Disminuir la duración del sondaje vesical. Actualmente no disponemos de datos. Reducción de 2 días en el segundo año respecto al primero.
- Reducir el número de CAITU: tasa de infección urinaria asociada a catéter no disponible. Disminución del número de infecciones en el segundo año respecto al primero.
- Adecuar la utilización de sondaje vesical.
- Adecuar la solicitud de urocultivo a la presencia de signos/síntomas de infección del tracto urinario.
- Reevaluar de forma diaria la necesidad de sondaje vesical
- Disminuir el uso inapropiado de antibióticos: Antibiótico empírico inadecuado; Duración inadecuada; Antibiótico pautado y no indicado
- Disminuir la estancia media hospitalaria en el Servicio de Medicina Interna.
- Valorar el riesgo de bacteriemia secundaria a CAITU
- Disminuir el riesgo de complicaciones en pacientes portadores de sondaje vesical (hematuria traumática, CAITU, síndrome confusional, incontinencia posterior a la colocación de sondaje vesical y consumo de recursos asociado a la misma...).

MÉTODO

La duración del proyecto se estima en dos años con reuniones cada 3 meses para alcanzar los objetivos anteriormente descritos a través de la formación de facultativos y personal de enfermería.

- Formación de facultativos en relación a las indicaciones estrictas para colocar una sonda vesical.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1172

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

- Formación del personal de enfermería en la colocación y mantenimiento de sondaje vesical
- Formación del personal de enfermería en la obtención adecuada de muestras para cultivo microbiológico.
- Protocolizar las indicaciones de tratamiento antibiótico en pacientes sondados con sospecha de infección: Valoración clínica (signos/síntomas de infección de tracto urinario (ITU) en pacientes sondados) y criterios microbiológicos.
- Formación de facultativos en situaciones en las que no está indicado el tratamiento antimicrobiano: la existencia de Piuria sin clínica sugestiva de ITU no es indicación de antibioterapia.

INDICADORES

- Número de pacientes sondados (n° pacientes sondados x 100/ n° ingresados)
- Duración del sondaje vesical (días).
- Porcentaje de pacientes sondados que presentan ITU (n° pacientes sondados con ITU x 100/ n° pacientes sondados). Comparar datos del primer año con respecto al segundo.
- Porcentaje de indicación adecuada de sondaje (Número de sondajes que cumplen criterios x100/Número de sondajes totales).
- Porcentaje de indicación adecuada de urocultivos (Número de urocultivos con clínica de ITU x 100/Número de urocultivos totales)
- Porcentaje de pacientes en los que se reevalúa la indicación de sondaje vesical: (Pacientes revisados x 100/ pacientes sondados).
- Antibiótico empírico adecuado: SI/NO.
- Duración adecuada: SI/NO.
- Porcentaje de antibioterapia indicada en pacientes sondados: n° de pacientes con antibiótico indicado x 100/ n° pacientes con antibioterapia.
- Estancia media pacientes sondados/no sondados.
- Recuento de bacteriemias en pacientes portadores de sondaje vesical con urocultivo positivo
- Complicaciones en relación con sondaje vesical (CAITU, hematuria traumática, síndrome confusional, incontinencia urinaria posterior): presencia/ausencia.

DURACIÓN

El proyecto precisara dos años de duración para su realización: de Mayo 2018 a Abril 2020. Reuniones trimestrales para implementar la formación de facultativos y personal de enfermería. Valoración semanal conjunta (facultativa-enfermería) de los pacientes portadores de sondaje vesical y complicaciones asociadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE PIEDAD ARAZO GARCES
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROC ALFARO MARIA LOURDES
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA
BARBERA PILAR
MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ ANA
GIL PEREZ DESIRE
GOMEZ AURIA MARIA ANGELES
MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización por parte del servicio de microbiología del diagnóstico serológico de VIH en todos los pacientes que se ha solicitado y comunicación personal, vía telefónica, con el facultativo solicitante en caso de positividad.
- Por indicación del facultativo de microbiología el paciente será enviado por su MF directamente a la consulta de Enfermedades Infecciosas y contactará con la Enfermera de la Consulta.
- La Enfermera de la Consulta ese mismo día solicitará confirmación de la infección VIH y estudio básico de primera visita, realizará asesoramiento básico sobre la infección (siguiendo las recomendaciones de GESIDA) y además le dará día y hora en la consulta de alta resolución, aproximadamente en tres 3 días.
- En la primera visita el facultativo realizará la historia clínica, como ya se dispone del estudio básico, indicará TAR, completará el asesoramiento iniciado en enfermería, resolverá dudas y completará el estudio de primera visita. Además se ampliará el estudio a los contactos sexuales si están "localizables".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Estudio retrospectivo descriptivo realizado para valorar el estado inmunológico y virológico de los pacientes diagnosticados de VIH en el año 2018 en nuestro hospital (tercer nivel, referencia de Aragón). Además, y como objetivo secundario pretendía objetivar el tiempo desde el diagnóstico a la indicación del TAR en una consulta estándar (CE) vs consulta de alta resolución (CAR). Para ello, desde el servicio de Farmacia se han recogido todos los pacientes (n=110) que por primera vez se les dispensa TAR en el 2018. De los 50 pacientes naive se valoraron los siguientes parámetros: Características epidemiológicas, Motivo de diagnóstico, Quién diagnostica la infección, CD4 y CV: basal, a las 4-8 semanas, 12-14 semanas y/o última visita. En el ítem "tiempo desde el diagnóstico hasta la indicación del TAR" se valoran dos grupos: Pacientes atendidos en CE (15 pacientes) vs CAR (25 pacientes), siendo excluidos aquellos que recibieron TAR durante el ingreso.

Como resultados más significativos, destaca que el 76% de los pacientes naive fueron hombres, con una edad media de 39,8 años. El principal motivo de diagnóstico fue una relación de riesgo, seguido por síntomas clínicos, ser un paciente inmigrante y presentar un proceso oportunista. Por otra parte, la mayoría de los pacientes son diagnosticados por Atención Primaria o por OMSIDA (ONG de nuestra ciudad que realiza el test rápido), siendo estas entidades las responsables de más del 75% de los diagnósticos (38% respectivamente), siendo el 24% durante la hospitalización.

Además, cabe destacar los datos obtenidos por la consulta de Alta Resolución, permitiendo un acceso precoz al TAR (14 días respecto a 36 días en CE). Otro dato significativo es que el 64% de los pacientes presentaron CD4<350 al diagnóstico (30% <200 CD4), debutando ocho de ellos con una infección oportunista. Hubo dos fallecimientos. Un dato a destacar son los valores basales de carga viral, con cifras muy altas (>1,000,000 c/ml). Sin embargo, a las 12-14 semanas del inicio del TAR, el descenso es muy significativo. Por último, la evolución de los linfocitos CD4 presenta una evolución favorable desde el inicio del TAR, con una cifra media final de 1370. A lo largo del año 2018 se han realizado en el laboratorio 26.562 estudios serológicos de VIH (no todos son del sector II) con resultado positivo de 137 casos, lo que da una incidencia de 5.1/1000 habitantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. La incidencia encontrada justificaría realizar estudio serológico universal
2. en nuestro sector el perfil del paciente con VIH diagnosticado en el año 2018 es: Varón, de edad media, solicita el estudio Atención Primaria, una ONG o se realiza en hospitalización por una infección oportunista, presenta una elevada carga viral, y hay dos terceras partes con muy diagnóstico tardío. Además, la creación de una consulta de Alta Resolución permite acceder de forma más precoz al TAR con beneficio individual y de salud pública.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1261 ===== ***

Nº de registro: 1261

Título
CONSULTA DE ALTA RESOLUCION. OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Autores:
ARAZO GARCES PIEDAD, ROC ALFARO LOURDES, MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, BARBERA GRACIA PILAR, MARTINEZ SAPIÑA ANA, GIL PEREZ DESIRE, GOMEZ AURIA MARIA ANGELES, MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se estima que en nuestro país hay en este momento entre 145000/160000 personas con VIH, de las cuales al menos un 18% desconoce el diagnóstico. Este retraso implica no sólo un problema para la salud del paciente ya que se estima que un 46,5% de los diagnósticos son tardíos, sino también un problema de salud pública por la persistencia de la transmisión, en la actualidad más del 76% es por vía sexual.

Ya desde el año 2016 según todas las guías de consenso la terapia antirretroviral (TAR) se debe indicar a todos los pacientes infectados por el VIH y lo más precoz posible. Está ampliamente demostrado que el TAR no sólo tiene un claro beneficio para el paciente, sino también para la comunidad pues con el control de la viremia plasmática del VIH disminuye de forma significativa la transmisión de este virus en los contactos sexuales de ahí la importancia de un diagnóstico y acceso al tratamiento precoz.

Se pretende con esta línea de mejora acortar los tiempos desde el diagnóstico del VIH hasta el acceso al tratamiento. Habitualmente el circuito se desarrollaba de la forma siguiente

- El Médico de Familia solicitaba el estudio serológico
- Si VIH positivo en el impreso se informaba que solicitara nueva analítica para confirmar dicho resultado
- Tras la confirmación el Médico de Familia remitía al paciente como primera visita para ser visto en la consulta de E. Infecciosas.
- En la primera visita se solicitaba el estudio analítico correspondiente al diagnóstico y se citaba de nuevo al paciente en una segunda visita para recoger resultados.
- En la segunda visita ya se indicaba el TAR

Por tanto el tiempo desde el diagnóstico hasta el acceso al TAR estaba entre 45-65 días

RESULTADOS ESPERADOS

Minimizar los tiempos desde el diagnóstico del VIH hasta el acceso del TAR

Atención médica inmediata para disminuir la ansiedad del paciente recién diagnosticado y realizar asesoramiento al paciente.

Mejora de la derivación desde APS a la consulta de Enfermedades Infecciosas en la atención a los pacientes con VIH.

MÉTODO

- Programar una reunión, desde la dirección de Atención Primaria, una reunión con los coordinadores de los CS para información de esta actividad la mejora.
- Realización por parte del servicio de microbiología del diagnóstico serológico de VIH en todos los pacientes que se ha solicitado y comunicación personal, vía telefónica, con el facultativo solicitante en caso de positividad.
- Por indicación del facultativo de microbiología el paciente será enviado por su MF directamente a la consulta de Enfermedades Infecciosas y contactará con la Enfermera de la Consulta.
- La Enfermera de la Consulta ese mismo día solicitará confirmación de la infección VIH y estudio básico de primera visita, realizará asesoramiento básico sobre la infección (siguiendo las recomendaciones de GESIDA) y además le dará día y hora en la consulta de alta resolución, aproximadamente en tres 3 días.
- En la primera visita el facultativo realizará la historia clínica, como ya se dispone del estudio básico, indicará TAR, completará el asesoramiento iniciado en enfermería, resolverá dudas y completará el estudio de primera visita. Además se ampliará el estudio a los contactos sexuales si están "localizables".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

INDICADORES

Proporción de pacientes diagnosticados con anticuerpos VIH positivos, en función a las determinaciones realizadas.

Ratio entre el número de contactos telefónicos con los facultativos responsables del paciente/pacientes que acuden a la consulta.

Tiempo medio desde el diagnóstico serológico y la de recepción de estos pacientes en la consulta de enfermedades infecciosas.

Tiempo medio desde que el paciente acude a la consulta de enfermería y el acceso al TAR

DURACIÓN

Inicio y desarrollo: A lo largo de todo el 2018, en función de los nuevos diagnósticos.

Cumplimiento de los registros : La base de datos y registro en el sistema se irá realizando de forma paulatina y en paralelo al diagnóstico de nuevos casos.

Control a los pacientes: Durante todo el período en función de los criterios técnicos que marcan los protocolos.

Evaluación semestral de los resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1075

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA RECOMENDACIÓN DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DEL CRÓNICO COMPLEJO DEL SALUD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA SEVIL PURAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO CASTEL CARMEN
GARCIA ARANDA ALFONSO
MARTINEZ BARREDO LUCIA
MOLINERO GONZALEZ BEATRIZ
PARDOS CLAVERIA BARBARA
SUSO ESTIVALEZ CATALINA
UGENCIO ISARRE ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Valoramos los pacientes que ingresaron a cargo de Medicina Interna en el Hospital Miguel Servet desde abril hasta diciembre del 2019 e identificamos los que cumplían criterios de Pacientes Crónicos Complejos (GMA > 97%), que no estaban todavía incluidos en el programa y que pensamos que podrían beneficiarse de su inclusión.

Una vez identificados, lo comunicábamos a la enfermera gestora de la Unidad del Paciente crónico Complejo para que se pusiera en contacto por teléfono o por correo electrónico con la enfermera o médico de Atención Primaria del paciente y dejábamos indicado en el informe de alta la propuesta de inclusión del paciente en el programa del Paciente crónico Complejo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se recogieron 36 pacientes desde abril del 2019 hasta diciembre del 2019. De ellos un 50% eran varones y el otro 50% mujeres. La edad media de los pacientes fue de 82 años (entre un rango de 71 y 101 años), con un Barthel de 55 de media y un Pfeiffer de dos errores. De los 36 pacientes 29 habían sido incluidos hasta el 12 de Enero del 2020 (el 80,5%) y 6 no habían sido incluidos (uno de ellos falleció antes de llegar a incluirse). El tiempo medio desde que se propuso la inclusión del paciente hasta que se llevó a cabo por Atención Primaria fue de 7,7 días. Fallecieron 6 de los pacientes durante los nueve meses del seguimiento (16,6%). 16 pacientes de los 29 pacientes incluidos tuvieron contacto posteriormente con la Unidad de Crónicos complejos (un 55%), bien en consulta o en Hospital de Día en unas dos ocasiones de media. De los pacientes que fueron citados en Hospital de Día los procedimientos más frecuentes realizados fueron: administración de feroterapia en 6 pacientes, tratamiento deplectivo en insuficiencia cardiaca en 3 y administración de inotropos en uno de ellos. También se realizaron transfusiones, administración de antibióticos intravenosos, corticoides, aerosolterapia, y ajustes de medicación oral e insulinas. De los 29 pacientes incluidos 16 (un 55%) acudieron por lo menos una vez a urgencias en estos 9 meses de seguimiento, cuatro de ellos en una ocasión, dos en dos ocasiones y uno en tres. Casi un 80% de los pacientes incluidos (23 de los 29 pacientes) no tuvieron ningún ingreso hospitalario durante el seguimiento, ni en la Unidad de Crónicos Complejos ni en otros servicios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El ingreso hospitalario en Medicina Interna puede ser una buena oportunidad para proponer desde el hospital la inclusión de pacientes crónicos complejos en el programa de Atención del Paciente Crónico Complejo. Con las Unidades de atención a enfermos crónicos complejos(UCC) facilitamos un acceso y una gestión ágil de estos pacientes entre Atención primaria y atención hospitalaria, proporcionando los cuidados adecuados a sus necesidades y al nivel de progreso de su enfermedad e intentando disminuir el número de descompensaciones, las visitas a Urgencias y los ingresos de estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1075 ===== ***

Nº de registro: 1075

Título
DETECCION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA RECOMENDACION DE INCLUSION EN EL PROGRAMA DEL CRONICO COMPLEJO DEL SALUD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1075

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA RECOMENDACIÓN DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DEL CRÓNICO COMPLEJO DEL SALUD

Autores:

SEVIL PURAS MARIA, BUENO CASTEL CARMEN, MARTINEZ BARREDO LUCIA, UGENCIO ISARRE ANDREA, PARDOS CLAVERIA BARBARA, MOLINERO GONZALEZ BEATRIZ, SUSO ESTIVALEZ CATALINA, GARCIA ARANDA ALFONSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Cada vez se incrementa más el número de pacientes crónicos complejos. Éstos se caracterizan por padecer varias enfermedades crónicas, limitantes y progresivas, y asociados a la sobreutilización de los servicios de salud, la polifarmacia y el deterioro funcional, además de los factores socio-familiares que condicionan la complejidad en su atención.

Un 5 % de estos pacientes crónicos complejos suponen casi la mitad del consumo de hospitalización urgente y son los que generan la mayor proporción de ingresos urgentes o no programados en los hospitales.

El modelo de atención del paciente crónico complejo es un modelo de atención específico para pacientes con pluripatología y/o en fases avanzadas de la enfermedad crónica. Propone una atención integral del paciente, fundamentado en la continuidad asistencial a través de objetivos comunes, acciones coordinadas y diálogo entre los equipos de referencia y soporte y dirigido a mejorar la calidad de vida según objetivos consensuados por los equipos asistenciales con los pacientes y sus familiares

RESULTADOS ESPERADOS

- Comprobar qué pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna están tipificados como pacientes crónicos complejos con un GMA > 97%
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales del paciente crónico complejo.
- Mejorar la atención del paciente crónico complejo, enfermo pluripatológico y de avanzada edad que requiere de una gran atención por parte de los servicios sanitarios
- Disminuir agudizaciones mediante seguimiento planificado
- Reducir hospitalizaciones urgentes y estancias prolongadas
- Adecuada indicación y uso proporcionado de los tratamientos

MÉTODO

Pacientes ingresados en Medicina Interna en Hospital Miguel Servet que cumplen criterios de paciente crónico complejo pero no se han incluido en el programa del paciente crónico complejo:

- Se identificarían como Pacientes crónicos complejos en el informe de alta y si es posible con la valoración multidimensional.
- En el apartado de observaciones se daría la recomendación al MAP de incluirlo en el programa de Atención al Paciente Crónico
- Se avisaría a enfermera gestora de la Unidad del Crónico Complejo para que contactara con la enfermera o Médico de Atención Primaria para aconsejar su inclusión

INDICADORES

- Proporción de pacientes que se han incluido en el programa del Crónico Complejo tras las recomendaciones dadas en el informe de alta del ingreso en Medicina Interna
- Número de pacientes que se han incluido y que han sido posteriormente atendidos en la Unidad de Crónicos Complejos y tipo de Atención que han requerido

DURACIÓN

Desde abril hasta diciembre del 2019 recogida de los pacientes crónicos complejos que se beneficiarían de ser incluidos en el programa del Paciente Crónico Complejo y que han ingresado en el servicio de Medicina Interna de Hospital Miguel Servet.

En Enero y febrero del 2020 se revisarían cuantos de ellos han sido incluidos en el programa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1075

1. TÍTULO

DETECCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PARA RECOMENDACIÓN DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DEL CRÓNICO COMPLEJO DEL SALUD

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS ADMINISTRADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA BIELSA MASDEU
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ CONESA MERCEDES PILAR
MORALES MARINA MARIA ANGELES
CASAFRANCA PINILLA MARIA ISABEL
CIPRES SERRANO SUSANA
ROYO PEREZ ANA
FERNANDEZ MAINAR TERESA
MIÑES FERNANDEZ PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó un grupo de trabajo con un facultativo del servicio de medicina interna de la unidad de enfermedades autoinmunes sistémicas y otro de la consulta de inmunodeficiencias primarias junto con 2 enfermeras del hospital de día y 4 del hospital de semana, siendo las enfermeras que más frecuentemente se ocupan de los pacientes en tratamiento con inmunoglobulinas.
Se elaboró el modelo de ficha con los datos a recoger de cada paciente en cada infusión, con las variables que más pueden afectar a la producción de efectos secundarios, como velocidad de infusión, casa comercial, dosis, y otros, así como los efectos secundarios más frecuentemente descritos y los fármacos utilizados para su control.
Se registraron los datos de junio a diciembre de los pacientes de hospital de día en donde se atienden los pacientes con inmunodeficiencias primarias y que requirieron infusiones cada 21-28 días de por vida, y los paciente del hospital de semana con infusiones no periódicas aunque con dosis más elevadas.
Se ha elaborado un manual de manejo del uso de las IGIV teniendo en cuenta las recomendaciones publicadas e incidiendo de forma especial en aquellos aspectos detectados en nuestros pacientes.
Los resultados del análisis de los efectos secundarios se llevó en dos comunicaciones al Congreso Nacional de Medicina Interna. Los resultados del análisis del ahorro de los recursos hospitalarios al cambiar de la vía intravenosa en el hospital a la subcutánea autoadministrada en domicilio se llevó como comunicación al 13 CONGRESO ANECORM ZARAGOZA. Enfermeras coordinadoras de recursos materiales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado el análisis de los siguientes indicadores:
- porcentaje de pacientes con efectos secundarios, tipo de efecto secundario, y tratamiento requerido: en el hospital de día el 50% de los pacientes no presentaron ningún efecto secundario ni han requerido premedicación. El efecto adverso más frecuente ha sido la cefalea, seguido de síndrome gripal y dosalgia. Los corticoides, antihistamínicos y analgésicos han sido los fármacos más prescritos. En 2 pacientes se han controlado con la disminución de la velocidad de infusión. En el hospital de semana al 100% de los pacientes se ha prescrito corticoides y analgésicos
-porcentaje de pacientes a los que se ha conseguido disminuir la premedicación a lo largo del año: en el hospital de día se ha disminuido o suprimido la premedicación a un 60% de los pacientes.
-porcentaje de pacientes que han optado por cambiar de vía de administración con paso a la subcutánea, para evitar los efectos secundarios: actualmente de un total de 58 pacientes con inmunodeficiencias primarias en tratamiento sustitutivo, 37 utilizan la vía subcutánea, autoadministrada en domicilio y sin efectos secundarios en ningún caso. Dicho cambio de vía de administración ha supuesto un ahorro de dos sillones diarios y media enfermera en hospital de día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los efectos secundarios de las inmunoglobulinas intravenosas son frecuentes, pueden depender de diferentes variables del preparado, de la administración y de comorbilidades del paciente, pero no todos los pacientes los van a padecer.
El registro de dichos efectos en nuestros pacientes ha ayudado a constatar y tomar conciencia de dicha situación a nuestro personal de enfermería. Hasta la creación de las consultas monográficas de inmunodeficiencias primarias del adulto en Medicina Interna, todos los pacientes se premedicaban con corticoides y antihistamínico de forma rutinaria, al igual que ocurre en otros servicios y hospitales. La individualización de las medidas a tomar ha supuesto que de los pacientes del hospital de día se haya podido retirar al 50%.
El cambio a la vía subcutánea, aprobada en Aragón en mayo del 2018, se ha confirmado como una excelente alternativa, con la que han desaparecido los efectos adversos sistémicos y además ha supuesto un ahorro importante en la ocupación del hospital de día.
El documento sobre los efectos secundarios de las inmunoglobulinas intravenosas: causas y manejo, así como las comunicaciones a congresos de nuestros resultados, esperamos que sea de gran ayuda para mejorar progresivamente dicho manejo.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS ADMINISTRADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1273 ===== ***

Nº de registro: 1273

Título
OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS ADMINISTRADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

Autores:
BIELSA MASDEU ANA MARIA, PEREZ CONESA MERCEDES PILAR, MORALES MARIN MARIA ANGELES, CASAFRANCA PINILLA ISABEL, CIPRES SERRANO SUSANA, ROYO PEREZ ANA, FERNANDEZ MAINAR TERESA, MIÑES FERNANDEZ PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El correcto manejo de los pacientes en tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) es una importante área de mejora en el HUMS. Prácticamente a diario se atienden pacientes en el hospital de día, el hospital de semana o en las plantas de hospitalización para infusión de IGIV, bien como tratamiento sustitutivo de por vida, cada 2-4 semanas, en las inmunodeficiencias primarias (IDP) o como tratamiento inmunomodulador en algunas enfermedades autoinmunes. De todos ellos, una parte importante están a cargo de especialistas de medicina interna. Los efectos secundarios derivados del tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas se han descrito hasta en el 87% de los pacientes y pueden ser leves (los más frecuentes), moderados o graves. Son más frecuentes en las primeras infusiones y dependen de diferentes factores, entre ellos la concentración de inmunoglobulinas, velocidad de infusión, temperatura del preparado, de factores derivados de la fabricación de las mismas y de ciertos factores de riesgo que puede tener el propio paciente. A menudo los pacientes son premedicados de forma sistemática y de por vida con diferentes fármacos intravenosos como corticoides, analgésicos y antihistamínicos. Esta premedicación a su vez también es causa de efectos secundarios que pueden durar hasta 24 horas.

La aparición de efectos secundarios como disnea, hipertermia, temblor, hipertensión, en un paciente dado ha provocado en algunas ocasiones la suspensión del tratamiento y el desperdicio de un preparado de elevado precio como son las IGIV.

Se ha aprobado en Aragón el uso de preparados de inmunoglobulinas para administración por vía subcutánea para los pacientes con IDP que cumplen determinados requisitos. Con el uso de esta vía desaparecen prácticamente los efectos secundarios sistémicos. El conocimiento de dichos preparados por parte de enfermería puede favorecer que otros pacientes de otras especialidades o en otros hospitales se beneficien de ellos.

Es necesario que en hospital de día y hospital de semana se promueva la mejora del conocimiento de los efectos adversos de las IGIV, los factores que pueden desencadenarlos, como minimizarlos, y qué medidas se pueden adoptar para prevención primaria y secundaria y para su adecuado tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Fomentar el conocimiento de las causas que propician dichos efectos adversos y su adecuado manejo entre el personal de enfermería que atienden a los pacientes de Medicina Interna en tratamiento con IGIV.

Protocolizar el manejo de cada efecto secundario.

Registrar de forma protocolizada la aparición, evolución y manejo de los efectos secundarios en cada infusión.

Disminuir el número y gravedad de efectos secundarios y el uso de premedicación.

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo con un facultativo del servicio de medicina interna de la unidad de enfermedades autoinmunes sistémicas y otro de la consulta de inmunodeficiencias primarias junto con personal de enfermería del hospital de día y del hospital de semana.

Elaboración de un manual de manejo del uso de las IGIV.

Elaboración de la ficha con los datos a recoger de cada paciente en cada infusión.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1273

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS ADMINISTRADAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO

Tras el inicio del proyecto se hará un análisis de los siguientes indicadores:

- porcentaje de pacientes con efectos secundarios, tipo de efecto secundario, y tratamiento requerido
- porcentaje de pacientes a los que se ha conseguido disminuir la premedicación a lo largo del año
- porcentaje de pacientes a los que se ha conseguido suprimir la premedicación a lo largo del año
- porcentaje de pacientes que han optado por cambiar de vía de administración con paso a la subcutánea, para evitar los efectos secundarios

DURACIÓN

Reunión del grupo de trabajo en la segunda quincena de abril del 2019

Elaboración de la ficha con los datos a recoger en mayo

Recogida, análisis y puesta en común de los datos a evaluar al final del tercer trimestre.

Difusión de los resultados en reuniones de enfermería y medicina interna el final del último trimestre y en Congresos cuando se celebren.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1292

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA COLLADOS ABAD
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALDEA CUENCA ELENA
ANDOLZ HORNO MARTA
ALCOLEA HERRERO BEATRIZ
HERNANDEZ SANCHEZ LETICIA
HUERGA IBÁÑEZ DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A principios de marzo de 2019 en la Unidad de Medicina Interna planta 10ª a la que pertenece el Módulo Penitenciario (MP), creamos un grupo de trabajo con la motivación de mejorar la continuidad de cuidados enfermeros entre Atención Especializada (AE) y Atención Penitenciaria (AP). Hasta esa fecha prácticamente no existía comunicación activa entre los centros y el informe de continuidad de cuidados enfermeros se realizaba en pocas ocasiones, con los respectivos problemas que ello conllevaba.

Durante marzo se trabajó realizando revisiones bibliográficas, buscando información y material disponible y preparando la metodología del proyecto. Se preparó una gráfica para recoger los datos necesarios para el seguimiento y valoración de los indicadores:

- Fecha de ingreso y alta.
- Especialidad asignada.
- Informe de continuidad de cuidados (ICC) al ingreso desde el Centro Penitenciario (CP)

(SI-NO).

- Alta de enfermería desde el hospital (SI-NO).
- Necesidad de alta de enfermería (SI-NO)
- Incidencias al ingreso por falta de ICC.
- Posible disminución de días de ingreso gracias a la comunicación intercentros.

Los registros de datos de los pacientes se realizaron desde el 3 de abril hasta el 31 de diciembre.

Se convocó una primera reunión el 1 de abril con los compañeros enfermeros de la planta para comunicarles e informarles sobre el proyecto de mejora y pedir su colaboración. En octubre y diciembre se realizaron nuevas reuniones para comunicar la buena evolución de los datos obtenidos hasta las fechas indicadas.

El 28 de marzo primer contacto con Rebeca Llopis, representante de enfermería del Centro Penitenciario (CP) de Zuera, para exponer el proyecto y saber la opinión del colectivo enfermero de los CPs de Zuera y Daroca.

Durante el mes de abril realizamos una encuesta a las enfermeras de la planta y a las de los CPs para saber la opinión sobre la continuidad de cuidados entre AE y AP. Los resultados tanto de las compañeras de los CPs como del hospital fueron muy parecidos. Un porcentaje muy alto coincidían en que los pacientes pocas veces ingresaban con ICC y estaban de acuerdo en que esto aumenta las incidencias, errores y recursos. El 90% estaban totalmente de acuerdo en que la comunicación entre AE y AP ayuda a dar continuidad a la atención prestada y el ICC resulta una herramienta eficaz de comunicación.

El 9 de mayo tres enfermeras del CP de Zuera vinieron a conocer la estructura y funcionamiento de la Unidad de Custodia Hospitalaria (UCH). Fue la primera reunión in situ entre enfermería penitenciaria y especializada.

Igualmente, el 30 de mayo cuatro componentes del grupo de mejora nos reunimos con las enfermeras en la cárcel de Zuera, conociendo a las compañeras, instalaciones y forma de trabajo del CP.

Las reuniones con el grupo de mejora se realizaron cada mes. Con la enfermera representante de Zuera nos reunimos cada dos meses y mantuvimos una comunicación activa vía telefónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES

- Desde el 3 de abril al 31 de diciembre ingresaron en el MP un total de 105 pacientes. Las especialidades asignadas y número de pacientes fueron:

Medicina Interna: 18. Psiquiatría: 13. Digestivo: 11. C.ORL y Maxilofacial: 11. Cirugía General: 9. Neumología: 9. Cardiología: 5. Neurología: 4. Urología: 4. Infecciosas: 3. Oncología: 3. Vascular: 3. Fx y Tumores: 2. Endocrino: 2. Hematología: 2. COT: 2. CIR Hepatobiliar: 1. CIR Coloproctológica: 1. Cirugía Plástica: 1. C. Torácica: 1.

Estas fueron las especialidades asignadas al ingreso. En algunas ocasiones por el curso clínico del paciente cambiaron de responsable. Hay que tener en cuenta que un tanto por ciento muy alto de estos pacientes tiene un perfil pluripatológico y problemas psiquiátricos.

- Nº de pacientes que se van con ICC al alta/nº de pacientes que precisan de continuidad de cuidados X 100.

Del 3 de abril al 20 de agosto: 30 paciente precisaban de continuidad de cuidados al alta. Se fueron con ICC 2 pacientes. $(2/30) \times 100 = 6,6\%$.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1292

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA

Del 21 de agosto hasta el 15 de octubre: 24 pacientes precisaban continuidad de cuidados al alta. Se fueron con ICC 14 pacientes.
(14 /24) X 100 = 58,3%.

Del 16 octubre al 31 de diciembre: 23 pacientes precisan continuidad de cuidados al alta. Se fueron 29 con ICC. Pensamos que era importante que las compañeras de los CPs supieran del proceso del paciente en el hospital, aunque no precisara de cuidados específicos.
(29 /23) x100 = 126 % de los pacientes que precisaban continuidad de cuidados se fueron con ICC.

El objetivo a alcanzar era del 50%. CONSEGUIDO.

- N° total de altas de enfermería realizadas (del hospital al CP) /N° total de altas X 100

Del 3 de abril al 20 de agosto: De 42 pacientes dados de alta, 2 se fueron con alta de enfermería. (2/42) X100 = 4,7%.

Del 21 de agosto hasta el 15 de octubre: De 27 pacientes dados de alta, 20 se fueron con alta de enfermería.
(20/27) X 100 = 74%.

Del 16 octubre al 31 de diciembre: De 34 pacientes dados de alta (2 fueron exitus), 30 se fueron con alta de enfermería.
(30/34) X 100 = 88,2% de pacientes que se fueron de alta lo hicieron con el alta de enfermería.

El objetivo a alcanzar era 50%. CONSEGUIDO.

- N° total ingresos con ICC desde el CP/N° total de ingresos desde CP x 100.

Del 3 de abril al 20 de agosto: De 42 pacientes que ingresaron desde los CPs 3 llegaron con ICC. (3/42) x 100 = 7,1%.

Del 21 de agosto hasta el 15 de octubre: De 27 pacientes que ingresaron desde los CPs 14 llegaron con ICC. (14/27) x 100 = 51%.

Del 16 octubre al 31 de diciembre: De 33 pacientes que ingresaron desde los CPs 22 llegaron con ICC. (22/33) X 100 = 66,6 % de pacientes que ingresaron en el MP desde los CPs llegaron con ICC.

El objetivo a alcanzar era 50%. CONSEGUIDO.

- N° de pacientes que al ingreso resultaron con incidencias por falta de ICC/N° total de ingresos X100.

Del 3 de abril al 20 de agosto: 14 de los pacientes que ingresaron en el MP sin informe desde el CP produjeron incidencias. (14/42) X100 = 33,3%.

Del 21 de agosto hasta el 15 de octubre: 6 de los pacientes que ingresaron en el MP sin informe produjeron incidencias.
(6/27) X 100 = 22,2%.

Del 16 octubre al 31 de diciembre: 5 de los pacientes que ingresaron en el MP sin informe produjeron incidencias.
(5/33) X 100 = 15% de los pacientes que ingresaron sin ICC produjeron incidencias por falta de información.

Objetivo a alcanzar disminuir las incidencias gracias al ICC un 10%. Han disminuido desde el principio del proyecto en un 18%. CONSEGUIDO.

- Reuniones de trabajo.
Mensuales con el grupo de mejora... SI.
Bimensuales con la representante del CP... SI.
Reuniones in situ CP y HUMS... SI.

- N° de pacientes que disminuyen días de ingreso gracias a la comunicación y coordinación bidireccional.

Del 3 de abril al 20 de agosto: objetivamente ninguno.

Del 21 de agosto hasta el 15 de octubre: 1 paciente.

Gracias a la comunicación entre enfermeras del CP de Zuera y la UCH, un paciente que debía estar en aislamiento hasta conocer resultados pendientes, recibió el alta con las recomendaciones del servicio de M. preventiva, al asumir el CP su aislamiento.

Del 16 octubre al 31 de diciembre: 3 pacientes.

2 pacientes que empezaron a usar inhaladores por primera vez acortaron la estancia gracias a que tras hablar con las compañeras asumieron el adiestramiento en su manejo, así como de otro paciente que empezó a utilizar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1292

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA

insulinas por primera vez.

RESULTADOS

Comenzamos el trabajo en marzo formando un grupo de trabajo con la intención de mejorar la comunicación y los cuidados enfermeros entre AP y AE. Desde el 3 de abril al 31 de diciembre 105 pacientes ingresaron en el MP procedentes principalmente de CP de Zuera y Daroca. Las patologías correspondientes a estos pacientes fueron muy diversas, tanto quirúrgicas como médicas, a lo que hay que sumar que el paciente recluso suele tener un perfil pluripatológico, con altas prevalencia de trastornos mentales y adicciones. Están también sometidos a estrés emocional y grave riesgo de exclusión social, lo que suele llevar asociado que sea un paciente muy demandante. Todo esto se traduce en una gran demanda de cuidados de enfermería. Los primeros cuatro meses mientras preparábamos las reuniones, encuestas y metodología del proyecto, la realización de altas e informes de continuidad de cuidados siguieron la pauta habitual. Por medio de los datos registrados y los indicadores pudimos confirmar que prácticamente no se realizaban altas de enfermería en pacientes que precisaban seguir con cuidados enfermeros en el CP (6,6%). En los últimos meses se están realizando altas incluso a los pacientes que en un principio no precisan continuidad de cuidados, esto es debido a que por sus circunstancias especiales entendemos que es importante mandar información a las compañeras de los CPs sobre el proceso de hospitalización y la medicación administrada el día del alta. Hay que tener en cuenta que en el CP no tienen acceso a la historia clínica del SALUD. Terminamos el año realizando un 90% de altas de enfermería del total de las altas del MP. Desde los CPs ingresaban pocos pacientes con ICC, lo que en bastantes ocasiones se traducían en incidencias, por ejemplo: demandaban tratamiento que decían tomar en la cárcel y no tenían pautado al ingreso, medicación que no les habían dado antes de salir del centro, etc ... Sin informe se pierde tiempo y recursos. Estos pacientes son muy demandantes, hasta llegar en ocasiones a ponerse agresivos y algunos intentan mentir sobre su tratamiento porque utilizan medicación como moneda de cambio en el CP. Al final del año alrededor de un 70% de ingresos llegan con ICC. En ocasiones el informe es enviado por fax cuando el recluso está ingresado por la imposibilidad de las compañeras de mandarlo con el paciente. Con el aumento del ICC al ingreso en el MP, las incidencias al ingreso del paciente descendieron un 18%. Realizamos una reunión con las enfermeras del CP de Zuera en la UCH y otra en la cárcel de Zuera, quizá la actividad más importante para dar fuerza y sentido al trabajo. Las compañeras del CP de Zuera nos enseñaron numerosas facetas que desconocíamos de los reclusos, los problemas que ellas tienen para desarrollar su trabajo y la dificultad para obtener información clínica del paciente ya que no tienen acceso a la historia del SALUD. A su vez pudimos ver su gran potencial como enfermeras de Atención Primaria lo que nos beneficia para la continuidad de cuidados enfermeros del paciente entre AP - AE y posibilidad de disminuir días de ingreso en determinados procesos. Durante los últimos cuatro meses gracias a la comunicación con las enfermeras del CP cuatro pacientes disminuyeron sus días de ingreso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El haber podido realizar este proyecto y haber conseguido los objetivos planteados con éxito ha sido gracias al equipo de enfermeras del MP, planta 10º HUMS. Creemos que es importante dar visibilidad a la enfermería penitenciaria, conocer su trabajo ha sido importante para coordinarnos en la continuidad de los cuidados enfermeros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1292 ===== ***

Nº de registro: 1292

Título
CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA.

Autores:
COLLADOS ABAD ANA CRISTINA, ALDEA CUENCA ELENA, ANDOLZ HORNO MARTA, ALCOLEA HERRERO BEATRIZ, HERNANDEZ SANCHEZ LETICIA, HUERGA IBAÑEZ DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PATOLOGÍAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1292

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA

Otro tipo Objetivos: Generales y específicos

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

El Módulo Penitenciario del HUMS es la Unidad de Atención Especializada de referencia de la población reclusa de las cárceles de Zuera y Daroca principalmente. El número aproximado de esta población es de unos 1800 presos. En nuestra unidad disponemos de 8 camas reservadas para estos pacientes. Los ingresos y las altas se suceden diariamente y el médico responsable de cada interno dependerá de la especialidad designada a cada caso.

El paciente penitenciario suele tener un perfil pluripatológico, con altas prevalencias de trastornos mentales y adicciones. Sometidos a estrés emocional y grave riesgo de exclusión social, lo que suele llevar asociado que sea un paciente muy demandante.

Al ingreso, el paciente llega desde el Servicio de Urgencias o de manera programada custodiado por Guardia Civil o Policía Nacional. Normalmente y en el mejor de los casos la información sanitaria que porta el paciente se limita a describir el proceso agudo por el cual ha sido trasladado al hospital y algunas veces el tratamiento que toma. Consideramos que esta situación puede perjudicar al paciente y conlleva riesgo de errores, pérdida de tiempo y recursos. Al alta hospitalaria ocurre una situación similar, quedando incompleta la información para el centro penitenciario pues no suele incorporarse los cuidados enfermeros realizados o el seguimiento que precisa.

Hay internos que fuerzan los ingresos o reingresos para conseguir un beneficio personal como intentar contactar con familiares, salir de módulos de aislamiento, aumento de medicación... etc. Dichos ingresos podrían ser en algunos casos evitados o reducirse con una buena comunicación entre centros y estableciendo alguna medida de control.

Por lo que consideramos que la información y coordinación entre Atención Especializada y Atención Penitenciaria es imprescindible para la continuidad asistencial y cuidados enfermeros, lo que se traduce en una mejora de la eficiencia y la calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

GENERAL.

Garantizar y mejorar la continuidad de los cuidados enfermeros entre los ámbitos asistenciales Penitenciario ---- Especializada.

ESPECÍFICOS.

1. Clasificar las principales patologías de los internos que ingresan en el módulo.
2. Verificar los cuidados enfermeros que conllevan las diferentes patologías.
3. Conocer el trabajo de ambos entornos asistenciales y potenciar su coordinación.
4. Activar la comunicación bidireccional y asegurar la continuidad asistencial.
5. Garantizar el registro y transmisión de la información y así disminuir la variabilidad en la praxis, errores, tiempo y recursos.
6. Evitar ingresos y reingresos por falta de comunicación y coordinación.

MÉTODO

- Creación del grupo de trabajo.
- Realizar una gráfica en la que se registrará la etiqueta del paciente, patología, incidencias, adicciones y si porta informe de cuidados al ingreso y alta.
- Tras la valoración de los datos anteriores, creación del grupo de trabajo compuesto por enfermeros de las diferentes instituciones penitenciarias y nuestro equipo de personal del módulo penitenciario del HUMS para conocer la estructura de trabajo en ambos servicios (intentar que sea in situ) y consensuar la mejor forma de comunicación entre ambos.
- Implimentar el programa de información y coordinación consensuada en el apartado anterior.
- Valoración del proyecto.

INDICADORES

Indicadores de la primera parte del trabajo

- Nº de pacientes con determinada patología/nº total pacientes x 100.
- Número de incidencias al ingreso por falta de comunicación.
- % de pacientes que deberían seguir cuidados enfermeros al alta.
- % de pacientes que ingresan sin la información precisa.

Indicadores segunda parte del trabajo

- % de registros consensuados cumplimentados para la continuidad de los cuidados al alta (al menos 50%).
- % de registros consensuados cumplimentados al ingreso del paciente (al menos 50%).

Indicadores ambas partes del trabajo.

- Mínimo una reunión bimensual del grupo de mejora.
- Tres reuniones con los compañeros de asistencia penitenciaria.
- Encuesta de satisfacción del personal de enfermería.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1292

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y ATENCION PENITENCIARIA

Abril 2019: formación del grupo de mejora y explicar el proyecto al personal de la unidad. Primer contacto con enfermeros de Zuera y Daroca.
Abril - Agosto 2019: configurar e implementar la gráfica donde se van a recopilar los datos necesarios para realizar los porcentajes de valoración inicial.
Septiembre: recopilación de datos y valoración. Reunión con los compañeros de asistencia penitenciaria. Elaborar el método para la información recíproca (registros consensuados y si se precisa refuerzo telefónico).
Septiembre- Enero: implementación de los registros consensuados de altas e ingresos.
Enero 2020: Reunión del grupo y evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1382

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO SISTEMATICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA PROCEDENTES DE LA UCI

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JESUS MARIA LASSO OLAYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ODRIOZOLA GRIJALBA MONICA
HUESO DEL RIO ENRIQUE
HUICI POLO PATXI
FIGUERAS VILLALBA PILAR
TEJADA ARTIGAS ANTONIO
GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tal y como planteamos en el proyecto 1382 hemos realizado un seguimiento sistemático por parte del servicio de medicina interna de al menos el 90% de los pacientes que han salido de la UCI al servicio de neurocirugía. Esta actividad se ha llevado a cabo mediante el contacto telefónico por parte de la UCI con nuestro teléfono corporativo 48 horas antes de la salida. Nos hemos reunido para comentar los pormenores de la evolución en UCI y el plan a seguir en planta de hospitalización. Habitualmente los propios intensivistas han continuado valorando al paciente en planta de neurocirugía durante 24-48 horas tras el alta de su unidad, pasándonos posteriormente el testigo para continuar nosotros el seguimiento evolutivo de estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador n°1: Número de pacientes al mes que salen de la UCI y seguimos en planta: objetivo cumplido (st 90%).
Indicador n°2: número de pacientes que reingresan en UCI: objetivo cumplido (st menor 4%).
Indicador n°3: número de pacientes que fallecen en planta tras salir de UCI. Excluidos los que tiene limitado el esfuerzo terapéutico. Objetivo cumplido (st inferior al 2%).
Estancia media de los pacientes: comparado con estancias previas no ha habido modificación por lo tanto, objetivo no cumplido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Uno de nuestro propósitos en este proyecto era realizar una encuesta de satisfacción a los familiares y no se ha podido llevar a cabo por falta de tiempo.
La estrecha comunicación entre el servicio de cuidados intensivos y medicina interna reduce en una menor morbimortalidad de estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Sería interesante ampliar esta colaboración a pacientes pertenecientes a otras especialidades.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1382 ===== ***

Nº de registro: 1382

Título
SEGUIMIENTO SISTEMATICO POR PARTE DE MEDICINA INTERNA DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA PROCEDENTES DE LA UCI

Autores:
LASSO OLAYO JESUS MARIA, ODRIOLZOLA GRIJALBA MONICA, HUICI POLO PATXI, HUESO DEL RIO LUIS ENRIQUE, FIGUERAS VILLALBA MARIA PILAR, TEJADA ARTIGAS ANTONIO, GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL, FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología neuroquirúrgica grave
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: -----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1382

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO SISTEMÁTICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA PROCEDENTES DE LA UCI

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes que tras una prolongada estancia en UCI pasan a la planta de neurocirugía adolecen de una gran complejidad que dificulta su seguimiento por parte de los cirujanos. Generalmente han sufrido varias infecciones, muchas veces por gérmenes multirresistentes, un importante deterioro funcional y, si la comorbilidad es importante, suelen presentar con frecuencia descompensación de su patología de base. Todo esto requiere una valoración global que puede ofrecer un internista.

Actualmente el servicio de Geriátrica ofrece atención médica a aquellos pacientes neuroquirúrgicos que tienen una edad de 76 años o más, mientras que el servicio de Medicina Interna atiende a los pacientes de 75 años o menos mediante interconsulta, con las limitaciones que ahora comentaremos.

Por eso desde el servicio de Medicina Intensiva, y con el visto bueno del jefe de servicio de Neurocirugía y la geriatra responsable de Neurocirugía, se contempló la posibilidad de contactar con el servicio de Medicina Interna antes del traslado para que nuestra valoración sea inmediata y no cuando el paciente haya empeorado en planta y seamos avisados de urgencia. Esto último es lo que sucede en muchas ocasiones.

RESULTADOS ESPERADOS

Desde la sección de Medicina Interna de apoyo a los Servicios Quirúrgicos, en colaboración con la UCI y el Servicio de Neurocirugía pretendemos conseguir una menor tasa de complicaciones de los pacientes en la planta de Neurocirugía, anticipándonos a las mismas y que el seguimiento conjunto de dichos pacientes redunde en un mejor pronóstico. Que el canal de comunicación funcione correctamente y seamos avisados a nuestro teléfono corporativo por parte de los intensivistas de la salida a planta de los pacientes con 24-48 horas de antelación. De ese modo podremos hacer la valoración del paciente desde el primer día en planta para anticiparnos a las posibles complicaciones. La población diana serían los pacientes menores de 76 años procedentes de la UCI y con destino a la planta de Neurocirugía.

MÉTODO

Aviso desde la UCI a nuestro teléfono corporativo uno o dos días antes de la salida del paciente a planta para que podamos reunirnos con ellos y conocer la situación del mismo.

Valorar a los pacientes menores de 76 años desde su primer día en planta y seguirlos con la periodicidad que éstos requieran.

Explicar a la familia nuestra labor y tenerla al día de la evolución desde nuestro punto de vista.

Establecer una reunión trimestral de los servicios implicados para establecer las posibles mejoras y los puntos débiles del proyecto.

INDICADORES

Indicadores posibles:

- número de pacientes al mes que salen de la UCI y seguimos en planta. Estándar 90%.
- número de pacientes que reingresan en UCI (comparar con otros años). Estándar < 4%.
- número de pacientes que fallecen en planta tras salir de la UCI (comparar con otros años). Estándar < 2% (se excluyen aquellos en los que se ha limitado el esfuerzo terapéutico)
- estancia media de los mismos (compararla con la previa del mismo tipo de pacientes)
- destino al alta
- número de otros especialistas que tiene que intervenir durante el ingreso.
- encuesta de satisfacción a los familiares.

DURACIÓN

La duración sería de un año desde que sea aprobado el proyecto y, si funciona, prorrogable a los posteriores. Los responsables de la implantación son los servicios implicados. De cada paciente hablaremos primero los intensivistas e internistas y, a diario, si es posible, cuando estemos en planta el internista con el neurocirujano que ese día pase la planta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1388

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL PARA LA AUTOADMINISTRACION DE GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE SUBCUTANEA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES MORALES MARINA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BIELSA MASDEU ANA MARIA
CASAFRANCA PINILLA ISABEL
CASTRO FERNANDEZ BELEN
GRIMA CAMPOS LAURA
MORALES HIJAZO LORENA
ENGUITA QUINTANA EVA
GARCIA SERRANO CONCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó el grupo de trabajo con el facultativo del servicio de medicina interna responsable de la consulta de inmunodeficiencias primarias (IDP) junto con personal de enfermería del hospital de día polivalente.
Se asistió a una sesión formativa en el hospital de día de nuestro hospital y otra en otro hospital de Madrid, ambas organizadas por los laboratorios farmacéuticos.
Se revisaron los manuales de los fabricantes de cada producto y los existentes en otros hospitales y uno elaborado por un paciente.
Se ha elaborado un tríptico con la información previa a la elección del tipo de inmunoglobulina a infundir con explicación básica de en qué consiste y las diferencias fundamentales de interés para el paciente de cada preparado. Efectos secundarios más frecuentes y su manejo. Enlaces de internet a través de los que puedan ver como se realiza la autoadministración de cada preparado. Nombre de la especialista responsable de las consultas de IDP. Datos del Hospital de Día: localización, número de teléfono y nombre de la enfermera de referencia del hospital de día al que deberán acudir para las primeras administraciones y para la formación. Localización, teléfono y horario de Farmacia para pacientes externos.
Se ha pedido a los pacientes que aporten su opinión e ideas de mejora del mismo.
Se ha elaborado un manual para la autoadministración de la IGSC al 20% enfocado al paciente y otro enfocado a enfermería.
Se ha elaborado un manual para la autoadministración de la FIGSC al 10% enfocado al paciente y otro enfocado a enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha entregado el tríptico y manuales a todos los pacientes con nuevos diagnósticos, lo que ha facilitado la elección de la vía de administración según las preferencias individuales y ha aportado seguridad en los procedimientos a seguir.
La satisfacción de los pacientes en cuanto a la información y formación ha sido de 5 sobre 5 en el 100% de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Facilitar la información escrita a los pacientes permite una mejor toma de decisiones y una mayor seguridad al enfermo. La implicación del personal sanitario de enfermería y médico especialista, así como la colaboración de los pacientes en estos procesos, permite alcanzar un mejor resultado. Conocer el grado de satisfacción con esta iniciativa ha sido muy gratificante para todo el equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1388 ===== ***

Nº de registro: 1388

Título
CREACION DE UN MANUAL PARA LA AUTOADMINISTRACION DE GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE SUBCUTANEA

Autores:
MORALES MARIN MARIA ANGELES, BIELSA MASDEU ANA MARIA, CASAFRANCA PINILLA ISABEL, CASTRO FERNANDEZ BELEN, GRIMA CAMPOS LAURA, MORALES HIJAZO LORENA, ENGUITA QUINTANA EVA, GARCIA SERRANO CONCHA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1388

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL PARA LA AUTOADMINISTRACION DE GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE SUBCUTANEA

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La correcta información y adiestramiento en el uso de las inmunoglobulinas subcutáneas (IGSC) en los pacientes con inmunodeficiencias primarias (IDP) es una importante área de mejora en el HUMS. Existen dos preparados disponibles en Aragón, uno de administración semanal (IGSC al 20%) y otro de administración mensual (fSCIG al 10%). Para poder prescribirlos, los pacientes deben cumplir una serie de requisitos concretos. Ambos están indicados como terapia sustitutiva con igual eficacia entre ellas. El modo de administración difiere entre ambas y requiere un entrenamiento previo con personal de enfermería del hospital de día. Personal que a su vez, debe estar específicamente formado.

En las consultas monográficas de IDP de Medicina Interna se atienden a pacientes de nuestro sector y de otros sectores del SALUD que se derivan por sospecha de IDP, y para paso de inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) a IGSC, con el consiguiente incremento del número de pacientes en tratamiento sustitutivo, de aproximadamente uno nuevo al mes. Esta vía de administración tiene dos ventajas principales: se autoadministra en el propio domicilio, hecho importante dado que la mayoría de los pacientes son trabajadores, y tienen muchos menos efectos secundarios que las IGIV.

Dado el creciente número de pacientes atendidos en nuestras consultas con requerimiento de tratamiento con inmunoglobulinas, es necesaria la creación de una guía de actuación en conjunto con enfermería para facilitar la elección del preparado más adecuado a cada paciente y la correcta formación, así como la creación de un manual de ayuda al paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar un tríptico con la información previa a la elección del tipo de IGSC en el que se facilite:
 - Explicación básica de en qué consiste y las diferencias fundamentales de interés para el paciente de cada preparado.
 - Efectos secundarios más frecuentes y su manejo
 - Enlaces de internet a través de los que puedan ver como se realiza la autoadministración de cada preparado.
 - Nombre de la especialista responsable de las consultas de IDP. Datos del Hospital de Día: localización, número de teléfono y nombre de la enfermera de referencia del hospital de día al que deberán acudir para las primeras administraciones y para la formación.
- Elaborar un manual para la autoadministración de la IGSC al 20%
- Elaborar un manual para la autoadministración de la fIGSC al 10%

RESULTADOS QUE SE ESPERAN CONSEGUIR

- Mejorar la formación de dos enfermeras en el manejo de los preparados para la vía subcutánea.
- Facilitar la elección del preparado más adecuado para las capacidades de cada paciente.
- Facilitar el manejo por parte del paciente de los problemas y efectos secundarios que puedan surgir.

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo con el facultativo del servicio de medicina interna responsable de la consulta de inmunodeficiencias primarias junto con personal de enfermería del hospital de día.
Para la elaboración de los manuales, todos los miembros del grupo revisarán los manuales de los fabricantes de cada producto y los existentes en otros hospitales, además tendrán en cuenta las sugerencias de los pacientes atendidos hasta ahora y los que se vayan atendiendo hasta la finalización del proyecto.

INDICADORES

- Tras el inicio de la entrega del tríptico y manuales se hará un análisis de los siguientes indicadores:
 - número de pacientes a los que se ha indicado tratamiento con inmunoglobulinas subcutáneas / número de pacientes que reciben el manual
 - encuesta de satisfacción a cumplimentar por el paciente tras finalizar el periodo de adiestramiento

DURACIÓN

Reunión del grupo de trabajo en la segunda quincena de abril del 2019.
Revisión de los manuales existentes y puesta en común de las sugerencias de los pacientes entre mayo y junio.
Asistencia a una sesión formativa organizada por el fabricante en junio.
Reunión de todo el grupo para poner en común los conocimientos adquiridos y sugerencias en junio.
Elaboración del tríptico a finales de junio.
Elaboración de los manuales a finales de junio.
Entrega de los trípticos y manuales de julio a diciembre del 2019.
Análisis de los resultados finalizado diciembre de 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1388

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL PARA LA AUTOADMINISTRACION DE GAMMAGLOBULINA POLIVALENTE SUBCUTANEA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0552

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE LETICIA DE LA CUEVA BARRAO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABOS OLIVARES DOLORES
ARRABAL MARTINEZ YOLANDA
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
BAILLO MASTRAL PABLO
BERMUDO GARCIA EVA
VICENTE REDONDO SONIA
DIAZ DORMIDO ARTURO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ENERO Reunión grupo de trabajo (acta) + Aplicaciones Siemens .(en consulta telefónica).
Análisis con el Servicio de Física y Protección Radiológica de los valores de referencia de exposición disponibles para los estudios de Medicina Nuclear.
-Se acuerda llevar al formulario del HpDoctor el valor de exposición para gammagrafías calculado para adultos y para grupos de edad previamente calculados con las excel de la Soc de Física Médica (SEFM).
-Leticia Lola y Almudena prepararán los valores a partir del listado de exploraciones del HpDoctor que enviará Pablo. Las exposiciones pediátricas se calcularán para media peso/edad que se consultarán con el Servicio de Pediatría.
•Análisis con Siemens y los Técnicos de Medicina Nuclear las herramientas de exportación de valores de dosis de TC de baja dosis.
- Siemens: el equipo Symbia T puede enviar a PACS registro de dosis generada por CT
- Los Técnicos Eva, Sonia y Arturo, configurarán los protocolos de Symbia para que la información del valor de DLP vaya a PACS ("protocolo de paciente").
- No es posible comunicar PACS y HpDoctor, por lo que por el momento no parece posible llevar de forma automática el valor de exposición del TC al informe médico: Pablo creará en el formulario un campo para seleccionar uno, dos o tres TC (cabeza/tórax/abdomen), de forma que el FEA escriba la DLP, se calcule la exposición y se sume a la de MN.
- Almudena facilitará los valores (coeficientes) y fórmula para el cálculo de estas dosis, que se calculan en función del KV, edad y órgano.
•Dosis en el informe médico
- Se incluirá en el informe médico la dosis de la exploración y la dosis acumulada, indicando la fecha en que se haya recibido
- Lola se encargará de comunicar al Jefe de Archivos/Historias los cambios que es necesario hacer en historia electrónica.
FEBRERO
Comunicación electrónica al grupo de trabajo del avance del objetivo: Servicio de Pediatría: Estándares longitudinales de los niños españoles normales. M. Pombo. Tratado de endocrinología pediátrica España: McGraw-Hill Interamericana 2010
MARZO
Se trabaja con
-Física la fuente a utilizar para el cálculo dosimétrico y la estimación de dosimetría
-Informática: el formulario de HpDoctor. En junio se probará formulario.
-Siemens: coeficientes para el cálculo de dosis TC
JUNIO
-Se expone el desarrollo del proyecto en Sesión en MN (Dra De la Cueva)
-Se informa a DR. Moreno, Jefe de la Unidad de Documentación Clínica y archivos de la necesidad de modificar el formulario e informe clínico de MN.
-Informática da acceso al formulario en pruebas del HpDotor a los FEA y MIR de MN
-Sin incidencias en el funcionamiento del formulario
JULIO
-Se elabora para Citación tabla completa de dosis pediátricas por peso y hoja de cálculo que se ubica en red (Anexo 9 del PGC_MN) y carpeta del Proceso de citación.
-Se elabora formulario Excel para secretaría con herramienta de consulta de dosis pediátrica.
SEPTIEMBRE
-Se elabora carta para difusión del proyecto, que se envía por mail a Jefes de Servicio
-Reunión informativa con DUE y Técnicos de MN
-Mail a FEAs y MIRs MN recordando sistemática formulario nuevo
OCTUBRE
-Entra en funcionamiento el formulario con informe dosimétrico
DICIEMBRE
-Actualización de la documentación ISO con las modificaciones en el PO-01_Z2(E)_MN_Proceso de citación y PO-02_Z2(E)_MN_Proceso diagnóstico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0552

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

PROBLEMAS DETECTADOS EN SU DESARROLLO

No es posible comunicar PACS y HpDoctor, por lo que por el momento no parece posible llevar de forma automática el valor de exposición del TC al informe médico: Pablo creará en el formulario un campo para seleccionar uno, dos o tres TC (cabeza/tórax/abdomen), de forma que el FEA escriba la DLP, se calcule la exposición y se sume a la de MN.

Octubre: Se detecta error en la generación de dosis histórica; se corrige

Diciembre: Se detecta error en exploraciones pediátricas de G ósea en pacientes con bajo peso; se corrige

Diciembre. El informático responsable del proyecto -Pablo Bailo- es desplazado de su puesto de trabajo. El equipo de trabajo desconoce la viabilidad de las mejoras necesarias para actualizar el Proceso; a corto plazo incorporación de un equipo SPECT-TC con TC de 6 cortes y a medio de un PET-TC con TC de 32 cortes, que requerirán modificaciones en el formulario de HpDoctor.

RESULTADOS

Cumplimentación de calendario

Indicador: 100%

Muestreo de conveniencia de informes

Indicador: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Elevado nivel de satisfacción en el grupo de trabajo por haber conseguido el objetivo, a pesar de las adversidades:

1. Dificultades técnicas: los sistemas informáticos de SALUD, PACS/HIS/RIS/HpDoctor tienen incompatibilidades difíciles de sortear

2. Vacío institucional

2.1 Nadie desde SALUD ha parecido preocupado o ha contactado con MN para facilitar el obligado cumplimiento de una norma europea, objetivo de esta acción de mejora que, a más a más, forma o formaba parte de un compromiso con los usuarios: llevar el historial dosimétrico a la "Carpeta de Salud"

2.2 Silencio y ausencia de iniciativa desde la Sociedad Española de Medicina Nuclear para desarrollar herramientas comunes de estimación dosimétrica para el cumplimiento legal

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/552 ===== ***

Nº de registro: 0552

Título
INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

Autores:
DE LA CUEVA BARRAO LETICIA, ABOS OLIVARES MARIA DOLORES, ARRABAL MARTINEZ YOLANDA, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, BAILO MASTRAL PABLO, BERMUDO GARCIA EVA MARIA, DIAZ DORMIDO ARTURO, VICENTE REDONDO SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Todas

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con el objetivo de conseguir la satisfacción de sus clientes -pacientes y profesionales- y con la mejora continua con herramienta fundamental y base de su política de calidad, el Servicio de Medicina Nuclear del HUMS mantiene desde 2011 la acreditación de su SGC bajo la norma ISO 9001:2008

Para el año 2017 y como objetivo de los Procesos clave Diagnóstico y Terapéutico, en el marco de la estrategia de seguridad de pacientes, el Servicio se plantea gestionar el cumplimiento de la Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo Europeo que regula las normas de seguridad básicas para la protección frente al riesgo derivado de la exposición a radiaciones ionizantes en los Estados miembros y que establece que, las disposiciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0552

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

legales, reglamentarias y administrativas necesarias para dar cumplimiento a sus directrices han de estar en vigor "a más tardar el 6 de febrero de 2018". Entre ellas, se incluye la obligatoriedad de justificar la exposición a dosis médicas, informar a los pacientes y registrar y notificar las dosis de exposición de los procedimientos. El Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Miguel Servet recoge en la historia electrónica de cada paciente la dosis de radiofármaco (mCi) administrada en cada procedimiento desde el año 2008, en el que se implementó la realización de informes clínicos en HpDoctor. Sin embargo, en su artículo 58, la Directiva 2013/59/Euratom establece la obligación de incluir en el informe del procedimiento la información relativa a la exposición (dosis equivalente efectiva -mSv-) como valor para el historial dosimétrico que permita al prescriptor disponer de información a la hora de tomar decisiones sobre pruebas complementarias, al Médico Nuclear cumplir los principios de justificación, optimización y control de dosis y que asegure al paciente su derecho a la información. Servicios de salud de algunas comunidades autónomas ya trabajan hace unos años no solo el registro de exposiciones sino el acceso individual de los pacientes a esta información. En nuestro caso, partiendo del proyecto de acceso a la historia individual "Carpeta de Salud" en el que SALUD ya está trabajado, un primer paso puede ser la incorporación del valor de exposición de cada procedimiento en la historia electrónica a través del informe de la exploración en HpDoctor.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo de procesos ISO 9001:2008, en el marco de la estrategia de seguridad de pacientes: implementación del historial dosimétrico para procedimientos de Medicina Nuclear, en cumplimiento de la Directiva 2013/59/Euratom para la protección de la exposición a radiaciones ionizantes, incorporando el valor de exposición de cada procedimiento en la historia electrónica a través del informe de la exploración de Medicina Nuclear.

MÉTODO

1. Análisis con el Servicio de Física y Protección Radiológica de los valores de referencia de exposición disponibles para los estudios de Medicina Nuclear.
2. Análisis con Siemens y con los Técnicos de Medicina Nuclear de las herramientas de exportación de valores de dosis de TC de baja dosis.
3. Análisis con el Servicio de Informática del HUMS de la posibilidad de incorporar el valor de exposición, vinculado a un campo en HpDoctor, con cálculo automático a partir de la edad y dosis.
4. Implementación
5. Puesta en marcha en pruebas
6. Comunicación al personal del Servicio: Jefatura de Servicio
7. Puesta en marcha y difusión del proyecto
8. Evaluación: responsable de calidad

INDICADORES

1. Cumplimentación de calendario con registro en acta de las iniciativas y avances de las reuniones del grupo de trabajo: enero y mayo 2017
Indicador: (Reuniones realizadas/reuniones previstas)*100
Estándar: 100%
Objetivo: 100%

2. Muestreo de conveniencia para evaluación de calidad seleccionando al azar 40 informes de procedimientos en historia electrónica realizados durante el mes de diciembre de 2017 (10 informes de cada semana).
Indicador: (Nº informes con registro de dosimetría en HpDoctor/total informes)*100
Estándar: 100%
Objetivo: 95%

DURACIÓN

1. Enero 2017: Reunión del grupo de trabajo
 - a. Análisis de la situación y necesidades
 - b. Valoración apoyo técnico aplicaciones Siemens
 - c. Asignación de tareas y calendario
2. Enero-mayo 2017:
 - a. Desarrollo
 - b. Reunión del grupo de trabajo
3. Junio 2017: pruebas en HpDoctor
4. Septiembre 2017
 - a. Reunión informativa a los profesionales de MN
 - b. Puesta en marcha
 - c. Difusión
5. Diciembre 2017
 - a. Evaluación
 - b. Reunió de cierre o acciones de mejora en caso necesario

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0552

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES ABOS OLIVARES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES GRACIA ALEJANDRO
ALVAREZ RUIZ SOLEDAD
FALGAS LACUEVA MARINA
DELGADO CASTRO MONSERRAT
TARDIN CARDOSO LETICIA
SANGROS SAHUN MARIA JOSE
RAZOLA ALBA PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), disponía en 2018 de 58 protocolos /procedimientos con el 100% de sus actividades protocolizadas. (ISO 9001:2008 obtenida inicialmente en junio de 2011 (Certificado inicial ES057263-1). La creación de la UCMHMN de Aragón en noviembre de 2017 implicaba como es lógico la existencia de protocolos comunes por lo que se inició este Proyecto de Gestión.

Protocolos existentes en el HUMS con vigencia en 2018:

Terapia 5
Diagnósticos :53

Número total de Protocolos sobre los que se actúa: 58

No se consideran para este análisis y objetivos los Protocolos pendientes de redactar de los que no se disponía en el HUMS, bien por pertenecer a técnicas nuevas o por ser de uso exclusivo en pacientes ingresados que solo se tratan en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB). En total son 4 protocolos (1 Diagnóstico: Gammagrafía en amiloidosis cardíaca) y (3 Terapéuticos: Tratamiento del cáncer de tiroides con 131I, Tratamiento de los tumores de la cresta neural con 131I-MIBG y Tratamiento de los tumores neuroendocrinos con 77Lu) cuya elaboración está en curso .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Antes de adaptarlos el modelo de protocolo fue remitido a la Unidad de Calidad del HCULB quien dio su conformidad. Además, se consideraron algunos aspectos del diseño de los protocolos en dicho Hospital y se incorporaron al modelo al entender que lo mejoraba (por ejemplo, el esquema inicial del procedimiento/protocolo, figura al inicio en el modelo adaptado)

1.- Seleccionados. Se tuvo en cuenta para esta selección el criterio de los más usados y aquellos que tenían que revisarse por criterios de fecha en el HUMS.

2.- Los revisores iniciales se seleccionaron en general del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" puesto que no habían participado en su elaboración inicial. Se les recomendó que no hiciesen revisiones exhaustivas, sino que tuviesen en cuenta fundamentalmente la revisión de las indicaciones, y de la metodología de realización de los diferentes procedimientos. Los sistemas de procesado que diferían en los distintos equipos se acordó suprimirlos y elaborar instrucciones técnicas para cada equipo cuando se considerara necesario.

3.- Los protocolos que se revisaron en profundidad fueron aquellos en los que las Guías clínicas habían sufrido modificaciones significativas desde su redacción (Tratamiento con 223 Ra, rastreo con 131I/123I,)

4.- El revisor inicial figura en cada uno de los protocolos en su última versión junto con las Dras de la Cueva y Abós que los han adaptado a la UCMHMN de Aragón.

5.-En enero de 2018, al comienzo de este proceso en el HUMS existían 5 protocolos en el proceso terapéutico y 53 en el diagnóstico lo que hacía un total de 58. En la tabla 1.- se indican por apartados estos procedimientos. El compromiso de este programa de gestión es de normalizar el 50% en el 2018 lo que se ha conseguido.

6.- Adjuntamos el listado de los protocolos normalizados y remitimos un pdf con cada uno de ellos a las Unidades de calidad de los dos hospitales para que procedan a su difusión . Se han incluido dos hojas informativas iguales en su formato para dirigir al paciente a un hospital concreto. Las dos hojas deberán manejarlas las secretarías de ambos centros pues, aunque de momento se mantienen los criterios de sectorización previos a la constitución de la Unidad, puede que estos se alteren con el inicio de la actividad del PET-TC.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

TABLA 1

PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS	ENERO 2018
CIRCULATORIO	4
DIGESTIVO	11
RENAL	9
CÉLULAS MARCADAS	3
GANGLIO CENTINELA	6
ENDOCRINOLOGÍA	4
INFECCIÓN	2
ONCOLOGÍA	2
PULMÓN	3
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	6
OSTEOARTICULAR	3
TOTAL	53
PROTOCOLOS TERAPEÚTICOS	5
TOTAL	58

Listado de procedimientos normalizados a la UCMHMN de Aragón:

Diagnósticos:

- 1.- Aclaramiento mucociliar
- 2.- BSGC pene
- 3.- Cisternogammagrafía
- 4.- Cistografía directa
- 5.- Cistografía indirecta
- 6.- DATSCAN
- 7.- Filtrado glomerular
- 8.- Receptores de somatostatina
- 9.- Aspiración-deglución
- 10.- Glándulas salivares
- 11.- Hemangioma
- 12.- Hepatobiliar
- 13.- Hepatoesplénica
- 14.- Inervación cardíaca
- 15.- Paratiroidea
- 16.- Perfusión y ventilación
- 17.- Renal
- 18.- Suprarrenal cortical
- 19.- Suprarrenal medular
- 20.-Osea
- 21.-Peritoneal
- 22.- Tiroidea
- 23.- Muerte encefálica
- 24.- Prótesis articulares
- 25.- Rastreo 131I/123I
- 26.- Renograma basal
- 27.- Renograma diurético
- 28.- Renograma postcaptopril
- 29.- Renograma trasplante
- 30.- SPECT de perfusión cerebral

Terapéuticos:

- 1.- Tratamiento con 223-Ra

El compromiso del proyecto para 2018 era como ya se ha mencionado tener normalizados al menos el 50% de los Protocolos /procedimientos (29). Se han normalizado 31 lo que representa el 53,44% del total de los existentes al inicio de 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La uniformidad en el diagnóstico y la terapia de los pacientes debería ser un objetivo global de la sanidad en nuestro país. La UCMHMN de Aragón al integrar en una sola Unidad a los Médicos Nucleares de Aragón lo está intentando y la uniformidad de protocolos consensuados es uno de los primeros pasos. la segunda fase del proyecto que alcanzará al 100% de los protocolos la esperamos conseguir en el 2019

7. OBSERVACIONES.

**POR MOTIVOS DE DISEÑO DE LOS PROYECTOS SOLO PODÍA FIGURAR 1 RESPONSABLE. EN ESTE CASO LA REALIDAD OBLIGA A MENCIONAR QUE LOS RESPONSABLES HAN SIDO 2 DRA ABÓS Y DRA DE LA CUEVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1027 ===== ***

Nº de registro: 1027

Título
NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

Autores:
ABOS OLIVARES DOLORES, ANDRES GRACIA ALEJANDRO, ALVAREZ RUIZ SOLEDAD, FALGAS LACUEVA MARINA, DELGADO CASTRO MONTSERRAT, TARDIN CARDOSO LETICIA, SANGROS SAHAUN MARIA JOSE, RAZOLA ALBA PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología a valorar en un Servicio de Medicina Nuclear
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La creación de la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón representa una oportunidad de mejora en la provisión de servicios altamente especializados, unificando los procedimientos técnicos y homogeneizando la atención al conjunto de la población aragonesa.

RESULTADOS ESPERADOS
- Revisar y actualizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Medicina Nuclear
- Homogeneizar los procedimientos diagnósticos en la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón

MÉTODO
- Selección de los procedimientos que se van a revisar y de los documentos vigentes
- Selección revisor
- Normalización y revisión de los procedimientos
- Puesta en común entre los profesionales de la Unidad
- Incluir sugerencias
- Normalización a la Unidad y envío a las Unidades de Calidad

INDICADORES
-Número de procedimientos revisados/ Número total de procedimientos
2018: 50%
2019: 100%

El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.

La evaluación de indicadores se hará en diciembre de los años 18 y 19

DURACIÓN
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.
La responsable de su implantación será la responsable del programa.
Se evaluarán los distintos protocolos diagnósticos y terapéuticos de la Unidad, comunicándose modificaciones, si las hubiera, a los miembros del equipo.

OBSERVACIONES
Proyecto de la nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón, por lo que implica los dos hospitales universitarios de Zaragoza: HCULB y HUMS y a todas las Sectores sanitarios que abarcan.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES ABOS OLIVARES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ RUIZ SOLEDAD
FALGAS LACUEVA MARINA
DELGADO CASTRO MONSERRAT
TARDIN CARDOSO LETICIA
SANGROS SAHUN MARIA JOSE
RAZOLA ALBA PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 se ha continuado trabajando en la actualización de los protocolos y en la adaptación a un nuevo formato de la UCMHMN de Aragón y se ha actuado sobre el resto de los protocolos sobre los que no se había actuado en 2018. Además se han creado nuevos protocolos y se han desechado, protocolos obsoletos sobre técnicas que no se habían realizado en los últimos 5 años . Hemos incluido además de los diagnósticos todos los protocolos de Terapia. Listado de los procedimientos normalizados:

(Todos los protocolos en formato word y PDF han sido remitidos a las Unidades de calidad de los 2 hospitales para su publicación en las Intranets). Ya figuran actualizados en la Intranet del Sector II

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Adjuntamos el listado de todos los protocolos normalizados en 2019 . Pueden solicitarlos si lo desean a las Unidades de calidad a las que se han remitido u verlos de momento en la Intranet del sector II. Sería deseable que los protocolos pudieran consultarlos TODOS los facultativos de cualquier Hospital /Centros de Salud o Centros de Especialidades de Aragón.

Adjuntamos el listado de los revisados, actualizados o creados durante el 2019 Protocolos terapia normalizados en 2019:

Protocolos Terapia: Sobre los 5 de los que disponíamos al inicio de esta memoria se han contemplado 10 por la inclusión de nuevos tratamientos. De ellos 1 se normalizo en el año 2018 y el resto 9 en el 2019

- 1.- Terapia con 177Lu-DOTATATE
- 2.- TRATAMIENTO DE LESIONES HEPÁTICAS CON RADIOEMBOLIZACIÓN CON 90Y-MICROESFERAS
- 3.- SINOVIOERTESIS ISOTÓPICA DE RODILLA
- 4.-TRATAMIENTO DE LINFOMA NO HODKIN FOLICULAR CON RADIOINMUNOTERAPIA (Zevalin®)
- 5.- TRATAMIENTO DE SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVOS CON 32P-FOSFATO SÓDICO
- 6.-TRATAMIENTO CON MIBG-131I DE TUMORES DE ESTIRPE ADRENAL
- 7.- TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIRODES CON 131I
- 8.-TRATAMIENTO RADIOISOTOPICO DEL DOLOR ÓSEO CON 89S
- 9.- TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO CON 131

Protocolos diagnósticos normalizados en 2019:

Cirugía radioguiada: (5)

- 1.- LINFOGAMMAGRAFÍA
- 2.- LINFOGAMMAGRAFÍA, CIRUGÍA RADIOGUIADA Y BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE CERVIX
- 3.- LINFOGAMMAGRAFÍA, CIRUGÍA RADIOGUIADA Y BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA
- 4.- LINFOGAMMAGRAFÍA, CIRUGÍA RADIOGUIADA Y BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN MELANOMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALRIA DE MEDICINA NUCLEAR

5.-LINFOGAMMAGRAFÍA, CIRUGÍA RADIOGUIADA Y BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE VULVA

Digestivo (7)

6.- DETECCIÓN DE MUCOSA GASTRICA ECTÓPICA

7.- GAMMAGRAFÍA ARTERIAL HEPÁTICA PREVIA A TRATAMIENTO CON RADIOEMBOLIZACIÓN

8.- GAMMAGRAFIA ESPLÉNICA CON HEMATÍES DESNATURALIZADOS

9.- GAMMAGRAFÍA PARA LA DETECCIÓN DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

10.- GAMMAGRAFÍA PARA ESTUDIO DE TRÁNSITO ESOFÁGICO

11.- GAMMAGRAFÍA DE VACIAMIENTO GÁSTRICO DE SÓLIDOS

12.- REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Sistema Nervioso central (1)

13.- SPECT CEREBRAL CON 123I-IODOBENZAMIDA

Cardiología (3)

14.- PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON TECNECIADOS

15.- GAMMAGRAFÍA AMILOIDOSIS CARDIACA

16.- VENTRICULOGRAFÍA ISOTÓPICA EN EQUILIBRIO

VARIOS:

17.-GAMMAGRAFÍA CON GALIO

18.-. GAMMAGRAFÍA CON 99mTc-HMPAO-LEUCOCITOS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

19.- GAMMAGRAFÍA CON 99mTc-HMPAO-LEUCOCITOS EN INFECCIÓN DE PRÓTESIS VASCULARES

PET:

20.- PROCEDIMIENTO GENERAL PET-TC con 18F-FDG EN INFECCIÓN

21.- PET-TC con 18F-FDG EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

22.- PROCEDIMIENTO GENERAL PET-TC con 18F-FDG EN ONCOLOGÍA

23.- PET-TC con 18F-FLUOROCOLINA EN CARCINOMA DE PRÓSTATA

24.- PROCEDIMIENTO PET-TC CEREBRAL CON 18F-? amiloide para 18F-Florbetaben

TOTAL PROCEDIMIENTOS DE LOS QUE PARTÍAMOS :58

TOTAL REVISADOS Y ADAPTADOS EN 2018:31

TOTAL REVISADOS/DECLARADOS OBSOLETOS /CREADOS DE NUEVO:33

TOTAL PROTOCOLOS UCMHMNARAGÓN:64

TOTAL PROTOCOLOS ADAPTADOS UNIDAD:64. 100%

El indicador previsto de normalización del 100% de los procedimientos, está cumplido

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos del proyecto de mejora se han cumplido al 100% aunque la participación de los miembros del equipo de mejora no ha sido homogénea. Quizás en parte porque al depender de varias personas para conseguir la unificación de muchos procedimientos (carga muy importante de trabajo adicional), la delegación de tareas es a veces compleja e ingrata y el responsable del proyecto para conseguir su cumplimiento se atribuye mayor carga de trabajo de la debida

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

Sería conveniente que los protocolos estuviesen a disposición de TODOS LOS FACULTATIVOS ARAGONESES. Por ello probablemente deberían colgar de la INTRANET DEL SALUD ADEMÁS DE LAS DE LAS PROPIAS DE CADA HOSPITAL, puesto que la UCMHMN de Aragón atiende a todos los Sectores

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1027 ===== ***

Nº de registro: 1027

Título
NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

Autores:
ABOS OLIVARES DOLORES, ANDRES GRACIA ALEJANDRO, ALVAREZ RUIZ SOLEDAD, FALGAS LACUEVA MARINA, DELGADO CASTRO MONTSERRAT, TARDIN CARDOSO LETICIA, SANGROS SAHAUN MARIA JOSE, RAZOLA ALBA PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología a valorar en un Servicio de Medicina Nuclear
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La creación de la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón representa una oportunidad de mejora en la provisión de servicios altamente especializados, unificando los procedimientos técnicos y homogeneizando la atención al conjunto de la población aragonesa.

RESULTADOS ESPERADOS
- Revisar y actualizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Medicina Nuclear
- Homogeneizar los procedimientos diagnósticos en la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón

MÉTODO
- Selección de los procedimientos que se van a revisar y de los documentos vigentes
- Selección revisor
- Normalización y revisión de los procedimientos
- Puesta en común entre los profesionales de la Unidad
- Incluir sugerencias
- Normalización a la Unidad y envío a las Unidades de Calidad

INDICADORES
-Número de procedimientos revisados/ Número total de procedimientos
2018: 50%
2019: 100%

El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.

La evaluación de indicadores se hará en diciembre de los años 18 y 19

DURACIÓN
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.
La responsable de su implantación será la responsable del programa.
Se evaluarán los distintos protocolos diagnósticos y terapéuticos de la Unidad, comunicándose modificaciones, si las hubiera, a los miembros del equipo.

OBSERVACIONES
Proyecto de la nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón, por lo que implica los dos hospitales universitarios de Zaragoza: HCULB y HUMS y a todas los Sectores sanitarios que abarcan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALRIA DE MEDICINA NUCLEAR

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0048

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA ESTIMACION DE EXPOSICION DERIVADA DE LOS PROCEDIMIENTOS PET DE MEDICINA NUCLEAR AL INFORME CLINICO DEL PROCEDIMIENTO Y AL HISTORIAL DOSIMETRICO DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE LETICIA DE LA CUEVA BARRAO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Enero/19. Medicina Nuclear elabora un Nomenclátor actualizado de prestaciones de MN para cartera, se incluyen prestaciones PET-TC.

Se lleva a cabo reunión de trabajo con GIPE y Subdirección SSCC: •Se establecen campos de explotación del formulario de informe entre los que estará la estimación de dosimetría PET. •Se acuerda el modelo de informe clínico de la Unidad. •Se incluirá en el informe médico la dosis estimada de la exploración y la dosis acumulada, indicando la fecha en que se haya recibido. •La jefe de la Unidad se encargará de comunicar al Jefe de Archivos/Historias los cambios necesarios en historia electrónica.

Febrero /19 Se revisa en reunión de trabajo MN/GIPE: • Formulario de informe, •Formato de histórico de exposición, •Se concretan criterios de cálculo dosimétrico. •Se comprueba la posibilidad de utilizar los valores de la calculadora de exposición de la Soc americana de Nuclear.

MN y Física trabajan sobre la tabla de valores de dosis de la Sociedad americana de Nuclear, utilizando criterios RADAR de estimación de dosis, revisando el cálculo de la exposición de isótopos, por prestación y para cada grupo de edad en cada prestación y completando las que no se incluyen en ella.

También se revisa estimación de dosis de TC: valores (coeficientes) y fórmula para el cálculo de estas dosis, que se calculan en función del KV, edad y órgano.

Se envían a GIPE los datos definitivos para el cálculo de la exposición.

Se facilita a GIPE listado y NIF de personas que podrán informar.

Marzo •Elaboración técnica de la aplicación por parte de GIPE. •Validación del formulario: Se añade DLP Tronco en adulto = 0.015, Se reduce Dosimetría a 2 decimales, Quitar dosimetría histórica si es 0, Quitar dosimetría en prestaciones de Terapia. •Pruebas. • Formación de FEAS y MIREs.

Abril/19 Se inicia el informe en Historia electrónica y por tanto queda en funcionamiento el traslado de la información dosimétrica de estimación de dosis PET a los informes clínicos.

Julio/19 Se detectan errores en la elección de la prestación al realizar el informe.

Septiembre/19 El formulario carga automáticamente al entrar la prestación realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cumplimentación de calendario de trabajo Indicador: 100%

Estimación dosimetría en informes PET-TC: Indicador: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se detectan en el periodo de pruebas error en el cálculo de dosis de dos prestaciones; se comunica a GIPE, detectando la causa y corrigiéndola.

Tras puesta en marcha, errores aislados en la elección de la prestación al realizar el informe, cogiendo la que por defecto sale primera en el listado; esto lleva a un informe erróneo de la prestación realizada y de su estimación de dosis. Se decide dejar en blanco esa primera prestación del listado para que la persona que informa, se obligue a rellenarlo.

En septiembre, se incluye mejora técnica: el formulario carga automáticamente al entrar la prestación realizada, lo que evita definitivamente errores en el informe.

Excelente trabajo en equipo con Informáticos del Centro Gestión Integrada De Proyectos Corporativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/48 ===== ***

Nº de registro: 0048

Título
INCORPORACION DE LA ESTIMACION DE EXPOSICION DERIVADA DE LOS PROCEDIMIENTOS PET DE MEDICINA NUCLEAR AL INFORME CLINICO DEL PROCEDIMIENTO Y AL HISTORIAL DOSIMETRICO DEL PACIENTE

Autores:
DE LA CUEVA BARRAO LETICIA, ABOS OLIVARES MARIA DOLORES, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, PUEYO FUENTES SUSANA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0048

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA ESTIMACION DE EXPOSICION DERIVADA DE LOS PROCEDIMIENTOS PET DE MEDICINA NUCLEAR AL INFORME CLINICO DEL PROCEDIMIENTO Y AL HISTORIAL DOSIMETRICO DEL PACIENTE

CALDERON CALVENTE MARIA, MARTON AGUIRRE FRANCISCO JAVIER, ALASANZ ELICE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PATOLOGÍA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: MEjora satisfacción de clientes en el marco SGC ISO 9001

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En febrero de 2018 entró en vigor la Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo Europeo que establece la obligación de que "la información relativa a la exposición del paciente sea parte del informe del procedimiento médico-radiológico" (artículo 58b). La norma establece además, para equipos TC instalados a partir de febrero de 2018, transferir la información dosimétrica al informe de la exploración (artículo 60.3f). A la espera de la trasposición nacional de la Directiva europea, en 2017 Medicina Nuclear en el HUMS implementó como objetivo ISO 9001 el registro de la estimación dosimétrica de la exposición a radiación ionizante en los informes de sus procedimientos diagnósticos. En abril de 201 entra en funcionamiento un equipo PET-TC en la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón, por lo que se plantea impulsando la mejora continua, completar el registro de la estimación de dosis en Medicina Nuclear añadiendo la dosimetría derivada de los radiofármacos PET.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo de proceso ISO 9001:2015 en el marco de la estrategia de seguridad de pacientes: mejora del registro e incorporación al informe clínico de la estimación de la exposición por procedimientos de Medicina Nuclear, incluyendo la exposición por administración de radiofármacos emisores de positrones, en cumplimiento de la Directiva 2013/59/Euratom para la protección de la exposición a radiaciones ionizantes.

MÉTODO

? Protocolización, en Medicina Nuclear, de la actividad (mCi) a administrar a pacientes en estudios PET-TC con 18F-FDG y 18F-Colina.

- Análisis con el Servicio de Física y Protección Radiológica de los valores de referencia de exposición disponibles para los estudios PET.
- Análisis con el Servicio de Informática del HUMS y el Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos del SALUD de la posibilidad de incorporar el valor de exposición al informe clínico mediante el cálculo automático a partir del peso o superficie corporal del paciente y la dosis de radiofármaco administrada.
- Implementación
- Puesta en marcha en pruebas
- Comunicación al personal de la Unidad: Jefatura de Servicio
- Puesta en marcha y difusión del proyecto
- Evaluación: responsable de calidad

INDICADORES

1.Cumplimentación de calendario con registro en acta de las iniciativas y avances de las reuniones del grupo de trabajo: febrero y mayo 2019
Indicador: (Reuniones realizadas/reuniones previstas)*100
Estándar: 100% Objetivo: 100%

2.Muestreo de conveniencia para evaluación de calidad seleccionando al azar 40 informes de procedimientos en historia electrónica realizados durante el mes de diciembre de 2019 (10 informes de cada semana).
Indicador: (Nº informes con registro de dosimetría en HpDoctor/total informes)*100
Estándar: 100%
Objetivo: 95%

DURACIÓN

Febrero 2019: Reunión del grupo de trabajo
- Análisis de la situación y necesidades
- Asignación de tareas y calendario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0048

1. TÍTULO

INCORPORACION DE LA ESTIMACION DE EXPOSICION DERIVADA DE LOS PROCEDIMIENTOS PET DE MEDICINA NUCLEAR AL INFORME CLINICO DEL PROCEDIMIENTO Y AL HISTORIAL DOSIMETRICO DEL PACIENTE

- Febrero -mayo 2019:
 - Desarrollo
 - Reunión del grupo de trabajo
- Junio 2019: pruebas en informe
- Septiembre 2019
 - Reunión informativa a los profesionales de MN
 - Puesta en marcha
 - Difusión
- Diciembre 2019
 - Evaluación
 - Reunión de cierre o acciones de mejora en caso necesario

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0891

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS HERNANDEZ NAVARRETE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL
GIMENEZ JULVEZ TERESA
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA
MARCO MARTINEZ MARIA PILAR
GARCIA NAVALON PILAR
TABUENCA ARCE MARIA LUISA
VAZQUEZ HEREDIA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el apartado Mejorar de la gestión de citación:

1. Se ha definido una agenda según tiempo disponible, derivaciones de pacientes y tipo de consulta
2. Se ha escrito el procedimiento de citación
3. No se ha incluido la agenda del servicio de admisión del hospital.

En el apartado Mejorar la continuidad de cuidados

1. Se ha elaborado un modelo de informe de atención de la consulta de pacientes de riesgo, con la información completa y ordenada de la atención al paciente.
2. NO Implementar el informe en HP Doctor, ya que para que eso se implemente tiene que haber agenda abierta en el servicio de admisión del hospital.
3. Se ha tenido que incorporar un informe de respuesta de desestimación de vacunación frente a neumococo a consecuencia de la Instrucción del Gerente del Servicio Aragonés de Salud del 6 de octubre de 2016

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El formato de informe se ha implementado en un total de 501 informes de vacunación (254 en el primer semestre y 247 en el segundo), mejorando la calidad de la información dirigida a especialista y médico de familia. El estándar sobre lo previsto ha sido del 100%.

26 informes de desestimación de vacuna neumococo sobre 58 solicitudes.

Los resultados han sido 0% en la inclusión de agenda dentro del sistema y que el informe se visualice en HP doctor en la Intranet del sector.

El resultado global es de 50%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Del grupo de trabajo de 7 personas, 5 personas no se encuentran dentro del grupo por razones temporales (2) o permanentes (3). El desarrollo de cualquier proyecto con la política de RRHH de la organización, dificulta el desarrollo.

Durante el periodo de 2017, 6 profesionales han entrado y salido de la estructura organizativa de la consulta. Aún con todo la calidad de la información ha mejorado significativamente, y resta mejorar la cobertura, que se abordará el próximo año con la introducción en la intranet del sector

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/891 ===== ***

Nº de registro: 0891

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Autores:
HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, GIMENEZ JULVEZ TERESA, VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA, MARCO MARTINEZ MARIA PILAR, GARCIA NAVALON PILAR, TABUENCA ARCE MARIA LUISA, VAZQUEZ HEREDIA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0891

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Vacunación en grupos de riesgo
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la auditoría interna del SGC, se identificó como área de mejora la gestión de la consulta de vacunación a grupos de riesgos, incluyendo la informatización del informe de consulta en el HP Doctor y la inclusión de la agenda de citas en papel en la agenda del hospital. Valorado por el grupo de calidad, se considera un área prioritaria por el impacto para mejorar la continuidad de cuidados de los pacientes y la gestión de la consulta. Actualmente, la citación a la consulta se realiza en una agenda en papel y una base de datos en Access. La agenda de la consulta de Medicina Preventiva no figura en el sistema informático del hospital, con lo que no se puede realizar una buena explotación de la información de la agenda, otros Servicios no pueden ver las citas pendientes y es difícil identificar los pacientes derivados de compañías, seguros privados, etc, para realizar la facturación a terceros y se duplica el trabajo al citar en papel y tener que meter manualmente la información a la BD en Access.

El otro aspecto fundamental es mejorar la continuidad de cuidados de los pacientes atendidos. La historia clínica es propia de Medicina Preventiva y no es accesible para los especialistas ni para los médicos de Atención Primaria. La comunicación con los especialistas y médicos de Atención Primaria se realiza a través de un informe fotocopiado en papel que el propio paciente lleva a su especialista. El informe se da una vez realizado el estudio para valorar infección tuberculosa latente y programado el calendario vacunal. Esto lleva a que la comunicación con los especialistas no siempre sea completa, puesto que no sabe qué vacunas se han administrado en un momento concreto o cuál es su estado serológico tras la vacunación, ni es suficientemente rápida ni accesible. Este es un primer paso para la inclusión de toda esta información en la historia clínica electrónica que sería el objetivo final.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la continuidad de cuidados del paciente de riesgo, facilitando la comunicación y la transmisión de la información desde Medicina Preventiva a los especialistas y a Atención Primaria y viceversa en aras de la mejora de la atención del paciente.

Disminuir errores y reducir eventos adversos derivados de revacunaciones innecesarias y errores de administración de vacunas motivados por un mal registro.

Mejorar la gestión de la citación de consulta de vacunación de grupos de riesgo.

MÉTODO

Mejorar la gestión de la citación de consulta de vacunación de grupos de riesgo.

? Definir la agenda para la citación informatizada en el sistema del hospital, según tiempo disponible, derivaciones de pacientes y tipo de consulta para una mayor efectividad y eficiencia. Responsable: Jefa de Sección.

? Escribir el procedimiento de citación, incluyendo tipos de consultas distintas (primeras/sucesivas), posibilidades de derivación... Responsables: Facultativos, enfermeras y TCAE.

? Crear una agenda en el sistema de citaciones del hospital. Responsable: Citaciones.

? Implementar la agenda. Responsable: TCAE consulta.

Mejorar la continuidad de cuidados:

? Elaborar un informe de atención de la consulta de pacientes de riesgo, con la información completa y ordenada de la atención al paciente, en HP Doctor que incluya los resultados de las pruebas realizadas para descartar o diagnosticar infección tuberculosa latente (cuando proceda), la información sobre vacunas administradas o pendientes de administrar y el seguimiento serológico del estado inmunitario del paciente.

? Implementar el informe en HP Doctor.

? Responsables: Jefa Sección y Facultativos del Servicio de Medicina Preventiva

INDICADORES

Indicador 1: Se ha elaborado e implantado una agenda de citación incluida en el sistema de citación informatizada del Hospital para la consulta de Medicina Preventiva que está disponible en la citación del hospital.

Indicador 2: % de pacientes nuevos para los que se ha elaborado un informe de alta en HP Doctor de acuerdo con los criterios definidos

DURACIÓN

Informatización informe de consulta de vacunación de grupos de riesgo: noviembre 2016-marzo 2017

Implementación del informe de evaluación y vacunación en pacientes nuevos: marzo-diciembre 2017

Inclusión agenda hospitalaria de la citación de la Consulta de Medicina Preventiva: primer trimestre 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0891

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL CELORRIO PASCUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS
GIMENEZ JULVEZ TERESA
CORTES RAMAS ANA MARIA
GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA
TABUENCA ARCE MARIA LUISA
PEREZ FIGUERA GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diseño del estudio: Primer trimestre 2017.

Análisis casuística y determinar alcance para proyecto. Realizado julio 2017.

Se han definido los controles a realizar en función de los microorganismos MR (Consensuado por Servicios de Medicina Preventiva y Microbiología). Julio 2017

Se ha revisado el protocolo de GMR, aprobado por el grupo de calidad de Medicina Preventiva y Microbiología y enviado a UCA ya la Comisión de Infecciones para su aprobación. Aprobado por Comisión de infecciones diciembre de 2017.

Se han revisado las precauciones de contacto en habitación compartida (elaborado documento). Se ha elaborado el material formativo para las Unidades en precauciones e higiene de manos. Diciembre 2017

Recogida de datos: octubre 2017- abril 2018.

•Se han definido las variables a recoger y se ha diseñado una hoja de seguimiento (F-130_Z2(E)M_MP)

•Se ha diseñado una lista de verificación de las precauciones de contacto (F-126_Z2(E)M_MP)

•Se ha iniciado la recogida de datos de contactos.

Formación Servicios y Unidades: Medicina interna, especialidades Médicas, ULME:

•Se ha elaborado el cronograma de formación para 2018

•Se han iniciado las actividades formativas en precauciones e higiene de manos.

•30/1/2018: 5 TCAE y 4 DUES planta 9 y 5 TCAE y 8 DUE planta 10 Medicina Interna

•6/1/2018: Formación en higiene de manos a 20 enfermeras y auxiliares de plantas 9 y 10 del HG, Medicina interna

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se está desplegando el proyecto, realizando las actividades previstas en el mismo y recogiendo los datos para calcular los indicadores (ver apartado anterior)

En el momento actual no es posible calcular todavía los indicadores de resultado previstos en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se está implantando según lo previsto, si bien ha habido algún retraso en fechas respecto al calendario inicialmente previsto. Se ha ampliado un año su realización y se ha ampliado el alcance a otras Unidades del Hospital no incluidas inicialmente.

La acogida por parte de los Servicios y Unidades ha sido muy buena y entendemos que tiene mejoras en otros aspectos relacionados con la prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (Seguridad de Pacientes) y la mejora de la eficiencia en la utilización de recursos por encima de lo específico del proyecto. Queda pendiente completar la formación a todas las Unidades incluidas, finalizar la recogida de información, análisis de las oportunidades de mejora y elaboración de propuestas a partir de los resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/904 ===== ***

Nº de registro: 0904

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Autores:
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, GIMENEZ JULVEZ TERESA, GUERRERO FERNANDEZ DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

ALBA INMACULADA, LEBRERO ORS PURIFICACION, MARCO MARTINEZ MARIA PILAR, LARRODE PEREZ MARTA, ALCANTARA FERNANDEZ ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención infecciones relacionadas con asistencia sanitaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las resistencias a los antibióticos y el aumento de gérmenes multirresistentes (GMR) se han convertido en un problema de primera magnitud en todo el mundo, motivados por la mayor presión antibiótica y el peor control de la transmisión. En HUMS, al aumento de resistencias se ha unido la incorporación de estrategias de búsqueda activa de GMR mediante los cultivos de vigilancia (pej. en reingresos de pacientes con GMR previos, resistencia Zero en UCIs...) para identificar precozmente a estos pacientes y minimizar la transmisión cruzada; y el uso de criterios microbiológicos más sensibles para considerar un microorganismo como multirresistente. El resultado es un incremento considerable de pacientes con gérmenes multirresistentes a los que es necesario aplicar precauciones para evitar la transmisión.

Las principales Guías internacionales (CDC 2006) recomiendan establecer precauciones de contacto, incluyendo habitación individual o aislamiento de cohortes de forma rutinaria para prevenir y controlar la transmisión de cualquier germen multirresistente. Es conocido que el aislamiento de los pacientes en habitación individual incrementa los costes, aumenta las cargas de trabajo y puede derivar en efectos negativos para el paciente (depresión y ansiedad, angustia, menor tiempo de dedicación del personal sanitario, retrasos y reducción de la calidad de los cuidados, aumento de eventos adversos (sin tener en cuenta infecciones) o menor satisfacción con la asistencia. De forma adicional, la aplicación generalizada de esta medida en hospitales con muy pocas habitaciones individuales implica bloquear camas limitando el ingreso de otros pacientes desde urgencias, ingresando a otros fuera de las Unidades indicadas por falta de disponibilidad de camas, cancelar intervenciones quirúrgicas o dar altas desde Unidades de Cuidados Intensivos a plantas de hospitalización.

Organizaciones de reconocido prestigio de Irlanda y Nueva Zelanda (2012) establecieron criterios para asignar o no habitación individual para pacientes con GMR. Con esta base y con la evidencia de que la aplicación rigurosa de las precauciones estándar y la limpieza y desinfección del medioambiente hospitalario y limpieza, desinfección/esterilización del instrumental clínico son la base para prevenir la transmisión, en 2014 se establecieron en el HUMS unos criterios basados en el tipo de microorganismo y resistencias, presencia de factores del paciente que favorecen la transmisión o riesgo para posibles contactos según el tipo de Unidad, para decidir en qué casos establecer precauciones de contacto compartiendo habitación.

Tras dos años de aplicación de estos criterios, si bien tenemos la percepción de que no han aumentado las infecciones cruzadas en estos casos, no tenemos información precisa sobre tasas de infección o colonización cruzada, qué factores son los que tienen más influencia en la transmisión o cuáles son las dificultades que encuentran en las Unidades para aplicar estas medidas.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: Mejorar la gestión de los aislamientos de pacientes hospitalizados en los que se aíslan gérmenes multirresistentes

Objetivos secundarios

Evaluar los resultados de la aplicación del protocolo de aislamiento de contacto en habitación compartida en pacientes con gérmenes multirresistentes:

- Cuantificar los riesgos para los pacientes con los que comparten habitación de establecer precauciones de contacto en habitación compartida.
- Identificar los factores de riesgo asociados a la transmisión.
- Identificar los principales problemas que generan este tipo de aislamientos en las Unidades.

Revisar el protocolo en función de las áreas de mejora detectadas para mejorar la eficiencia en la utilización de recursos (reducir camas bloqueadas..), mejorar la seguridad del paciente adecuando las medidas en función de los riesgos (para reducir la transmisión cruzada) y evitar los efectos negativos para el paciente derivados de aislamientos innecesarios.

MÉTODO

Diseñar estudio de evaluación: FEAs

Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: FEAs

Recogida de datos: DUEs, TCAEs

Evaluar los resultados: FEAs

Rediseñar el protocolo: FEAs

INDICADORES

Indicador 1: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han colonizado por ese GMR

Indicador 2: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han infectado por ese GMR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Indicador 3: Se han identificado los factores con mayor peso en el riesgo de transmisión
Obtención datos para cálculo: ficha recogida datos

DURACIÓN

- Diseño del estudio: 1er trimestre 2016
- Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: abril 2016
- Recogida de datos: mayo-diciembre 2016
- Informatización y análisis de los resultados: 1er trimestre 2017
- Revisión del protocolo: 2º trimestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL CELORRIO PASCUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS
DEL CURA BILBAO ALICIA
LAPRESTA MOROS CARLOS
CORTES RAMAS ANA MARIA
MARTINEZ GONZALEZ DE UBIETA CAROLINA
GUERRA PILAR
GIMENEZ JULVEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diseño del estudio: Primer trimestre 2017.
Revisión y actualización protocolo de GMR y presentación para su aprobación a la Comisión de Infecciones: junio-diciembre 2017.
Formación personal de Unidades: enero-noviembre 2018.
Observación cumplimiento higiene de manos en los 5 momentos de la OMS: noviembre 2017-diciembre 2018.
Evaluación de la implantación de las precauciones para prevenir la transmisión: enero-diciembre 2018.
Evaluación estructural cumplimiento de las precauciones (listado de comprobación): noviembre 2017-diciembre 2018.
Selección de casos, identificación de contactos, programación de frotis: agosto a diciembre 2018.
Realización de frotis epidemiológicos para evaluar la transmisión: agosto a noviembre 2018.
Recogida y mecanización de datos: agosto-diciembre 2018.
Realización de informes de resultados: noviembre-diciembre de 2018.
Análisis de barreras durante la implantación del proyecto y para su continuidad, realización de informe con barreras identificadas y plan de mejora: diciembre 2018.
Presentación resultados a responsables a las supervisoras de las Unidades: 17 de enero 2019.
Revisión y mejora del protocolo y funcionamiento del proceso: diciembre-enero 2019.

Material elaborado:

Se ha actualizado la cartelería de precauciones de contacto en habitación compartida.
Material formativo en precauciones para prevenir la transmisión, higiene de manos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

• Indicador 1: % de Unidades en las que se ha realizado formación
o Definición: N° de Unidades en las que se ha realizado formación en Higiene de manos y precauciones para prevenir la transmisión/total de Unidades incluidas en el proyecto
? Fuente: registro específico formación
? Meta: >90%
? Resultado: 16/16: 100%
? N° de sesiones formativas realizadas: 30
? N° de profesionales formados: 364

• Indicador 2: % de pacientes con GMR a los que se aplican precauciones de contacto en habitación compartida
o Definición: N° de pacientes con GMR que han compartido habitación/total de pacientes que cumplen criterios para poder compartir habitación
? Fuente: registro específico
? Meta: >90%
? Resultado:
• N° de pacientes con GMR que han compartido habitación: 18
• Total de pacientes que cumplen criterios para poder compartir habitación: 40
• % de pacientes que han compartido habitación: 45%.

• Indicador 3: % de estancias en la segunda cama utilizadas
o Definición: N° de estancias en la segunda cama utilizadas /total de estancias posibles en la segunda cama si siempre se hubieran aplicado las precauciones en habitación compartida
? Fuente: registro específico
? Meta: >70%
? Resultado:
• N° de estancias utilizadas en el periodo:150
• N° de estancias posibles: 753
• % de estancias aprovechadas: 20%

• Indicador 4: Porcentaje de contactos que se han colonizado por el GMR
o Definición: N° de pacientes colonizados/total de contactos a riesgo.
? Fuente: registro propio. Informes microbiología.
? Meta: <10%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

- ? Resultado:
- N° de contactos colonizados: 0
- Total de contactos a riesgo: 26
- % de contactos colonizados por GMR: 0%
- Indicador 5: Porcentaje de contactos que se han infectado por el GMR
- o Definición: N° de pacientes infectados/total de contactos a riesgo.
- ? Fuente: registro específico
- ? Meta: <5%
- ? Resultado:
- N° de contactos infectados: 0
- Total de contactos a riesgo: 26
- % de contactos infectados por GMR: 0%

Valoración de resultados

Desde el punto de vista de la eficiencia, la aplicación de la estrategia de aplicar precauciones de contacto en habitación compartida mediante un sistema de selección de pacientes en función del riesgo de transmisión, nos hubiera permitido ganar un máximo 753 estancias en el periodo de agosto a diciembre de 2018. La utilización de las camas generadas ha supuesto una ganancia real de 150 estancias en el periodo seguido, si bien el porcentaje de aprovechamiento de las estancias generadas ha sido sólo del 20%, por debajo de las metas inicialmente marcadas. El otro aspecto fundamental a evaluar, el de la seguridad del paciente, nos ha permitido constatar que ningún paciente se ha colonizado ni infectado por el mismo GMR del caso en el periodo seguido, lo que es un importante resultado para confirmar la seguridad de la estrategia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades formativas se han valorado positivamente tanto por los Servicios/Unidades como por parte de Medicina Preventiva, puesto que se consideran fundamentales tanto para la mejora el cumplimiento de las precauciones para prevenir la transmisión cruzada de gérmenes multirresistentes, como para el feed-back de información entre Servicios y Unidades. En este sentido, se van a continuar en 2019 como parte de la estrategia de mejora establecida.

El análisis de barreras, realizado con informadores clave, nos ha permitido identificar los aspectos que generan más dificultades y resistencias para aplicar esta estrategia y se han definido medidas para mejorar el cumplimiento de las precauciones y la utilización de las estancias en 2019.

La formación y la difusión de los resultados a los Servicios/Unidades ha generado tranquilidad en los profesionales en cuanto a los riesgos percibidos para los contactos, reforzando la idea de que es una estrategia segura con los criterios y precauciones indicadas.

Aunque el seguimiento del proyecto supone un aumento de cargas de trabajo en el Servicio de Medicina Preventiva, dado el interés del mismo y con objeto de evaluar las acciones de mejora implantadas, se van a continuar monitorizando los resultados en 2019.

Como aspectos pendientes, creemos que sería interesante establecer una estrategia informativa a pacientes y cuidadores, que despeje dudas sobre las medidas tomadas y los riesgos para los contactos.

Desde el punto de vista de la replicación, creemos que puede ser perfectamente aplicable a otros hospitales, previo el oportuno análisis de las circunstancias particulares de cada Centro y con la estrategia de despliegue adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/904 ===== ***

N° de registro: 0904

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Autores:
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, GIMENEZ JULVEZ TERESA, GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA, LEBRERO ORS PURIFICACION, MARCO MARTINEZ MARIA PILAR, LARRODE PEREZ MARTA, ALCANTARA FERNANDEZ ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Otro Tipo Patología: Prevención infecciones relacionadas con asistencia sanitaria

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las resistencias a los antibióticos y el aumento de gérmenes multirresistentes (GMR) se han convertido en un problema de primera magnitud en todo el mundo, motivados por la mayor presión antibiótica y el peor control de la transmisión. En HUMS, al aumento de resistencias se ha unido la incorporación de estrategias de búsqueda activa de GMR mediante los cultivos de vigilancia (pej. en reingresos de pacientes con GMR previos, resistencia Zero en UCIs...) para identificar precozmente a estos pacientes y minimizar la transmisión cruzada; y el uso de criterios microbiológicos más sensibles para considerar un microorganismo como multirresistente. El resultado es un incremento considerable de pacientes con gérmenes multirresistentes a los que es necesario aplicar precauciones para evitar la transmisión.

Las principales Guías internacionales (CDC 2006) recomiendan establecer precauciones de contacto, incluyendo habitación individual o aislamiento de cohortes de forma rutinaria para prevenir y controlar la transmisión de cualquier germen multirresistente. Es conocido que el aislamiento de los pacientes en habitación individual incrementa los costes, aumenta las cargas de trabajo y puede derivar en efectos negativos para el paciente (depresión y ansiedad, angustia, menor tiempo de dedicación del personal sanitario, retrasos y reducción de la calidad de los cuidados, aumento de eventos adversos (sin tener en cuenta infecciones) o menor satisfacción con la asistencia. De forma adicional, la aplicación generalizada de esta medida en hospitales con muy pocas habitaciones individuales implica bloquear camas limitando el ingreso de otros pacientes desde urgencias, ingresando a otros fuera de las Unidades indicadas por falta de disponibilidad de camas, cancelar intervenciones quirúrgicas o dar altas desde Unidades de Cuidados Intensivos a plantas de hospitalización.

Organizaciones de reconocido prestigio de Irlanda y Nueva Zelanda (2012) establecieron criterios para asignar o no habitación individual para pacientes con GMR. Con esta base y con la evidencia de que la aplicación rigurosa de las precauciones estándar y la limpieza y desinfección del medioambiente hospitalario y limpieza, desinfección/esterilización del instrumental clínico son la base para prevenir la transmisión, en 2014 se establecieron en el HUMS unos criterios basados en el tipo de microorganismo y resistencias, presencia de factores del paciente que favorecen la transmisión o riesgo para posibles contactos según el tipo de Unidad, para decidir en qué casos establecer precauciones de contacto compartiendo habitación.

Tras dos años de aplicación de estos criterios, si bien tenemos la percepción de que no han aumentado las infecciones cruzadas en estos casos, no tenemos información precisa sobre tasas de infección o colonización cruzada, qué factores son los que tienen más influencia en la transmisión o cuáles son las dificultades que encuentran en las Unidades para aplicar estas medidas.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: Mejorar la gestión de los aislamientos de pacientes hospitalizados en los que se aíslan gérmenes multirresistentes

Objetivos secundarios

Evaluar los resultados de la aplicación del protocolo de aislamiento de contacto en habitación compartida en pacientes con gérmenes multirresistentes:

- Cuantificar los riesgos para los pacientes con los que comparten habitación de establecer precauciones de contacto en habitación compartida.

- Identificar los factores de riesgo asociados a la transmisión.

- Identificar los principales problemas que generan este tipo de aislamientos en las Unidades.

Revisar el protocolo en función de las áreas de mejora detectadas para mejorar la eficiencia en la utilización de recursos (reducir camas bloqueadas..), mejorar la seguridad del paciente adecuando las medidas en función de los riesgos (para reducir la transmisión cruzada) y evitar los efectos negativos para el paciente derivados de aislamientos innecesarios.

MÉTODO

Diseñar estudio de evaluación: FEAs

Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: FEAs

Recogida de datos: DUEs, TCAEs

Evaluar los resultados: FEAs

Rediseñar el protocolo: FEAs

INDICADORES

Indicador 1: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han colonizado por ese GMR

Indicador 2: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han infectado por ese GMR

Indicador 3: Se han identificado los factores con mayor peso en el riesgo de transmisión

Obtención datos para cálculo: ficha recogida datos

DURACIÓN

- Diseño del estudio: 1er trimestre 2016

- Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: abril 2016

- Recogida de datos: mayo-diciembre 2016

- Informatización y análisis de los resultados: 1er trimestre 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

- Revisión del protocolo: 2º trimestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1108

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO (IQZ)

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA CORTES RAMAS
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ NAVARETE MARIA JESUS
LAHUERTA LORENTE LOURDES
CANTIN BLAZQUEZ SONIA
MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD
DUQUE MALLÉN MARIA VICTORIA
NEGREDO QUINTANA ISABEL
ALONSO ESTEBAN MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A continuación, se presenta un resumen del estado de las diferentes actividades previstas en el proyecto "Seguridad del paciente: Infección Quirúrgica Zero (IQZ)":

- Revisar y diseñar un registro con la información adecuada para permitir la evaluación de las medidas implantadas para la prevención de infección de herida quirúrgica. Al revisar los registros realizados en cada intervención quirúrgica, observamos que se cumplimentaban diferentes formatos (hoja de circulante, check list quirúrgico, hoja de acogida...) y algunos ítems se recogen en formatos diferentes y otros no se recogen adecuadamente. Por ello se ha diseñado un borrador de un formato que permita simplificar la recogida de datos y favorecer así su cumplimentación. Dicho documento se encuentra pendiente de valoración y aprobación si procede.
- Formar al personal sanitario. Desde 2018 se han llevado a cabo un total de 9 sesiones para formar a todo el personal de enfermería y facultativos del bloque quirúrgico. Sin embargo, los diferentes procesos de cambio de personal acontecidos nos obligan a realizar nuevas sesiones para formar al personal de nueva incorporación, estando pendiente la elaboración de un cronograma de sesiones.
- Por otro lado, dado que en la web del proyecto IQZ no se dispone de formación específica y remite a la formación del programa "Cirugía segura", se están llevando a cabo los trámites para inscribir al hospital en este programa y poder acceder así a la formación.
- Proponer la introducción y uso de dispositivos que permitan la implementación del paquete de medidas propuestos en el bundle de IQZ. Se está gestionando la adquisición de aplicadores desechables de clorhexidina para la antisepsia de campo quirúrgica.
- Realizar auditoria del grado de cumplimiento y calidad de los datos recogidos en los nuevos registros. No se ha realizado puesto que está pendiente la aprobación de un formato definitivo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aunque no se ha podido realizar la medición de los indicadores con la nueva hoja de datos, se presentan los resultados de los indicadores disponibles hasta el momento:

- Porcentaje de registro de tiempo de incisión en el registro quirófono. Se establece un estándar de =90%. De las 217 historias evaluadas, correspondientes a intervenciones quirúrgicas realizadas entre el 4 y el 8 de noviembre, sólo en el 31% de los casos se registra la hora de la incisión, con lo que no se cumple el objetivo establecido.
- Adecuación global de la profilaxis AB. Se establece un estándar de =85%. El grado de cumplimiento global para todos los servicios quirúrgicos en 2019 se valora retrospectivamente mediante la revisión de historias clínicas de las intervenciones realizadas entre el 4 y el 8 de noviembre de 2019. El resultado obtenido es de adecuación de profilaxis en el 84,1%. Sin embargo, si nos referimos a los servicios quirúrgicos implicados en IQZ los resultados son 89,7% para cirugía general (la sección de coloproctología el grado de cumplimiento es del 94,2%), 97,3% en Traumatología (en la sección de rodilla es del 98,2%) y 85,7% en Ginecología. Señalar que estos datos se refieren a intervenciones quirúrgicas programadas con grado de contaminación limpia, limpia-contaminada y contaminada. Como se observa, se supera ampliamente el estándar establecido en todos los casos
- Cumplimiento global de la aplicación de Clorhexidina Alcohólica (CA) y la Cumplimiento global de la eliminación del vello. No se dispone de datos ya que no se ha podido implantar el nuevo formato.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque se han empezado a dar los primeros pasos en el proyecto IQZ, todavía quedan aspectos pendientes como:

- Aprobación e implementación de la nueva hoja de recogida de datos para facilitar la cumplimentación de la misma y evitar duplicidades.
- Adquisición de aplicadores desechables de clorhexidina que faciliten la correcta antisepsia de campo quirúrgico.
- Se deben tomar medidas para la correcta cumplimentación de los tiempos quirúrgicos, entre los que se encuentra el momento de la incisión.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1108

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO (IQZ)

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1108 ===== ***

Nº de registro: 1108

Título
SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFECCION QUIRURGICA ZERO (IQZ)

Autores:
CORTES RAMAS ANA MARIA, HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, LAHUERTA LORENTE LOURDES, CANTIN BLAZQUEZ SONIA, MARCELLAN RALDUA NATIVIDAD, DUQUE MALLÉN MARIA VICTORIA, NEGREDO QUINTANA ISABEL, ALONSO ESTEBAN MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Artrosis de rodilla, patología colón y ginecológicas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección de lugar quirúrgico (ILQ), supone un importante problema para la seguridad de los pacientes, y es una de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria más frecuentes. Es por ello que el Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos (PRAN), en su línea estratégica III (Prevención en Salud Humana), incluye "la prevención de la infección del lugar quirúrgico". Dentro de este apartado se hace especial desarrollo al proyecto de Infección Quirúrgica Zero (IQZ). Por otra parte, el PRAN trabaja en permanente colaboración con la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para ampliar el alcance de los programas de prevención ya existentes y desarrollar nuevas iniciativas. El proyecto IQZ está incluido en el Programa 3 de la Estrategia de Seguridad del paciente y recoge un paquete de medidas de probada eficacia en la reducción de la infección de herida quirúrgica.

El HUMS se incorporó al proyecto en 2018. Durante ese año, se realizó un estudio que puso de manifiesto una serie de debilidades en el sistema de información que no permitían evaluar correctamente las medidas propuestas en el bundle: en el 70% de los registros de quirófano no figura el tiempo de incisión; no se registra, ya que no existe un campo específico, el tipo de antiséptico utilizado para la antisepsia del campo quirúrgico y, aunque se registra la realización de la eliminación del vello, no se registra la calidad/adecuación del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir la infección de herida quirúrgica en los procedimientos de prótesis de rodilla, cirugía de colon y ginecología.
- Adecuar los sistemas de información de HUMS de modo que permitan evaluar la adecuación de las medidas de prevención.
- Mejorar la cultura de seguridad de los profesionales sanitarios en las unidades de implantación del proyecto.

MÉTODO

- Revisar y diseñar un registro con la información adecuada para permitir la evaluación de las medidas implantadas para la prevención de infección de herida quirúrgica.
- Formar al personal sanitario en la importancia de la recogida y cumplimentación correcta de los registros.
- Formar a los profesionales de enfermería en seguridad del paciente para la prevención y control de la infección de herida quirúrgica.
- Proponer la introducción y uso de dispositivos que permitan la implementación del paquete de medidas propuestos en el bundle de IQZ.
- Realizar auditoría del grado de cumplimiento y calidad de los datos recogidos en los nuevos registros.
- Evaluar el seguimiento de las medidas básicas IQZ

INDICADORES

INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR
•	Porcentaje de registro de tiempo de incisión en el registro quirófono:	
-	Nº de registros en los que tiempo de incisión/Nº de registros evaluados	
-	Estándar: =90%	
•	Adecuación global de la profilaxis AB:	
-	Nº de IQ con la profilaxis adecuada/Nº de intervenciones evaluadas	
-	Estándar: =85 %	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1108

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO (IQZ)

- Cumplimiento global de la aplicación de Clorhexidina Alcohólica (CA):
 - N° de IQ con adecuado uso de CA/ N° de intervenciones evaluadas
 - Estándar: 50%
- Cumplimiento global de la eliminación del vello:
 - N° de IQ con adecuada eliminación vello/ N° de intervenciones evaluadas
 - Estándar: 50%

DURACIÓN

- Diseñar un registro con la información adecuada a las necesidades de seguridad y legislativas.
 - Responsables: Ana M^a Cortés Ramas, Lourdes Lahuerta Lorente, Natividad Marcellán Raulda y Sonia Cantín Blazquez
 - Tiempos previstos: 2 meses
- Formación en profesionales de enfermería para la correcta y completa cumplimentación de variables.
 - Responsables: Ana M^a Cortés Ramas, M^a Jesús Hernández Navarrete, Natividad Marcellán Raulda y Sonia Cantín Blazquez
 - Tiempos previstos: 1mes
- Adquisición de aplicadores de antiséptico.
 - Responsables: Lourdes Lahuerta Lorente, Natividad Marcellán Raulda
 - Tiempos previstos: 1mes
- Estudio a través de muestreo de evaluación de cumplimiento criterios básicos IQZ.
 - Responsables: Ana M^a Cortés Ramas y M^a Jesús Hernández Navarrete
 - Tiempos previstos: 1mes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1190

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACION DEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CON PRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA GIMENEZ JULVEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS
CORTES RAMAS ANA MARIA
LAPRESTA MOROS CARLOS
SERRANO TRILLO INMACULADA
MARTINEZ GONZALEZ DE UBIETA CAROLINA
GARCIA ORTEGA MARIANA
USON LUCEA SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estructura

- Se han revisado los diferentes bloques quirúrgicos para detectar las necesidades estructurales previas a la implantación de higiene prequirúrgica con PBA
- Se ha coordinado con las supervisoras implicadas la colocación de carteles, relojes y dispensadores para la implantación de higiene prequirúrgica con PBA en los bloques quirúrgicos A+ B + CMA+ Hospital Materno Infantil + Paritorios + Salas blancas Consultas Externas (en total unas 50 ubicaciones).
Pendiente su extensión de salas blancas de CME Ramon y Cajal y San Jose, radiología intervencionista, hemodinámica, electrofisiología.

Formación

Las actividades previstas se van a desglosar según los destinatarios de las acciones

A) Personal de Enfermería

- Se ha diseñado material formativo para higiene de manos (presentación ppt)
- Se ha realizado un cronograma de formación en Unidades de Enfermería en colaboración con Supervisores.
Realizando un total de 34 sesiones destinadas a personal de enfermería y TCAEs.

B) Personal no sanitario (celadores)

- Se ha diseñado material formativo para higiene de manos (presentación ppt).
- Se han impartido 4 cursos de formación acreditados a celadores acreditados con 10 horas por curso en las siguientes fechas
20/02/2019 21/02/2019
11/03/2019 12/03/2019
20/05/2019 21/05/2019
21/10/2019 22/10/2019

Se han formado un total de unos 80 celadores.

C) Personal de limpieza

- Se ha participado en el diseño de materiales de formación con los responsables de formación del Servicio de Limpieza que se ha realizado la semana del 11 al 15 de noviembre de 2019 y cuyo título era LIMPIEZA DE QUIRÓFANOS Y ZONAS CRÍTICAS HOSPITALARIAS.

D) Bloque Quirúrgico

- Se ha diseñado el material formativo para higiene de manos prequirúrgica (presentación power point, actualización del protocolo de higiene de manos HUMS, poster formativo sobre la técnica).
- Se ha realizado formación en Servicios quirúrgicos: 20 sesiones
- Se han realizado 2 sesiones de formación de formadores para profesionales de enfermería de bloques quirúrgicos

Evaluación

Se ha realizado la evaluación del cumplimiento de higiene de manos y prequirúrgica mediante observación: en total en 20 unidades.

Está pendiente proporcionar feed-back de los resultados observados y establecer las acciones de mejora que se incorporarán en la memoria de actividades de higiene de manos 2019 prevista entrega en primer trimestre del 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sobre estructura:

Diseño material formativo realizado: SI.

Se ha diseñado ppt formativo, poster formativo sobre técnica y actualización del protocolo de higiene de manos HUMS.

- Implantación estructura higiene prequirúrgica (instalación de dispensadores con soportes accionados con codo, relojes y posters formativos en bloques quirúrgicos): Realizada en coordinación con los Servicios Técnicos y las casas comerciales.

• Sobre formación

o Personal de Enfermería:

Cursos realizados en todas las Unidades de Enfermería: SI. 34 sesiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1190

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACION DEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CON PRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA

% Profesionales formados (estándar >65%): 318/1024: 31,05%
o Celadores:
Cursos realizados: SI. 4/4: 100% de los cursos previstos. aprox 80 profesionales formados
o Bloque Quirúrgico:
Cursos realizados en todos los servicios: SI. 20 sesiones.
% Profesionales formados (estándar >65%): Se han formado 372 cirujanos /480: 56%.

Sobre la evaluación del cumplimiento higiene de manos e higiene prequirúrgica de manos mediante observación y proporcionar feed-back resultados
Se ha realizado la evaluación del cumplimiento en 20 unidades. Queda pendiente realizar la observación en todas las unidades formadas, se continuará durante 2020.

% Observación de correcta cumplimentación (estándar >80%)
Se han evaluado 505 observaciones de las cuales 23,37% eran correctas.
Una vez finalizadas las observaciones previstas en 2020 se procederá a informar a los servicios formados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante 2019 se implementado la estrategia de higiene prequirúrgica de manos con PBA en nuestro centro, dotando al mismo de la estructura y formación necesaria. Lo que ha conllevado la formación de 372 cirujanos de los bloques quirúrgicos. Además en las Unidades de Enfermería se han formado 320 profesionales y hemos ampliado la formación a la categoría de celadores muy demanda por sus responsables.
Se precisa continuar formando al resto de los profesionales pero al ser actividades voluntarias se ha de replantear la estrategia formativa para completar el estándar propuesto.
Es preciso continuar con las observaciones de una correcta técnica en los bloques quirúrgicos y una vez finalizadas las evaluaciones realizar una memoria de higiene de manos para informar a los servicios/unidades tanto de la formación como de los resultados de la observación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1190 ===== ***

Nº de registro: 1190

Título
CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACION DEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CON PRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA

Autores:
GIMENEZ JULVEZ TERESA, HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, CORTES RAMAS ANA MARIA, LAPRESTA MOROS CARLOS, INMACULADA SERRANO TRILLO, MARTINEZ GONZALEZ DE UBIETA CAROLINA, GOÑI BILBAO ITXASO, GARCIA OTEGA MARIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dirigido a profesionales sanitario y no sanitarios.
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las manos del personal sanitario son el principal mecanismo de transmisión de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. La correcta higiene de manos es una medida imprescindible y eficaz para evitar la transmisión de dichas infecciones. El Servicio de Medicina Preventiva lleva desarrollando la Estrategia de Higiene de Manos (estrategia nacional e internacional) en el centro desde sus inicios, años 2005-2006. Durante este año 2019 se ha planteado la importancia de una consolidación de la estrategia mediante la formación y observación de los profesionales sanitarios del centro, la ampliación de la formación a otros profesionales no sanitarios como celadores y personal de limpieza y el despliegue de la higiene prequirúrgica de manos con productos de base alcohólica ya que presentan una mayor eficacia en la eliminación de la flora transitoria de nuestras manos, logran un efecto residual inhibiendo el crecimiento de la flora permanente, mejoran la dermatolerancia cutánea, ahorran tiempo y reducen costes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1190

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACION DEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CON PRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA

RESULTADOS ESPERADOS

- Impartir formación en higiene de manos a los profesionales del Hospital Universitario Miguel Servet (facultativos, personal de enfermería, celadores, personal de limpieza en colaboración con su empresa)
- Evaluar el cumplimiento de higiene de manos post formación mediante la observación directa de los profesionales.
- Implantar la estructura para la realización de higiene prequirúrgica con PBA en los bloques quirúrgicos y otras áreas
- Realizar formación específica en higiene de manos prequirúrgica en bloques quirúrgicos.
- Evaluar el cumplimiento de higiene de manos prequirúrgica con PBA mediante la observación directa de los profesionales.

MÉTODO

Estructura

- Revisar los diferentes bloques quirúrgicos para detectar las necesidades estructurales previas a la implantación de higiene prequirúrgica con PBA
- Coordinar con las supervisoras implicadas la colocación de carteles, relojes y dispensadores para la implantación de higiene prequirúrgica con PBA

Formación

Las actividades previstas se van a desglosar según los destinatarios de las acciones

A) Personal de Enfermería

- Diseño material formativo para higiene de manos (presentación ppt)
- Realizar cronograma de formación en Unidades de Enfermería en colaboración con Supervisores.

B) Personal no sanitario (celadores)

- Diseño material formativo para higiene de manos (presentación ppt).
- Impartir cursos de formación acreditados a celadores. Previstos 4 cursos acreditados (10 horas por curso).

C) Personal de limpieza

- Participar en el diseño de materiales de formación con los responsables de formación del Servicio de Limpieza

D) Bloque Quirúrgico

- Diseño material formativo para higiene de manos prequirúrgica (presentación power point, protocolo de higiene de manos, poster formativo sobre la técnica).
- Realizar formación en Servicios quirúrgicos (total sesiones previstas: 22 sesiones).
- Realizar sesión de formación de formadores para profesionales de enfermería de bloques quirúrgicos (total sesiones previstas: 2)

Evaluación

- Realizar evaluación del cumplimiento de higiene de manos y prequirúrgica mediante observación.
- Proporcionar feed-back de los resultados observados y establecer acciones de mejora

INDICADORES

- Diseño material formativo realizado: SI
- Implantación estructura higiene prequirúrgica (instalación de dispensadores con soportes accionados con codo, relojes y posters formativos en bloques quirúrgicos): Realizada.

Realizar formación

o Personal de Enfermería:

Cursos realizados en todas las Unidades de Enfermería: SI

% Profesionales formados (estándar >65%)

o Celadores:

Cursos realizados: SI

o Bloque Quirúrgico:

Cursos realizados en todos los servicios: SI

% Profesionales formados (estándar >65%)

- Realizar evaluación del cumplimiento higiene de manos e higiene prequirúrgica de manos mediante observación y proporcionar feed-back resultados (segundo semestre 2019).

Realizar evaluación del cumplimiento en todos los servicios: SI

% Observación de correcta cumplimentación (estándar >80%)

DURACIÓN

Año 2019

- Diseño material formativo: enero
- Implantación estructura higiene prequirúrgica (instalación de dispensadores con soportes accionados con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1190

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS A TRAVES DE FORMACION Y OBSERVACION DEL CUMPLIMIENTO PARA SU MEJORA. IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE PREQUIRURGICA CON PRODUCTOS DE BASE ALCOHOLICA

codigo, relojes y posters formativos en bloques quirúrgicos): marzo, abril y mayo

- Realizar formación
- o Personal de Enfermería: distribuidas sesiones a lo largo del año
- o Celadores: Febrero, Marzo, Mayo y Octubre
- o Bloque Quirúrgico: Marzo a Julio
- Realizar evaluación del cumplimiento higiene de manos e higiene de manos prequirúrgica mediante observación y proporcionar feed-back resultados (segundo semestre 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1418

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA Y LA UCSI DEL HUMS

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE TERESA GIMENEZ JULVEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARZO MOLES MARIA
VILLAMON MARTIN RAQUEL
ROYO DIAZ SARA
BLASCO BORDEJE MERCEDES
ASENSIO AROSTEGUI ROSA
FERRANDIZ MAHIQUES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos prequirúrgica con solución hidroalcohólica y actualización del protocolo: realizado
2. Consenso y elaboración de la sesión formativa para el personal de enfermería del bloque quirúrgico: realizado por médico especialista de M. preventiva.
3. Selección de los dispensadores adecuados para el producto y de los puntos apropiados de instalación en los lavabos quirúrgicos: realizado por personal de m. preventiva y supervisoras y coordinadora bloque quirúrgico.
3.b. Colocación de los mismos: solicitud al Servicio de Mantenimiento
4. Distribución de carteles informativos de la técnica y relojes para controlar el tiempo mínimo de aplicación del producto en los antequirófanos, junto los dispensadores: realizado.
5. Realización de sesiones dirigidas a los profesionales del bloque quirúrgico. Formador de formadores. Se realizaron 2 sesiones de formación de formadores entre los meses de abril y mayo (25/04/2019 y 02/05/2019)
6. Realización de sesiones en el área en UCSI en el mes de mayo y en bloque quirófono A también 2 sesiones (23/05/2019 y 21/11/2019).
7. Valoración del cumplimiento de la técnica con las soluciones y evaluación de resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualización del protocolo- Realizado
Elaboración marco teórico de la sesión formativa: Realizada
Colocación dispensadores en área quirúrgica- Colocados
Distribución cartelería/ relojes_ Realizado
Sesiones formador de formadores- se han impartido 2 sesiones con 15+13=28 alumnos que van a realizar la formación de formadores.
Sesiones en la UCSI y bloque A impartidas por formadores:
UCSI 26/33= 78,78% personal formado
BLOQUE A= 52/55=94,54% personal formado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han cumplido los objetivos previstos en cuanto a despliegue de la estrategia y formación.
Se precisa la ampliación de la formación al 100% de la plantilla de personal de enfermería tanto de enfermeras como TCAE.
Se evaluará la correcta realización de la técnica de higiene prequirúrgica con productos de base alcohólica mediante estudios de observación a realizar durante primer semestre de 2020 en los bloques quirúrgicos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1418 ===== ***

Nº de registro: 1418

Título
IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA Y LA UCSI DEL HUMS

Autores:
GIMENEZ JULVEZ TERESA, MARZO MOLES MARIA, VILLAMON MARTIN RAQUEL, ROYO DIAZ SARA, BLASCO BORDEJE MERCEDES, ASENSIO AROSTEGUI ROSA MARIA, FERRANDIZ MAHIQUES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1418

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA Y LA UCSI DEL HUMS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tradicionalmente, la higiene prequirúrgica de manos se ha realizado con cepillo y jabón antiséptico de Povidona Iodada o Clorhexidina, pero en la actualidad, en base a la evidencia científica, la recomendación es realizar la higiene prequirúrgica de manos con solución hidroalcohólica, por la mejor tolerancia cutánea de los usuarios y su mayor eficacia antimicrobiana que los métodos tradicionales en cuanto a la reducción de unidades formadoras de colonias (ufc) y mayor efecto antimicrobiano residual. Se ha demostrado que mantiene la microbiota debajo del guante mejor controlada que con la técnica clásica de lavado, ya que siempre se produce una nueva contaminación de la superficie de la mano al emerger los microorganismos desde sus reservorios en glándulas sudoríparas y folículos pilosos. Con las soluciones hidroalcohólicas la recontaminación se retarda, obteniendo recuentos muy bajos de ufc, cercanos a cero, en improntas de dedos, incluso en intervenciones largas. Dentro de este marco conceptual es prioritario implantar las últimas recomendaciones científicas disponibles en relación a la higiene prequirúrgica de manos en las unidades del bloque quirúrgico de traumatología y la UCSI.

RESULTADOS ESPERADOS

General
Implantar las soluciones de base alcohólica para el lavado de manos quirúrgico.

Específicos:

Mejorar la eficacia del lavado de manos,
Disminuir las dermatitis asociadas al uso de productos de lavado convencional

MÉTODO

1. Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos prequirúrgica con solución hidroalcohólica y actualización del protocolo
2. Consenso y elaboración de la sesión formativa para el personal de enfermería del bloque quirúrgico
3. Selección de los dispensadores adecuados para el producto y de los puntos apropiados de instalación en los lavabos quirúrgicos. Colocación de los mismos.
4. Distribución de carteles informativos de la técnica y relojes para controlar el tiempo mínimo de aplicación del producto en los antequirófanos.
5. Realización de sesiones dirigidas a los profesionales del bloque quirúrgico. Formador de formadores
6. Realización de sesiones en el área.
7. Valoración del cumplimiento de la técnica con las soluciones y evaluación de resultados.

INDICADORES

Actualización del protocolo- Realizado
Elaboración marco teórico de la sesión formativa: Realizada
Colocación dispensadores en área quirúrgica- Colocados
Distribución cartelería/ relojes_ Realizado
Sesiones formador de formadores- Se formará al 100% de los formadores del bloque
Sesiones en la UCSI y bloque A- Se formará como mínimo al 50% de las enfermeras

DURACIÓN

Actualización del protocolo- Enero 2019
Elaboración sesión formativa: 1º Trimestre 2019
Colocación dispensadores en área quirúrgica_ 1º semestre 2019
Distribución cartelería / relojes_ 1º semestre 2019
Sesiones formador de formadores_ 1º semestre 2019
Sesiones en la UCSI y bloque A- 2º semestre 2019
Evaluación resultados- Diciembre 2019

En las diferentes líneas participarán todos los miembros

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1418

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA HIGIENE DE MANOS PREQUIRURGICA CON SOLUCION HIDROALCOHOLICA EN ELBLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA Y LA UCSI DEL HUMS

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1486

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLANTACION DEL SISTEMA AUTONOMICO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRURGICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS LAPRESTA MOROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL
CORTES RAMAS ANA MARIA
GUERRERO DIAZ PILAR
TABUENCA ARCE MARIA LUISA
OVIEDO ALFARO JUAN CARLOS
GIMENEZ JULVEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Participación en el desarrollo del protocolo autonómico de vigilancia de ILQ. Actividad a realizar por el grupo Grupo de IRAS dentro del proyecto IRASPROA. Se han realizado varias reuniones en el marco del Grupo de IRAS dentro del proyecto IRASPROA. Las fechas de dichas reuniones fueron el 18/12/2018, 30/4/2019, 26/6/2019 y 10/10/2019. Hay acta de todas ellas, en todas asistió algún miembro del equipo y resultó en la elaboración del "PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA (ILQ) EN ARAGON" aprobado el 30/4/2019.

2. Participación en el diseño y validación de los formularios de la HCE para el registro de la vigilancia de ILQ. Se ha mantenido contacto estrecho tanto en persona como vía correo electrónico entre miembros del equipo y la empresa contratada por el Departamento de Sanidad para la implementación informática de la vigilancia de ILQ en la HCE de Aragón.

3. Adaptación del actual sistema de vigilancia de ILQ del SMP del HUMS al sistema de vigilancia autonómico: Se ha trabajado y se sigue trabajando en la modificación de la documentación del sistema ISO 9001:2015 del Servicio de Medicina Preventiva del HUMS. La documentación nueva será aprobada en futuras reuniones del Grupo de Calidad del Servicio.

4. Diseño de un calendario de vigilancia de ILQ que permita cumplir tanto los requisitos de la RENAVE, como los objetivos acordados entre el SMP y los servicios quirúrgicos objeto de la vigilancia. Se han realizado reuniones dentro del servicio y, en caso necesario, con algunos servicios quirúrgicos (Cirugía Vasculard, Neurocirugía...) y se ha acordado el calendario de vigilancia de ILQ en el HUMS. Dicho calendario está plasmado en la documentación interna del servicio.

5. Impartir formación al personal encargado de llevar a cabo la vigilancia en el HUMS. Dicha formación incluirá tanto el conocimiento del protocolo de vigilancia de ILQ como el manejo del registro en HCE: Se han realizado 2 sesiones formativas/informativas en el Servicio de Medicina Preventiva los días 17/7/19 y 14/8/19, de ambas sesiones hay registro de asistencia. Además se han realizado diversas reuniones informales para aclarar algunos criterios.

6. Puesta en marcha del sistema de vigilancia. Conforme a la diseñado en los puntos anteriores. Desde el 17/7/2019 se está registrando toda la vigilancia de ILQ a través de la plataforma existente en HCE. Más resultados en el siguiente apartado de la memoria.

7. Evaluación de los resultados de la vigilancia y feedback de la información a los servicios objeto de la vigilancia. Actividad pendiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 17/7/2019, fecha en que se comenzó el registro informático en HCE de la vigilancia de ILQ hasta el día 30/1/2020 se han registrado en HCE 680 ficha de vigilancia de ILQ. Se han detectado algunas dificultades, algunas ya solventadas y otras que se están intentando solventar, pero en líneas generales se han cumplido los objetivos previstos en el calendario previsto. Queda pendiente la última fase, la de evaluación de los resultados de la vigilancia, que por motivos ajenos a nuestro equipo todavía no se ha podido llevar a cabo aunque se está trabajando en ello.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe un alto nivel de satisfacción en líneas generales con los resultados obtenidos. Algunos problemas que todavía estarían pendientes de solucionar tienen que ver más con las limitaciones a nivel informático para el registro de un número de encuestas muy superior al que habían previsto. Se está trabajando en ello. Como resultado de estos problemas quedan como tareas pendientes por un lado cerrar la actualización documental del procedimiento de vigilancia de ILQ en el sistema ISO 9001 de nuestro servicio (se ha generado a propósito de esto un objetivo para el año 2020) y la fase de evaluación de los resultados de la vigilancia y feedback de la información a los servicios objeto de la vigilancia.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1486

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLANTACION DEL SISTEMA AUTONOMICO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRURGICA

Ninguna

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1486 ===== ***

Nº de registro: 1486

Título
DESARROLLO E IMPLANTACION DEL SISTEMA AUTONOMICO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRURGICA

Autores:
LAPRESTA MOROS CARLOS, HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, CORTES RAMAS ANA MARIA, GUERRERO DIAZ PILAR, TABUENCA ARCE MARIA LUISA, OVIEDO ALFARO JUAN CARLOS, GIMENEZ JULVEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes intervenidos quirúrgicamente
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes que desarrollan una infección de localización quirúrgica (ILQ) tienen mayor probabilidad de mortalidad, estancias más prolongadas hospitalarias.
El Servicio de Medicina Preventiva (SMP) del HUMS tiene amplia experiencia en la vigilancia de las ILQ y tiene implantado un sistema que abarca 13 categorías de intervenciones quirúrgicas.
El sistema nacional de vigilancia de las IRAS de la RENAVE, publicó en 2016 los protocolos nacionales de vigilancia de las IRAS.
En Aragón, desde el Grupo de Trabajo IRAS dentro del Programa IRASPROA, se está coordinando la puesta en marcha de dichos protocolos y va a contar con una herramienta de registro en Historia Clínica Electrónica (HCE).

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal:
Determinar la incidencia acumulada de ILQ para los procedimientos quirúrgicos a través de la implantación del protocolo autonómico de vigilancia de ILQ y utilizando la herramienta incorporada en la HCE. Los procedimientos a vigilar incluyen: bypass aortocoronario, cirugía de colon, prótesis de cadera y rodilla, cirugía del conducto biliar, hígado o páncreas, cirugía cardiaca, cirugía de vesícula biliar, cesárea, craneotomía, fusión espinal, laminectomía y bypass vascular periférico.
Objetivos secundarios:
•Determinar la incidencia acumulada de ILQ para los procedimientos quirúrgicos vigilados.
•Proporcionar a las comunidades autónomas y a la RENAVE los resultados de la vigilancia de ILQ.
•Contribuir a disminuir las tasas de ILQ.
•Participar en la red europea de vigilancia de la infección quirúrgica del ECDC.

MÉTODO
1. Participación en el desarrollo del protocolo autonómico de vigilancia de ILQ. Actividad a realizar por el grupo Grupo de IRAS dentro del proyecto IRASPROA.
2. Participación en el diseño y validación de los formularios de la HCE para el registro de la vigilancia de ILQ. Actividad a realizar con el Servicio de Informática del Departamento de Sanidad.
3. Adaptación del actual sistema de vigilancia de ILQ del SMP del HUMS al sistema de vigilancia autonómico: modificación de la documentación del sistema ISO 9001:2015 y adaptación de bases de datos.
4. Diseño de un calendario de vigilancia de ILQ que permita cumplir tanto los requisitos de la RENAVE, como los objetivos acordados entre el SMP y los servicios quirúrgicos objeto de la vigilancia. Se tendrán reuniones con los responsables de dichos servicios para presentarles el sistema y pactar con ellos los calendarios.
5. Impartir formación al personal encargado de llevar a cabo la vigilancia en el HUMS. Dicha formación incluirá tanto el conocimiento del protocolo de vigilancia de ILQ como el manejo del registro en HCE.
6. Puesta en marcha del sistema de vigilancia. Conforme a la diseñado en los puntos anteriores.
7. Evaluación de los resultados de la vigilancia y feedback de la información a los servicios objeto de la vigilancia.

INDICADORES
1. Protocolo aprobado en reunión del Grupo de Trabajo IRAS. Estándar: Sí. Fuente de información (FI): actas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1486

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLANTACION DEL SISTEMA AUTONOMICO DE VIGILANCIA DE INFECCIONES DE LOCALIZACION QUIRURGICA

de las reuniones del Grupo de Trabajo IRAS.

2. Documentación del Sistema ISO 9001:2015 actualizada. Estándar: Sí. FI: documentación del sistema de gestión de calidad y actas de las reuniones del Grupo de Mejora de la Calidad.
3. Porcentaje del personal de enfermería del SMP que asiste al menos a una sesión formativa. Estándar: 100%. FI: registros de asistencia a las sesiones formativas.
4. Número de cirugías con formulario ILQ abierto en HCE / número de cirugías que cumplen criterios para vigilancia de ILQ * 100. La evaluación se realizará mediante muestreo aleatorio con tamaño muestral mínimo de 50. Estándar: 95%. Fuente de información: HCE (listados de intervenciones quirúrgicas realizadas y formularios ILQ).

DURACIÓN

1. Participación en el desarrollo del Protocolo autonómico de vigilancia de ILQ. Responsables (R): C Lapresta y MJ Hernández. Fechas de realización (FR): enero-abril 2019.
2. Participación en el diseño y validación de los formularios de la HCE para el registro de la vigilancia de ILQ. R: C Lapresta. FR: enero-abril 2019.
3. Adaptación del actual sistema de vigilancia de ILQ del Servicio de Medicina Preventiva del HUMS. R: C Lapresta. FR: mayo 2019.
4. Diseño de calendario de vigilancia de ILQ. R: C Lapresta, JM Celorrio, T Giménez y AM Cortés. FR: mayo 2019.
5. Impartir formación al personal encargado de llevar a cabo la vigilancia en el Hospital Universitario Miguel Servet. R: C Lapresta. FR: mayo 2019.
6. Puesta en marcha del sistema de vigilancia. R: P Guerrero, ML Tabuenca y JC Oviedo. FR: mayo-diciembre 2019.
7. Evaluación de los resultados de la vigilancia, feedback de la información a los servicios objeto de la vigilancia y evaluación de indicadores del proyecto. R: C Lapresta, JM Celorrio, T Giménez y AM Cortés. FR: enero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0283

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ANA ISABEL LOPEZ CALLEJA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NUÑEZ MEDINA ROSSI
GOMARA LOMERO MARTA
FERRER CERON ISABEL
VICENTE VILLANUEVA MERCEDES
CAPAPE CLEMENTE MARIA JOSE
MARCEN SERRANO ALICIA
SANZ BAGUENA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas
Se han cumplido las acciones según el calendario propuesto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han actualizado los procedimientos necesarios, se han implantado los controles de calidad necesarios, y con fecha noviembre de 2017 la Sección de Antibióticos fue auditada por ENAC de forma satisfactoria, sin ninguna observación ni no conformidad, por lo que el mantenimiento del alcance de acreditación y su ampliación han sido conseguidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las tareas de calidad son duras de implantar y suponen un sobreesfuerzo añadido, pero que permiten la mejora de la calidad y el reconocimiento de la competencia técnica en cuanto a los resultados emitidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/283 ===== ***

Nº de registro: 0283

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL, NUÑEZ MEDINA ROSSI, GOMARA LOMERO MARTA, FERRER CERON ISABEL, VICENTE VILLANUEVA MERCEDES, CAPAPE CLEMENTE MARIA JOSE, MARCEN SERRANO ALICIA, SANZ BAGUENA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0283

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Antibióticos, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del alcance acreditado:

- PTA-50_Z2(E)M_L-MB Identificación de microorganismos mediante espectrometría de masas (Maldi-tof, proteómica)
- PTA-51_Z2(E)M_L-MB Identificación y sensibilidad antibiótica por método automatizado Microscan Walkaway
- PTA-52_Z2(E)M_L-MB Sensibilidad antibiótica: método de difusión con discos y test de epsilon (e-test)

Ampliación del alcance de acreditación para:

- Detección fenotípica de mecanismos de resistencia en Gram negativos

MÉTODO

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES

1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: Septiembre 2016

Fecha de finalización: Noviembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: sep 16-enero 17
- Formación y Cualificación del personal implicado: todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: sep 16-enero 17
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0283

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0322

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE RESPIRATORIO, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE JUAN SAHAGUN PAREJA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREIRA BOAN JAVIER
MORILLA MORALES ELENA
ELU ESCALANTE MARGARITA
FERNANDEZ SIMON REBECA
ABADIA CARCAS INES
FERNANDEZ LARIOS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
-Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
-Formación y Cualificación del personal implicado
-Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
-Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
-Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mantenimiento de la Acreditación ISO 15189 para el alcance:
- DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ASPIRADO
TRAQUEAL Y MUESTRAS OBTENIDAS POR IBROBRONCOSCOPIA

Nueva acreditación para los siguientes alcances:

- DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ESPUTO (CULTIVO).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proceso de acreditación mejora la calidad de los resultados ofrecidos a los clínicos desde los laboratorios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/322 ===== ***

Nº de registro: 0322

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE RESPIRATORIO,
SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
SAHAGUN PAREJA JUAN, PEREIRA BOAN JAVIER, MORILLA MORALES ELENA, ELU ESCALANTE MARGARITA, FERNANDEZ SIMON REBECA,
ABADIA CARCAS INES, FERNANDEZ LARIOS BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0322

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189EN LA SECCION DE RESPIRATORIO, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITALUNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

PROBLEMA

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Respiratorio, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del alcance acreditado; DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ASPIRADO TRAQUEAL Y MUESTRAS OBTENIDAS POR FIBROBRONCSCOPIA y ampliación del alcance de acreditación para DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ESPUTO.

MÉTODO

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES

1er indicador: Mantener actualizados los registros técnicos y de calidad. Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: 01/09/2016
Fecha de finalización: 01/12/2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis:01/09/2016-31/10/2016
- Formación y Cualificación del personal implicado: 01/11/2016-31/12/2016
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: 01/11/2016
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: 01/11/2016
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 01/09/2016
- Evaluación y seguimiento de indicadores: 01/11/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0351

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA LOURDES ROC ALFARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR
OMENACA TERES MANUEL
MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN
GARCIA GALLO MATILDE
RODRIGUEZ CASTEL ANA MARIA
GOMEZ AURIA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha seguido trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en la Sección de Serología, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.
La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.
Se han seguido actualizando todos los protocolos de trabajo, en función de los cambios que hayan podido surgir. Actualizado los registros que hayan sido necesarios y hemos continuado la realización de los controles internos y externos tanto nacionales como internacionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizó una auditoria externa por ENAC en Noviembre de 2017, se mantuvo la acreditación con respecto a todos los objetivos propuestos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esto implica una garantía para los pacientes en cuanto a los resultado obtenidos en esas tecnicas.
Se ha implicado al personal tecnico en la realización y consecución de los objetivos de calidad, consiguiendo una mejor formación y cohesión del trabajo en equipo.
Se ha conseguido una informatización total en las diferentes pasos del trabajo rutinario que minimizan lo errores y problemas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/351 ===== ***

Nº de registro: 0351

Título
MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
ROC ALFARO MARIA LOURDES, VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR, OMEÑACA TERES MANUEL, MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN, GARCIA GALLO MATILDE, RODRIGUEZ CASTEL ANA MARIA, GOMEZ AURIA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0351

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ACREDITACION ISO 15189
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Serología, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del alcance acreditado:

- PTA-40_Z2(E)M_L-MB Determinacion de marcadores serológicos frente al virus de la Hepatitis B (VHB), Hepatitis C (VHC) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) por electroquimioluminiscencia en el autoanalizador Cobas e 411
- PTA-41_Z2(E)M_L-MB Determinacion de marcadores serológicos frente al virus de la Hepatitis A (VHA), Hepatitis B (VHB), Hepatitis C (VHC) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) por quimioluminiscencia en el analizador Advia Centauro
- PTA-42_Z2(E)M_L-MB Determinacion de anticuerpos frente a Toxoplasma, Rubeola, Lúes, Citomegalovirus, Epstein Barr y Herpes Simple, por quimioluminiscencia en el autoanalizador Immulite.

MÉTODO

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES

1º indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3º indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016

Fecha de finalización: Noviembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: octubre 2016-febrero 2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: todo el periodo

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0351

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0384

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE CONCEPCION LOPEZ GOMEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REZUSTA LOPEZ ANTONIO
FERNANDEZ ESGUEVA MARTA
ESPAÑA HERNANDEZ MARIA LUISA
AGUDO MORALES CELIA
MENDEZ GARCIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance.
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mantenido las actividades acreditadas previamente.
Se han acreditado las nuevas actividades propuestas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la validación de la nueva acreditación se ha comprobado el correcto funcionamiento de los medios selectivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/384 ===== ***

Nº de registro: 0384

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, FERNANDEZ ESGUEVA MARTA, VALENZUELA MENA JULIA, ESPAÑA HERNANDEZ MARIA LUISA, AGUDO MORALES CELIA, MENDEZ GARCIA CRISTINA, RUIZ ANDRES MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Norma ISO 15189
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0384

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de EPIDEMIOLOGÍA, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del alcance acreditado Detección de Staphylococcus aureus resistente a Meticilina por cultivo en muestras de vigilancia epidemiológica.

Ampliación del alcance de acreditación para: CRIBADO DE BACTERIAS MULTIRESISTENTES EN MUESTRAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

MÉTODO

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance.
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas.

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos.
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores.

INDICADORES

1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016

Fecha de finalización: Diciembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado.
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada.
- Evaluación y seguimiento de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0468

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL FERRER CERON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA
CALVO MARTIN SONIA
PINILLA MAINAR CLARA
MANDARU ELENATEL
MARCEN SERRANO ALICIA
OTAL SAURAS ESMERALDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: PTA-60_Z2(E)M_L-MB y PTA-61_Z2(E)M_L-MB

- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad. Se ha realizado y se ha pasado la acreditación de calidad por ENACsegún la norma ISO 15189.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo alcanzado 97% de registros actualizados

2º indicador: Se ha realizado formación al 100% del personal adscrito al proyecto y a la sección tanto facultativos, residentes y personal TEL.

3er indicador: Se han mantenido actualizados los procedimientos técnicos de análisis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HEMOS ACTUALIZADO EL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS Y EL PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE INFECCIONES OSTEOARTICULARES INCLUYENDO LAS PROTESIS ORTOPEDICAS.

tenemos que seguir trabajando junto a los Médicos de Atención Primaria y el personal de Enfermería para mejorar la indicación y toma de muestras de las úlceras de decúbito y úlceras crónicas.

La sección mantendrá la actividad en el diagnóstico de las infecciones de piel y partes blandas, mejora del diagnóstico de la infección de prótesis con el uso de la sonicación y mejora de los criterios de interpretación de la infección de heridas y úlceras.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/468 ===== ***

Nº de registro: 0468

Título
MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
FERRER CERON ISABEL, FERNANDEZ ESGUEVA MARTA, MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA, CALVO MARTIN SONIA, PINILLA MAINAR CLARA, MANDARU ELENA, MARCEN SERRANO ALICIA, OTAL SAURAS ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0468

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Exudados, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del alcance acreditado:

- o PTA-60_Z2(E)M_L-MB "Diagnóstico microbiológico de infección osteoarticular e intraabdominal"
- o PTA-61_Z2(E)M_L-MB "Diagnóstico de infección de tejidos superficiales"

MÉTODO

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES

1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre-2016

Fecha de finalización: Octubre-2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: Octubre 2016- Febrero 2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: Todo el período
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: Todo el período
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: Todo el período
- Evaluación y seguimiento de indicadores: Septiembre-Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0468

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0507

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA COLONIZACION-INFECION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). SERVICIO MICROBIOLOGIA. HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE BLANCA FORTUÑO CEBAMANOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑUELAS BAYON JESUS
FERNANDEZ LARIOS BEATRIZ
ALARCON DABAD CLARA
MONTES LASHERAS JARA
PEREIRA BOAN JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Ampliación del alcance de acreditación para diagnóstico microbiológico de la colonización-infección broncopulmonar en el paciente con fibrosis quística (Norma ISO 15189).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Redacción e implementación del nuevo Procedimiento Técnico de Análisis para la ampliación del alcance PTA-69_Z2_E_M_L-MB, disponible en la documentación en vigor del Sistema de Calidad de los Laboratorios Clínicos del Salud en la Plataforma para la Calidad Asistencial.
Formación y cualificación del personal implicado
Cumplimentación de los registros técnicos y de Calidad
Implantación del control de calidad interno y externo para la actividad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha acreditado la actividad en el laboratorio que proporciona el diagnóstico Microbiológico en muestras respiratorias (esputo y frotis faríngeo) de los pacientes afectados de fibrosis quística atendidos en el HUMS y su área de influencia. Dicha actividad proporciona información para orientar el diagnóstico etiológico de la colonización/infección broncopulmonar, el tratamiento antibiótico y el control de dicho tratamiento.
Se realizará seguimiento de dicha actividad mediante las correspondientes auditorías internas y externas y el análisis de los indicadores de calidad establecidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/507 ===== ***

Nº de registro: 0507

Título
AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA COLONIZACION-INFECION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). Sº MICROBIOLOGIA. HUMS

Autores:
FORTUÑO CEBAMANOS BLANCA, VIÑUELAS BAYON JESUS, FERNANDEZ LARIOS BEATRIZ, ALARCON DABAD CLARA, MONTES LASHERAS JARA, PEREIRA BOAN JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha llevado a cabo en la Sección de Respiratorio del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0507

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA COLONIZACION-INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). SERVICIO MICROBIOLOGIA. HUMS

"Miguel Servet" de Zaragoza.

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Secciones de Respiratorio y de Micobacterias, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Ampliación del alcance de acreditación para DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA COLONIZACIÓN-INFECCIÓN BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA

MÉTODO

- Redacción del nuevo Procedimiento Técnico de Análisis para la ampliación del alcance
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para la nueva actividad acreditada

INDICADORES

1er Ampliación del alcance de acreditación. Realizado SI/NO

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3 er indicador: Diseño de control interno SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: 01/09/2016

Fecha de finalización: 01/12/2017

- Realización del Procedimiento Técnico de Análisis: 04/2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: 04/2017
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: 06/2017
- Implantación del control de calidad interno y externo para la nueva actividad acreditada: 06/2017
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 06/2017
- Evaluación y seguimiento de indicadores: 12/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0509

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE JESUS VIÑUELAS BAYON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAHAGUN PAREJA JUAN
FERNANDEZ SIMON REBECA
ABADIA CARCAS INES
ELU ESCALANTE MARGARITA
ALARCON DABAD CLARA
MONTES LASHERAS JARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REVISARON Y ACTUALIZARON TODOS LOS PTAs DE LA SECCIÓN (6) AUMENTÁNDOSE UN ALCANCE (PTA-36_Z2(E)M_L-MB) QUE POSTERIORMENTE TAMBIÉN FUE REVISADO (15/03/2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN LA AUDITORÍA EXTERNA DE ENAC, EN JUNIO DE 2016, TODAS LAS ACREDITACIONES PREVIAS FUERON CONFIRMADAS Y SE CONSIGUIÓ LA AMPLIACIÓN DE ALCANCE DEL PTA-36_Z2(E)M_L-MB.
EN LA AUDITORÍA DE ENAC DE NOVIEMBRE DE 2017 TODAS LAS ACREDITACIONES FUERON CONFIRMADAS SIN NINGUNA NO CONFORMIDAD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL MANTENIMIENTO DE LAS ACREDITACIONES Y LA AMPLIACIÓN DE ALCANCES EXIGE UN CONTÍNUO ESFUERZO POR PARTE DE TODO EL EQUIPO DE TRABAJO IMPLICADO EN LA SECCIÓN. EL MANTENER CONSTANTEMENTE EL OBJETIVO DE MEJORA CONTÍNUA DE LA CALIDAD DEL TRABAJO DIARIO, HACE QUE TODO EL PERSONAL SE ENCUENTRE IMPLICADO Y SEA CONSCIENTE DE LA IMPORTANCIA DE CUIDAR LOS DETALLES AL MÁXIMO. ESTE ESFUERZO SE VE RECOMPENSADO CUANDO SE PASA LA AUDITORÍA CON LA SUFICIENCIA QUE SE HA LOGRADO Y EL RECONOCIMIENTO DEL AUDITOR.
ESTE ES UN TRABAJO QUE, POR SU PROPIA NATURALEZA, DEBE SEGUIR ACTIVO PERMANENTEMENTE

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/509 ===== ***

Nº de registro: 0509

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
VIÑUELAS BAYON JESUS, SAHAGUN PAREJA JUAN, FERNANDEZ SIMON REBECA, ABADIA CARCAS INES, ELU ESCALANTE MARGARITA, ALARCON DABAD CLARA, MONTES LASHERAS JARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0509

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micobacterias, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del alcance acreditado: TINCIÓN DE ZIEHL NEELSEN Y DE KINYOUN, SIEMBRA Y CULTIVO EN MEDIO LÍQUIDO Y HEMOCULTIVOS DE MICOBACTERIAS, IDENTIFICACIÓN DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS POR INMUNOANÁLISIS CROMATOGRÁFICO, IDENTIFICACIÓN DE MICOBACTERIAS MEDIANTE ESPECTROMETRÍA DE MASAS (MALDI-TOF) Y MEDIANTE ANÁLISIS GENÉTICO, DETECCIÓN DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMPLEX MEDIANTE REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR), y ampliación del alcance de acreditación para ANTIBIOGRAMA DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN MEDIO LÍQUIDO.

MÉTODO

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para la nueva actividad acreditada.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

INDICADORES

1er Indicador: Ampliación del alcance de acreditación. Realizado SI/NO

2º indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

3 er indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

4º indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: 01/09/2016

Fecha de finalización: 01/12/2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: 12/2016
- Formación y Cualificación del personal implicado: 12/2016
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: 12/2016
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: 04/2017
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 12/2017
- Evaluación y seguimiento de indicadores: 12/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0563

1. TÍTULO

ASESORAMIENTO MICROBIOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE GLORIA MARTIN SACO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL
NUÑEZ MEDINA ROSSI
ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR
JIMENO CARREY SONIA
PEIRO MURILLO BEATRIZ
MAZA INVERNON ANA CRISTINA
JERICO CLAVERIA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Contactar con los centros de Atención Primaria de los sectores I y II.
Reunión con coordinadores previa a la puesta en marcha del proyecto y reuniones parciales para el seguimiento.

- Formación en los centros de Atención Primaria (seminarios formato corto sobre la toma de las principales muestras de interés en Atención Primaria, revisión del mapa de resistencias bacterianas, información sobre pruebas rápidas, informes preliminares...)

- Ofrecer canal de comunicación a través de una línea de teléfono de atención continuada con horario por definir y correo electrónico directo entre los centros de salud y Microbiología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º Indicador: Llamadas registradas y consultas en el correo electrónico.

Hemos tenido 75 llamadas entrantes y hemos hecho 14 llamadas desde el Servicio de Microbiología a la línea habilitada para el proyecto (142178), desde el día 3 de marzo, que se puso en funcionamiento, hasta el 11 de octubre de 2017.

Aunque se han seguido utilizando las líneas telefónicas habituales del Servicio de Microbiología, que no se han podido contabilizar.

No se han recibido consultas al correo electrónico.

2º Indicador: Incidencias anteriores y posteriores al proyecto.

En el periodo 2015-2016 hubo 1.085 incidencias de Atención primaria, y en el periodo 2016-2017 fueron 1.223. Pensamos que el aumento es debido a la incorporación de una nueva adjunta a la sección de Preanalítica y al aumento de nº de muestras.

3º Indicador: Mantener actualizados los procedimientos descritos en manual: SI

El manual de toma de muestras se actualizó el 2 de febrero de 2017.

4º Indicador: Encuesta de satisfacción a los médicos participantes por centro sobre el funcionamiento del canal y la idoneidad de las sesiones.

Se envió encuesta a los médicos de Atención primaria para valorar de 1 a 10:

1. La comunicación con los profesionales del Servicio de Microbiología Clínica.
2. El correo electrónico como método de comunicación con el Servicio de Microbiología
3. El teléfono como método de comunicación con el Servicio de Microbiología
4. Las alertas y notificaciones como método de comunicación con el Servicio de Microbiología
5. La satisfacción general con el Servicio de Microbiología

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El correo no es un buen medio de comunicación con Primaria.
Tenemos que extender el proyecto en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/563 ===== ***

Nº de registro: 0563

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0563

1. TÍTULO

ASESORAMIENTO MICROBIOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Título
ASESORAMIENTO MICROBIOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:
MARTIN SACO GLORIA, GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL, NUÑEZ MEDINA ROSSI, ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR, JIMENO CARREY SONIA, PEIRO MURILLO BEATRIZ, MAZA INVERNON ANA CRISTINA, JERICO CLAVERIA LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: infección urinaria (ITU), infecciones tracto respiratorio superior (ITRS), infecciones de transmisión sexual (ITS), infecciones de heridas y úlceras...
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Asesoramiento en la toma de muestras e interpretación de los resultados en Bacteriología.

PROBLEMA
Dentro del programa de uso racional de antimicrobianos, creemos que intensificar esta estrategia en Atención Primaria es fundamental. Este proyecto pretende ayudar al médico de Atención Primaria, en las decisiones de recogida de muestras y la interpretación de resultados para un adecuado manejo posterior del paciente. Para ello pretendemos establecer un canal de comunicación más directo con el servicio de Microbiología, poniendo a disposición del clínico un canal bidireccional de teléfono y correo electrónico.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Comunicación más directa entre Atención primaria y el Servicio de Microbiología
2. Difundir el Manual de Toma de Muestras
3. Mejorar el conocimiento de las infecciones en Atención Primaria y su diagnóstico
4. Mejorar el uso de antibióticos

MÉTODO
- Contactar con los centros de Atención Primaria de los sectores I y II. Reunión con coordinadores previa a la puesta en marcha del proyecto y reuniones parciales para el seguimiento.
- Formación en los centros de Atención Primaria (seminarios formato corto sobre la toma de las principales muestras de interés en Atención Primaria, revisión del mapa de resistencias bacterianas, información sobre pruebas rápidas, informes preliminares...)
- Ofrecer canal de comunicación a través de una línea de teléfono de atención continuada con horario por definir y correo electrónico directo entre los centros de salud y Microbiología.

INDICADORES
1er indicador: llamadas registradas y consultas en correo electrónico
2º indicador: incidencias anteriores y posteriores al proyecto
3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos descritos en manual SI/NO
4º indicador: Encuesta de satisfacción a los médicos participantes por centro sobre el funcionamiento del canal y la idoneidad de las sesiones.

DURACIÓN
Fecha de inicio: octubre 2016
Fecha de finalización: octubre 2017
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: octubre 2016-febrero2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: Todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: Todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: septiembre-octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0572

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR PALACIAN RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ GONZALEZ ERIC
ORTEGA LARREA DIEGO
MOLINA ALEJANDRE ISABEL
GARCIA LEDESMA RICARDO
APARICIO IVAN CARMEN
LUCEA PAREJO YOLANDA
ARNAL ALQUEZAR MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización procedimientos técnicos de análisis:

PTA-70_Z2(E)M_L-MB Diagnóstico microbiológico (Cultivo) de líquido cefalorraquídeo.

PTA-57_Z2(E)M_L-MB Ampliación del procedimiento mediante una nueva revisión (versión E)

Formación y cualificación del personal adscrito: Realizado

Implantación registros técnicos y control interno: Realizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Auditoría externa de ENAC en Noviembre de 2017 para mantenimiento y ampliación de los alcances en la sección de Hemocultivos.

Consecución de la acreditación segun norma UNE EN ISO 15189 en el mes de Noviembre de 2017 de los procesos ya mencionados:

- Hemocultivos
- Diagnóstico microbiológico (Cultivo) de líquido cefalorraquídeo

Y otro que no estaba incluido dentro del proyecto, igualmente desde la Sección:

- Determinación de antígeno de neumococo y legionella en orina

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha conseguido la acreditación mediante un trabajo realizado por todas las personas que componen la sección de Hemocultivos.

- Sería deseable mantener la acreditación de todo lo conseguido hasta ahora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/572 ===== ***

Nº de registro: 0572

Título
AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS

Autores:
PALACIAN RUIZ MARIA PILAR, LOPEZ GONZALEZ ERIC, ORTEGA LARREA DIEGO, MOLINA ALEJANDRE ISABEL, GARCIA LEDESMA RICARDO, APARICIO IVAN CARMEN, LUCEA PAREJO YOLANDA, ARNAL ALQUEZAR MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0572

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas asistenciales desde el año 2009.
La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorias internas y externas.

La experiencia de estos últimos años en la acreditación ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que se ha ido ampliando a diferentes áreas asistenciales del laboratorio, que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Hemocultivos y LCR, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Ampliación del alcance de acreditación en la sección de Hemocultivos para:

- Diagnóstico de meningitis bacteriana
- Infecciones asociadas a dispositivos

MÉTODO

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES

1º indicador: Realizar procedimientos técnicos de análisis (100%)

2º indicador: Formación del personal adscrito Nª personas formadas/nº personas adscritas > 95%

3º indicador: Realización y Complimentación de registros técnicos y de calidad
Nª registros cumplimentados/Nª Registros totales x 100 Objetivo a alcanzar > 95%

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016

Cronograma:

Realización procedimientos técnicos de análisis: Octubre-Diciembre 2016
Formación y cualificación del personal adscrito: Enero-Febrero 2017
Implantación registros técnicos y control interno: Marzo-Abril 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0603

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SENSIBILIDAD ANTIFUNGICA DE LEVADURAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO REZUSTA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ESGUEVA MARTA
VALENZUELA MENA JULIA
ESPAÑA HERNANDEZ MARIA LUISA
AGUDO MORALES CELIA
MENDEZ GARCIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Conseguidos los indicadores siguiente
1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%
2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.
3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejorar el control de dispensación en la microplaca
Aumento dl personas capacitadas en la realización de la técnica

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/603 ===== ***

Nº de registro: 0603

Título
AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SENSIBILIDAD ANTIFUNGICA DE LEVADURAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
REZUSTA LOPEZ ANTONIO, VALENZUELA MENA JULIA, ESPAÑA HERNANDEZ JULIA, CUBILLO GARCIA CRISTINA, AGUDO MORALES CELIA, CUBILLO CRUZ FABIOLA MACARENA, SOTERAS COLON RAQUEL, OTAL SAURAS ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0603

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SENSIBILIDAD ANTIFUNGICA DE LEVADURAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micología, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Ampliación del alcance de acreditación: sensibilidad antifúngica de levaduras

MÉTODO

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis:
- Formación y Cualificación del personal implicado:
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad:
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad por acreditar
- Evaluación y seguimiento de indicadores

INDICADORES

1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016

Fecha de finalización: Diciembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0685

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE REVILLO PINILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

EGIDO LIZAN PILAR
MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA
CALVO MARTIN SONIA
MANDARU ELENATEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance

El contenido del PTA indica que el diagnóstico microbiológico se basa en la tinción de Gram y cultivo cualitativo de exudados faríngeo, ótico y conjuntival
Interpretación de los patógenos aislados, permitiendo distinguir entre muestras contaminadas y aquellas recogidas adecuadamente.

El tipo de muestras que se determinan son exudados faríngeos (frotis), faríngeo-amigdalinos, óticos, lesiones orales.

Formación y Cualificación del personal implicado (Adjunto responsable de Area, Jefe Servicio)

- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad (TEL y facultativo responsable)

- Es responsabilidad del equipo del área de Preanalítica la recepción de la muestra y del volante correspondiente y su identificación así como el rechazo de las muestras remitidas en condiciones defectuosas y la adopción de las correspondientes medidas correctoras.

Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. (responsable de Calidad ISO 15189 y Adjunto responsable)

Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se alcanza la acreditación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mejora la actitud del personal, se normaliza la forma de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

Hay cambio de responsable por la jubilación de la IP.

El responsable técnico que pasó la auditoría fué Juan Sahagun

*** ===== Resumen del proyecto 2016/685 ===== ***

Nº de registro: 0685

Título
AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
REVILLO PINILLA MARIA JOSE, EGIDO LIZAN PILAR, MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA, CALVO MARTIN SONIA, MANDARU ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Otro Tipo Patología: Patología infecciosa de la esfera ORL (faringoamigdalitis, abscesos cavidad oral, glositis, sinusitis, conjuntivitis, queratitis, otitis aguda y crónica) producida por agentes bacterianos y parásitos.

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0685

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

Otro Enfoque.....: Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la Bacteriología. Exudados ORL.

PROBLEMA

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Exudados ORL, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio. La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Las infecciones de la esfera ORL incluyen a todas las que afectan a la cavidad oral y rinosinusal, orofaríngea, faríngea, laríngea y sus espacios, así como el aparato auditivo y las estructuras que conforman la visión (el ojo y sus estructuras anejas) y son, junto con las infecciones de las vías respiratorias bajas, las infecciones más frecuentes en clínica humana.
- La faringoamigdalitis aguda es uno de los motivos más frecuentes de consulta y prescripción de antibióticos en Atención Primaria. Las manifestaciones clínicas de la infección pueden no ser suficientes para realizar el diagnóstico etiológico y diferenciar si la infección es vírica o bacteriana, por lo que, en muchos casos, es importante realizar el diagnóstico microbiológico.
- El cultivo del exudado faringoamigdalario es el procedimiento de referencia para realizar el diagnóstico microbiológico. La sensibilidad de estas pruebas varía con la calidad del reactivo utilizado y la experiencia de los profesionales que la realizan y validan.
- La interpretación de los cultivos tomados de las cavidades orofaríngea, nasal, ótica u ocular es difícil debido a que estas zonas están frecuentemente colonizadas y los cultivos sólo deben estar indicados si existen claros signos de infección o si no hay respuesta al tratamiento instaurado.
- La mejora en la identificación y diagnóstico de estos procesos es el objetivo principal de este proyecto en línea con la acreditación de la sección.

MÉTODO

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- o El contenido del PTA indica que el diagnóstico microbiológico se basa en la tinción de Gram y cultivo cualitativo y cuantitativo de exudados faríngeo, ótico y conjuntival en los medios de cultivo agar sangre, agar chocolate, agar MacConkey, agar Schaedler, agar Sabouraud, y medio líquido de tioglicolato.
- o La tinción de Gram de muestras óticas, conjuntivales y sinusales es fundamental para hacer una correcta interpretación de los patógenos aislados, permitiendo distinguir entre muestras contaminadas y aquellas recogidas adecuadamente.
- o El tipo de muestras que se determinan son exudados faríngeos (frotis), faríngeo-amigdalinos, óticos, conjuntivales, lesiones orales y con menor frecuencia raspados corneales y otras muestras oculares (humor vítreo, acuoso, abscesos) y aspirados sinusales y nasosinusales.
- Formación y Cualificación del personal implicado (Adjunto responsable de Área, Jefe Servicio)
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad (TEL y facultativo responsable)
- Es responsabilidad del equipo del área de Preanalítica la recepción de la muestra y del volante correspondiente y su identificación así como el rechazo de las muestras remitidas en condiciones defectuosas y la adopción de las correspondientes medidas correctoras.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. (responsable de Calidad ISO 15189 y Adjunto responsable)
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

INDICADORES

1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.

Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100

Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Conseguir la acreditación ISO 15189 de calidad de la sección.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: diciembre 2016

Fecha de finalización: abril-mayo 2017

- Actualización y perfeccionamiento del PTA: septiembre 2016
- Formación y Cualificación del personal implicado: octubre 2016
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: noviembre 2016
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: diciembre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0685

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- 2016
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 2017 anual
- Evaluación y seguimiento de indicadores: semestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0751

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HUMS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CRUZ VILLUENDAS USON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR
ARNAL ALQUEZAR MARIA VICTORIA
ROMEO MORENO SERGIO
GUERRERO DIAZ CARMEN
MARTIN GRACIA ROCIO
PALACIOS MIGUEL YOLANDA
REVILLO PINILLA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha mantenido y actualizado el procedimiento de hemocultivos contenido en PTA-57_Z2(E)M_L-MB

-Se ha realizado el PTA-72_Z2(E)M_L-MB para normalizar el cultivo de catéteres y conseguir la correspondiente acreditación

-Durante 2017 se han programado 9 sesiones de formación sobre extracción correcta de hemocultivos en distintos Servicios del hospital

-Se han obtenido los datos de tasa trimestral de hemocultivos contaminados y verdaderos positivos por Servicios

-Todas las bacteriemias por Staphylococcus aureus han sido evaluadas en el grupo de bacteriemia . La participación conjunta de microbiología e infecciosas ha mejorado los datos de hemocultivos de seguimiento.

-Se ha incorporado la técnica de rajado de los catéteres silásticos de neonatología que permite el cultivo de la vía endoluminar. En adultos, para este mismo fin, se ha incorporado la sonicación de catéteres .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- En la reciente auditoría ENAC (noviembre 2017) se ha llevado a cabo la ampliación del alcance : Cultivo de catéteres vasculares .cultivos superficiales de piel y conexiones PTA-72_Z2(E)M_L-MB

-Se ha logrado una considerable mejora en la tasa de contaminación global en relación a años anteriores: 2013(9,8%); 2015(8,2%); 2017(6,8%)

- En 2017, se ha conseguido el 100% de hemocultivos de seguimiento en los pacientes con bacteriemia por S.aureus

- En el diagnóstico de bacteriemia por catéter, se ha obtenido un correcto envío de muestras. El catéter se envía de rutina junto con el hemocultivo en el 96,4%

-En los casos de envío incorrecto se ha realizado llamada informativa desde microbiología en el 69% de los casos

-Se ha encontrado más dificultad para conseguir, en la petición, la identificación de los distintos tipos de catéteres para adaptar el tipo de siembra .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto ha contribuido al mantenimiento y ampliación del alcance de acreditación en la sección de hemocultivos.

Una vez valorados los indicadores de seguimiento, los resultados obtenidos han sido buenos, demostrado una importante mejora tanto en el manejo de hemocultivos como en el procesamiento de catéteres.

Destacamos la disminución en la tasa de contaminaciones y el elevado número de catéteres enviados de forma correcta en relación a los años anteriores.

Ha quedado pendiente la medición del volumen de muestra inoculada en los frascos de hemocultivo, factor clave para la rentabilidad. Un módulo de medición automática ha sido recientemente incorporado y se encuentra pendiente de evaluación.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0751

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HUMS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/751 ===== ***

Nº de registro: 0751

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR, ARNAL ALQUEZAR MARIA VICTORIA, ROMEO MORENO SERGIO, GUERRERO DIAZ CARMEN, MARTIN GRACIA ROCIO, PALACIOS MIGUEL YOLANDA, REVILLO PINILLA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Hemocultivos, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

El uso de catéteres es una práctica muy utilizada en los hospitales, siendo la bacteriemia por catéter y sus complicaciones una causa importante de morbi-mortalidad. Para el diagnóstico microbiológico de dichas bacteriemias es necesario el cultivo del catéter así como la extracción de Hemocultivos, estos últimos ya acreditados. En este proyecto se ha seleccionado, como oportunidad de mejora, la estandarización del cultivo de los distintos tipos de catéter incluyendo los requisitos preanalíticos necesarios para una correcta interpretación de los resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del alcance acreditado:

- Mantenimiento y actualización del procedimiento contenido en PTA-57_Z2(E)M_L-MB
- Mantenimiento de los indicadores ya establecidos para su seguimiento

Ampliación del alcance de acreditación: Mejorar el diagnóstico de la bacteriemia relacionada con el uso de catéteres:

?Fase preanalítica

Conseguir un correcto envío de las muestras. El envío de un catéter debe acompañarse de una extracción de hemocultivos, en caso contrario no debe realizarse la siembra de dicho catéter. Obtener, en la petición, la identificación de los distintos tipos de catéteres para adaptar el tipo de siembra.

?Fase analítica

Siembra del exterior e interior del catéter que permita detectar vías de infección extraluminal e

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0751

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HUMS

intraluminal.

?Fase postanalítica

Mejora en la interpretación de los resultados como consecuencia de los puntos anteriores.

MÉTODO

- Redacción del nuevo Procedimiento Técnico de Análisis para la ampliación del alcance
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad
- Implantación del control de calidad relacionado con la ampliación de alcance
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:

- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES

Mantenimiento de los indicadores incorporados para el hemocultivo:

- Tasa global de hemocultivos verdaderos positivos
- Tasa global de contaminados
- Tasa de verdaderos positivos en adultos
- Tasa de contaminación en adultos
- Tasa de hemocultivos con volumen no adecuado en adultos
- Pacientes adultos con un solo hemocultivo
- Hemocultivos de seguimiento en bacteriemia por S. aureus
- Informes urgentes en las primeras 24 horas

Incorporación de indicadores para la siembra de catéter (Nuevo alcance):

Nº catéteres con hemocultivo / Nº catéteres recibidos. Objetivo 90%

Nº catéteres sin hemocultivo sembrados / Nº catéteres sin hemocultivo recibidos. Objetivo 0%

Nº llamadas de solicitud de hemocultivos / Nº catéteres sin hemocultivo recibidos. Objetivo 100%

Nº catéteres identificados / Nº catéteres recibidos. Objetivo 75%

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016

Fecha de finalización: Noviembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: octubre 2016-febrero 2017
- Formación y cualificación del personal implicado: todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0761

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRONICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTION DE DETERMINACIONES MICROBIOLÓGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y MEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
NAVARRO AZNAREZ HERMINIA
GOMARA LOMANA MARTA
ARAZO GARCES PIEDAD
SIERRA GARCIA DIVINA
GASSO SANCHEZ AMALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han registrado 137 llamadas a Servicio de Farmacia:
72 de pacientes VIH en TAR para valorar la adherencia al tto
29 de pacientes VHC para confirmar inicio de tto
36 de pacientes VHB para confirmar su adherencia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los pacientes en TAR solo se constato un autentico fallo de tratamiento y como tal se envio a estudio de resistencias, los demas se notificarón como no fallos verdaderos, y se insistió en su adherencia mediante contacto con enfermeria y farmacia de infecciosos
De los pacientes VHC no se realizarón las cargas de aquellos pacientes que no habian iniciado tto.
De los pacientes VHB no se encontro ningún fallo verdadero.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para el manejo de los fallos de tratamiento es fundamental conocer los tratamientos y las fechas de comienzo, al ser un proyecto multidisciplinar nos permitio interactuar entre las unidades relacionadas conociendo mucho mejor la realidad del paciente y sus resultados, pudiendo discriminar de forma mucho mas eficaz entre fallo virológico verdadero y falta de adherencia

7. OBSERVACIONES.
A los pacientes tratados de VHC, se ha creado un espacio en la historia electronica del paciente que nos permite ver en todo momento el tto y la fecha de inicio de forma que siempre conocemos a que control pertenece la determinación solicitada, los datos los introduce el servicio de farmacia

*** ===== Resumen del proyecto 2016/761 ===== ***

Nº de registro: 0761

Título
ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRONICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTION DE DETERMINACIONES MICROBIOLÓGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y MEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD

Autores:
MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ ANA MARIA, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, NAVARRO AZNAREZ HERMINIA, GOMARA LOMERO MARTA, ARAZO GARCES PIEDAD, SIERRA GARCIA DIVINA, GASSO SANCHEZ AMALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atención multidisciplinar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0761

1. TÍTULO

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRÓNICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTIÓN DE DETERMINACIONES MICROBIOLÓGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y MEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD

PROBLEMA

En el control del tratamiento de los pacientes con infecciones virales se precisan determinaciones de cargas virales para valorar su eficacia y estudios de resistencias en los casos en los que se detecten fallos virológicos (FVV), de forma indirecta también se valora la adherencia al tratamiento, dato fundamental para diferenciar un fallo de tratamiento verdadero de un incumplimiento terapéutico. Los pacientes con infecciones virales crónicas representan un colectivo muy amplio y con un alto impacto económico y, desde el año 2015 se ha visto notablemente incrementado desde que se aprobó el uso de los nuevos antivirales orales de acción directa contra el VHC. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Según la OMS, se define adherencia como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente y la persistencia del paciente al tratamiento como la duración entre el inicio de un tratamiento y su interrupción por parte del paciente de forma unilateral (concepto de terapia continua). La adherencia y la persistencia son dos conceptos complementarios que miden el comportamiento de un paciente con las recomendaciones del proveedor de salud. En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. El tratamiento de los pacientes con hepatitis crónica C está experimentando numerosos cambios como consecuencia de la autorización sucesiva en un corto periodo de tiempo de nuevos antivirales orales de acción directa contra el VHC. Aunque la tasa de efectos adversos ha disminuido drásticamente respecto a terapias previas, persisten interacciones medicamentosas y efectos indeseables, que obligan a un abordaje multidisciplinar, y una constante actualización para la toma de decisiones. En los pacientes con VIH y hepatitis B (VHB) crónica una buena adherencia es un factor crítico para conseguir la supresión virológica. Detectar el incumplimiento terapéutico y establecer intervenciones encaminadas a mejorarlo es un objetivo prioritario. Estos fármacos se dispensan en el servicio de farmacia en el área de pacientes externos donde se registran los datos de inicio, pauta y tiempo de tratamiento, en los casos de tratamiento finito (VHC). La información compartida entre el Servicio de Farmacia y el laboratorio de Microbiología es fundamental para conocer el grado de efectividad del tratamiento. La carga viral y el registro de dispensaciones aportan un valor añadido al manejo del paciente por parte del equipo sanitario y así poder implementar intervenciones que mejoren los resultados en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora de la calidad y continuidad asistencial
Implementación de un protocolo multidisciplinar en el correcto manejo del paciente con una infección viral crónica, junto al servicio de Microbiología, Farmacia, Infecciosas y Digestivo.
Favorecer adherencia: paciente VIH, hepatitis B y hepatitis C.
Incrementar la seguridad en el manejo de fármacos antivirales.
Optimizar los resultados en salud.

MÉTODO

1. Establecer un circuito de información que permita:
 - diferenciar entre auténtico fallo virológico y abandono de tratamiento.
 - semana del tratamiento al que pertenece la determinación.
 - Favorecer el grado de cumplimiento al tratamiento.
 - Detectar interacciones clínicamente relevantes y comunicarlas al clínico responsable.
2. Mejorar el grado de adherencia de los pacientes con fallo virológico
3. Disminuir el número de determinaciones redundantes que no aporten ningún dato clínico relevante ni toma de decisiones.
4. Disminuir el número de estudios de resistencias.
5. Revisar y valorar posibles interacciones (VIH, VHC, VHB).
6. Detección precoz de la no adherencia/falta de persistencia en los tratamientos VHC.
7. Reflejar en el informe de microbiología el grado de cumplimiento

INDICADORES

Definición de circuito de información multidisciplinar (Si/No)
Número de pacientes con carga viral detectable de VIH y hepatitis B y valoración de la adherencia. (>80%).
Número de pacientes que inician tratamiento de hepatitis C con valoración de la adherencia y de las interacciones. (>90%)
Número de estudios de resistencias y diferenciar entre el FVV y el abandono de tratamiento.
Número de peticiones redundantes
Inclusión de una alerta del porcentaje de adherencia según registro de dispensación de Farmacia en el informe de Microbiología. (Si/No)

DURACIÓN

Definición de circuito de información: Oct-Dic 2016.
Cálculo de adherencia: Oct 2016-Dic 2017.
Revisión y valoración de interacciones: Oct 2016-Dic 2017.
Concordancia entre FVV y falta de adherencia e inclusión en el informe dirigido al clínico: Oct 2016-Dic 2017.
Número de estudios de resistencias y peticiones redundantes: Oct 2016-Dic 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0761

1. TÍTULO

**ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRÓNICAS (VIH, VHB Y VHC):
GESTIÓN DE DETERMINACIONES MICROBIOLÓGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO
Y MEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0889

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE JUAN MANUEL GARCIA-LECHUZ MOYA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR
PEREZ CAAMAÑO NOEMI
LOPEZ GONZALEZ ERIC
ORTEGA LARREA DIEGO
ALDEA ALDANONDO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
Facultativos y Residentes: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Formación y Cualificación del personal implicado
Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de la actividad acreditada.
Actualización permanente de las técnicas con una evaluación del rendimiento de los medios automatizados y los medios de cultivo así como del desempeño del personal técnico y facultativo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos cambiado la rutina del procesamiento de la muestra de orina para cultivo, concediendo más control del cultivo cuantitativo sobre el sistema automático de screening que producía contaminaciones.
Hemos abierto varios proyectos de mejora de la petición de urocultivo, en el contexto de la mujer embarazada, de la mujer joven con infección urinaria complicada y de las peticiones de urocultivo no justificadas. Se ha reducido en 1 año cerca de 3.000 peticiones injustificadas.
Queda pendiente la actualización de criterios según las últimas guías y la implementación de un sistema de mejor información clínica acompañante a la petición de urocultivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/889 ===== ***

Nº de registro: 0889

Título
MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS

Autores:
GARCIA LECHUZ MOYA JUAN MANUEL, ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR, PEREZ CAAMAÑO NOEMI, LOPEZ GONZALEZ ERIC, ORTEGA LARREA DIEGO, ALDEA ALDANONDO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0889

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS

PROBLEMA

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad el Urocultivo (PTA-59_Z2(E)MB_L-MB) está acreditado desde 2014.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

-Mantenimiento del alcance acreditado Urocultivo (PTA-59_Z2(E)MB_L-MB)

MÉTODO

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de la actividad acreditada.

Tareas asignadas:

? Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
? Facultativos y Residentes: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.

? Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES

1er indicador del mantenimiento de la acreditación:
mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: N° de registros actualizados/ N° de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: 01/09/2016
Fecha de finalización: 01/12/2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: sep 16-nov 17
- Formación y Cualificación del personal implicado: sep 16-nov 17
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: sep 16-nov 17
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. sep 16-nov 17
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada sep 16-nov 17
- Evaluación y seguimiento de indicadores: sep 16-nov 17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1045

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ANA ISABEL LOPEZ CALLEJA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas han sido:

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis y formatos relacionados.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas
- Mantenimiento y seguimiento del Listado de Equipos por secciones. Cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos.
- Comunicación periódica en sesión del Servicio de los temas/problemas relacionados con calidad.
- Preparación de las auditorías interna en febrero de 2019 y externa en mayo 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han actualizado un total de 33 procedimientos, se han mantenido al día los registros de calidad y técnicos. Se han realizado satisfactoriamente los controles internos y externos. Se ha restablecido la normalidad en la realización de los controles externos. Está pendiente de recibir el informe de auditoría interna (aunque no se detectaron hallazgos que cuestionen la competencia técnica) y pendiente de realizarse la auditoría externa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El mantenimiento del alcance de acreditación en un laboratorio es costoso y requiere un sobreesfuerzo en el trabajo diario, pero es de gran utilidad para asegurar la correcta realización de técnicas, disponibilidad de procedimientos actualizados, control periódico de los procesos gracias a controles internos y externos, lo que en resumen asegura la competencia técnica de los resultados y por ello la seguridad del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1045 ===== ***

Nº de registro: 1045

Título
MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL, FERRER CERON ISABEL, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, GARCIA LECHUZ JUAN MANUEL, MARTIN SACO GLORIA, VIÑUELAS BAYON JESUS, PALACIOS MIGUEL YOLANDA, FERNANDEZ ESGUEVA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías infecciosas-Dx de laboratorio
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 por la Entidad Nacional de Acreditación en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación obliga al trabajo según buenas prácticas de laboratorio (norma ISO 15189) reconoce la competencia técnica del laboratorio y garantiza los resultados microbiológicos, a través del establecimiento de una cultura de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1045

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como la realización periódica de auditorías internas y externas.

El mantenimiento del alcance de acreditación es fundamental para garantizar esa competencia técnica y la mejora continua, y repercute directamente en la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del alcance de acreditación del Servicio de Microbiología, iniciado en el año 2009 y mantenido hasta la fecha con la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio de Microbiología. Se detalla a continuación parte del alcance a mantener (el resto del alcance acreditado del Servicio de Microbiología viene indicado en el Proyecto de ampliación y mantenimiento):

- 1- Hemocultivos
- 2- Cultivo de cateter
- 3- Cultivo de LCR
- 4- Determinación de antígeno de neumococo y legionella en orina
- 5- Determinación de la sensibilidad antibiótica en aerobios, anaerobios facultativos
- 6- Identificación microbiana por EM-MALDI TOF
- 7- Detección fenotípica de mecanismos de resistencia
- 8- Detección de S. aureus meticilin resistente por cultivo
- 9- Detección del estado de portador de bacterias multirresistentes por cultivo
- 10- Urocultivo
- 11- Diagnóstico microbiológico de colonización vaginorrectal por Streptococcus agalactiae en embarazadas por cultivo.
- 12- Cultivo Exudados vaginal, vulvar, endocervical, uretral, rectal, faríngeo, otras muestras genitales
- 13- Cultivo Leche Materna
- 14- Cultivo Líquido articular, ascítico, abscesos, tejidos, biopsias, prótesis
- 15- Cultivo Úlceras, heridas, quemaduras

MÉTODO

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis y formatos relacionados.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas
- Mantenimiento y seguimiento del Listado de Equipos por secciones. Cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos.
- Comunicación periódica en sesión del Servicio de los temas/problemas relacionados con calidad.
- Auditorías interna y externa previstas octubre 2018 y junio 2019.

INDICADORES

1er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis y formatos relacionados
Nº de documentos actualizados/ Nº de documentos totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito a la sección y cumplimentación ficha cualificación Si/NO

3er indicador: Mantener actualizado listado de equipos y cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos SI/NO

4º indicador: Cumplimiento del programa de control interno y externo y evaluación de resultados SI/NO

DURACIÓN

Fecha de inicio: abril 2018

Fecha de finalización: junio 2019

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: todo el periodo
- Formación y Cualificación del personal implicado: ante nuevo personal, durante todo el periodo
- Complimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno y externo de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral durante todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1045

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ANA MARIA MILAGRO BEAMONTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FORTUÑO CEBAMOS BLANCA
SAHAGUN PAREJA JUAN
ARIAS ALONSO ANTONINA
EGIDO LIZAN PILAR
MARTINEZ SAPIÑA ANA
ROC ALFARO MARIA LOURDES
REZUSTA LOPEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado los dos PTA, (PTA-37 Sensibilidad antibiótica de Micobacterias en medio líquido BACTEC, y PTA 12 Identificación de especie de Plasmodium app por PRC a tiempo real) relativos a las técnicas de la ampliación del alcance, se encuentran difundidos en intranet y han pasado la auditoria interna con fecha del 20 al 22 de febrero En relación a las técnicas de mantenimiento de alcance, los procedimientos se han actualizado y han pasado la auditoria interna con fecha del 20 al 22 de febrero
En ambos casos estamos a la espera del informe de auditoria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todos los resultados propuestos han sido alcanzados.
Se han realizado los PTA nuevos y se han difundido enontranet
Se han revisado los PTA de mantenimiento de acreditación y se han actualizado los PTA lo necesitaran
Se ha cumplimentado y realizado los controles externos y la cualificación y formación del personal
Se ha pasado al auditoría interna a la espera del informe final

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La acreditación garantiza el resultado Microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua y el aseguramiento de la calidad de los ensayos. La motivación del personal del Servicio de Microbiología hace posible la ampliación y el mantenimiento del alcance de acreditación, ya que implica un esfuerzo en el trabajo diario, muchas veces fuera del horario de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1160 ===== ***

Nº de registro: 1160

Título
AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA, FORTUÑO CEBAMOS BLANCA, SAHAGUN PAREJA JUAN, ARIAS ALONSO ANTONINA, EGIDO LIZAN PILAR, MARTINEZ SAPIÑA ANA, ROC ALFARO LOURDES, REZUSTA LOPEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: acreditación y mantenimiento de procedimientos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

PROBLEMA

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micobacterias y Biología Molecular hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio

RESULTADOS ESPERADOS

El Servicio de Microbiología inició la acreditación en la NORMA UNE EN ISO 15189 el año 2009. Desde entonces y gracias a la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio, ha ampliado alcances y mantenido las técnicas ya acreditadas

Se detalla a continuación el alcance a ampliar y a mantener

Ampliación

- Sensibilidad antibiótica de Micobacterias en medio líquido BACTEC
- Tipado molecular de *Pasmodium spp* (prueba en la que HUMS es Hospital de referencia para Aragón)

Mantenimiento

- Detección de Papilomavirus de alto riesgo en el cribado oncológico
- Carga Viral
- Detección de Virus Gastrointestinales (Adenovirus, Astrovirus, Norovirus, Rotavirus) por Inmuncromatografía.

Inmuncromatografía.

- Detección de Antígenos de *Plasmodium spp.* en sangre por Inmunografía
- Detección de Antígenos de *Plasmodium spp.* en sangre por PCR tiempo real
- Detección e identificación de Hongos Dermatofitos en piel, pelo o uñas
- Tinción De Ziehl-Neelsen a partir de muestra directa para la detección de Micobacterias en muestras respiratorias de vías bajas y orinas

Tinción de auramina

- Siembra y cultivo de Micobacterias en medio líquido Bactec MGITT 960 (BD) y pruebas bioquímicas de identificación

- Identificación de *Mycobacterium tuberculosis Complex* por Inmunoanálisis Cromatográfico
- Análisis genético molecular para identificación de especies micobacterias aisladas en cultivo (Maldi-Tof, Genotype® *Mycobacterium AS/ CM/ MTBC*)

- Detección molecular de *Mycobacterium tuberculosis Complex* Mediante técnica Fluorotype®MTB Reacc. en cadena de Polimerasa tiempo real (PCR)

Tinción de Kinyoun

- Determinación de marcadores serológicos frente a VHB (autonalizador cobas e411)
- Determinación de marcadores serológicos virus VHA, VHB, VHC y VIH por Quimioluminiscencia en analizador Advia Centauro

- Determinación de anticuerpos: a *Toxoplasma*, Rubeola, Lúes, Citomegalovirus, Epstein Barr y Herpes simple, por quimioluminiscencia en autoanalizador Immulite

- Diagnóstico de infección respiratoria en aspirado traqueal y muestras obtenidas por fibrobroncoscopia
- Coprocultivo

- Diagnóstico microbiológico de la infección del tracto respiratorio superior

- Diagnóstico microbiológico de infección respiratoria en esputo (cultivo)

- Diagnóstico microbiológico de infección-colonización respiratoria en pacientes con Fibrosis Quística (cultivo)

- Recepción de muestras en el laboratorio

MÉTODO

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance (R. técnico de micobacterias y R. técnico de PCR)

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis ya acreditados. (R. Técnicos)

- Formación y Cualificación del personal implicado. (R. Técnicos y TEL)

- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.(R. Técnicos y Supervisora)

- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. (R. de Calidad)

- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades ya acreditadas. (R. Técnicos)

INDICADORES

1. Realización y difusión en intranet de los procedimientos de las técnicas ampliadas si/no

2. Mantener actualizados los procedimientos relativos a las técnicas ya acreditadas y los registros relacionados. SI/NO

3. Formación del Personal adscrito a las secciones correspondientes Cumplimentación ficha cualificación >95%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. Cumplimiento del programa de control interno y externo >90%

DURACIÓN

inicio: mayo 2018

finalización: mayo 2019

- Realización y difusión en intranet de los procedimientos relativos a los nuevos alcances: junio 2018
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: durante todo el periodo
- Formación y Cualificación del personal implicado: durante todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: durante todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: durante todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral durante todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ANA MARIA MILAGRO BEAMONTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FORTUÑO CEBAMOS BLANCA
SAHAGUN PAREJA JUAN
ARIAS ALONSO ANTONINA
EGIDO LIZAN PILAR
MARTINEZ SAPIÑA ANA
ROC ALFARO MARIA LOURDES
REZUSTA LOPEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado los nuevos PTA relativos a la ampliación del alcance acreditado "PTA 12 Identificación de especies de Plasmodium por PCR a tiempo Real" y "PTA 37: PRUEBA DE SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA DE MICO BACTERIAS EN MEDIO LÍQUIDO BACTEC MGIT 960"
En relación a los procedimientos ya acreditados se han revisado y actualizado si fuera necesario.
Se han realizado los controles externos relativos a los alcances especificados
Con fecha 20-21 y 22 de febrero de 2019 se ha realizado la auditoria interna, y estamos en espera del informe final

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han difundido los procedimientos en la intranet
Se han actualizado o mantenido los relativos a las técnicas ya acreditadas
Se ha formado al personal de las secciones correspondientes cumplimentando los formatos relativos a formación
Se ha cumplido el programa de controles internos y externos >90%
Se ha conseguido acreditar los nuevos alcances y se han mantenido los ya acreditados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.
La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1160 ===== ***

Nº de registro: 1160

Título
AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA, FORTUÑO CEBAMOS BLANCA, SAHAGUN PAREJA JUAN, ARIAS ALONSO ANTONINA, EGIDO LIZAN PILAR, MARTINEZ SAPIÑA ANA, ROC ALFARO LOURDES, REZUSTA LOPEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Otro tipo Objetivos: acreditación y mantenimiento de procedimientos

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micobacterias y Biología Molecular hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio

RESULTADOS ESPERADOS

El Servicio de Microbiología inició la acreditación en la NORMA UNE EN ISO 15189 el año 2009. Desde entonces y gracias a la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio, ha ampliado alcances y mantenido las técnicas ya acreditadas

Se detalla a continuación el alcance a ampliar y a mantener

Ampliación

- Sensibilidad antibiótica de Micobacterias en medio líquido BACTEC
- Tipado molecular de *Pasmodium* spp (prueba en la que HUMS es Hospital de referencia para Aragón)

Mantenimiento

- Detección de Papilomavirus de alto riesgo en el cribado oncológico
- Carga Viral
- Detección de Virus Gastrointestinales (Adenovirus, Astrovirus, Norovirus, Rotavirus) por

Inmunocromatografía.

- Detección de Antígenos de *Plasmodium* spp. en sangre por Inmunografía
- Detección de Antígenos de *Plasmodium* spp. en sangre por PCR tiempo real
- Detección e identificación de Hongos Dermatofitos en piel, pelo o uñas
- Tinción De Ziehl-Neelsen a partir de muestra directa para la detección de Micobacterias en muestras respiratorias de vías bajas y orinas

Tinción de auramina

- Siembra y cultivo de Micobacterias en medio líquido Bactec MGITT 960 (BD) y pruebas bioquímicas de

identificación

- Identificación de *Mycobacterium tuberculosis* Complex por Inmunoanálisis Cromatográfico
- Análisis genético molecular para identificación de especies micobacterias aisladas en cultivo (Maldi-Tof, Genotype® *Mycobacterium* AS/ CM/ MTBC)
- Detección molecular de *Mycobacterium tuberculosis* Complex Mediante técnica Fluorotype®MTB Reacc. en cadena de Polimerasa tiempo real (PCR)

Tinción de Kinyoun

- Determinación de marcadores serológicos frente a VHB (autonalizador cobas e411)
- Determinación de marcadores serológicos virus VHA, VHB, VHC y VIH por Quimioluminiscencia en analizador

Advia Centauro

- Determinación de anticuerpos: a *Toxoplasma*, Rubeola, Lúes, Citomegalovirus, Epstein Barr y Herpes simple, por quimioluminiscencia en autoanalizador Immulite

- Diagnóstico de infección respiratoria en aspirado traqueal y muestras obtenidas por fibrobroncoscopia

Coprocultivo

- Diagnóstico microbiológico de la infección del tracto respiratorio superior

- Diagnóstico microbiológico de infección respiratoria en esputo (cultivo)

- Diagnostico microbiológico de infección-colonización respiratoria en pacientes con Fibrosis Quística

(cultivo)

- Recepción de muestras en el laboratorio

MÉTODO

- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance (R. técnico de micobacterias y R. técnico de PCR)

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis ya acreditados. (R. Técnicos)

Técnicos)

- Formación y Cualificación del personal implicado. (R. Técnicos y TEL)

- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.(R. Técnicos y Supervisora)

- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. (R. de Calidad)

- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades ya acreditadas. (R. Técnicos)

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

1. Realización y difusión en intranet de los procedimientos de las técnicas ampliadas si/no
2. Mantener actualizados los procedimientos relativos a las técnicas ya acreditadas y los registros relacionados. SI/NO
3. Formación del Personal adscrito a las secciones correspondientes Cumplimentación ficha cualificación >95%.
4. Cumplimiento del programa de control interno y externo >90%

DURACIÓN

inicio: mayo 2018

finalización: mayo 2019

- Realización y difusión en intranet de los procedimientos relativos a los nuevos alcances: junio 2018
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: durante todo el periodo
- Formación y Cualificación del personal implicado: durante todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: durante todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: durante todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral durante todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0788

1. TÍTULO

LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR EGIDO LIZAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA
VIÑUELAS BAYON JESUS
REZUSTA LOPEZ ANTONIO
ROC ALFARO LOURDES
PALACIAN RUIZ MARIA PILAR
ARIAS ALONSO ANTONINA
MARTIN SACO GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Acción

Realización de mapa de la cadena de valor (VSM) es una herramienta visual que muestra el flujo de materiales y de información desde el principio hasta el final de su recorrido

Se realizó un estudio muestral de Líquidos Cefalorraquídeos (LCR) para conocer su flujo desde el principio hasta el final de su recorrido

Los VSM se realizaron antes y después del cambio de ubicación de virus

Responsables Grupo Lean, Escuela de Ingeniería de Unizar (Dr. Jose A.Yagüe-Fabra, Marina Damián)

Fecha Marzo-Julio 2019

Acción

Cambio ubicación Virus

Tras valorar la primera VSM del LCR y otras muestras urgentes se determinó la nueva ubicación de la unidad de virus

Responsables Dr. Rezusta/Dr. Viñuelas

Fecha Marzo 2019

Acción

Revisión circuitos informáticos

Se realizó la revisión para mejorar el volcado de peticiones en preanalítica y su recuperación en nuestro sistema informático desde los buzones

Responsables Grupo LEAN, Escuela de Ingeniería de Unizar (Dr. Jose A.Yagüe-Fabra/

David Rodriguez Chavez)

Fecha: Marzo2019/Diciembre 2019

Acción

Encuestas realizadas de estrés en la plantilla

Se dispuso una urna para el deposito de las encuestas y se comunicó al personal del laboratorio que podía depositarlas ahí de forma anónima y voluntaria.

Esta urna estuvo disponible en dos periodos diferentes mayo y junio en primer periodo y noviembre diciembre en el segundo

Responsable Grupo LEAN

Fecha Diciembre 2019

Acción

Número de sugerencias realizadas y respondidas

Se monitoriza un mes de sugerencias y su respuesta

Responsable Dr. Rezusta Grupo LEAN

Fecha Marzo2019/Diciembre 2019

Acción

Número de reuniones realizadas

Se han realizado reuniones para introducir la filosofía LEAN en el Servicio y para transmitir los avances del proyecto

Responsables Grupo LEAN

Fecha Marzo2019/Diciembre 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- Tiempo de procesamiento de LCR después de establecer circuito*nº de LCR / Tiempo de procesamiento de LCR antes de establecer circuito*Nº de LCR

27 minutos/62 minutos = 0,43 (Objetivo marcado <1)

Fuente y método de obtención: Registros de laboratorio

2- Medida de distancias recorridas por los LCR después del circuito/ Medida de distancias recorridas por los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0788

1. TÍTULO

LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA

LCR antes del circuito.

112 pasos de TEL con la muestra/297 pasos de TEL con la muestra= 0,37 (Objetivo marcado <1)

Fuente método de obtención: Registros de laboratorio

A estos objetivos se ha sumado la centralización en la recepción del LCR con mayor priorización de las determinaciones a realizar en una muestra siempre escasa y un archivo único y no contaminado para posteriores determinaciones

3- Cambios estructurales: Cambio de ubicación de la unidad de virus

Realizado (Objetivo: Realizado)

Fuente y método de obtención: Estructura física de la nueva ubicación

4- Circuitos informáticos revisados Se ha realizado la revisión de la importación de las peticiones a través del buzón informático

Realizado (Objetivo: Realizado)

Fuente y método de obtención: Trabajo de fin de Master que va ser defendido en la Escuela de Ingeniería

5- Número de encuestas realizadas de stress y clima laboral Se ha realizado la encuesta que fue difundida por el personal de todo el servicio. Se recogieron encuestas cumplimentadas en dos periodos diferentes siendo contestadas por un 34% y un 36% de la plantilla en cada periodo

Cumplimentación 34 y 36% (Objetivo>30% de cumplimentación)

Fuente y método de obtención: Encuestas depositadas en el laboratorio

6- Número de sugerencias realizadas y respondidas, 90% en menos de un mes.

Las sugerencias fueron recogidas en formato papel por el Dr. Rezusta llevando un registro de las contestadas en menos de un mes

Respuesta de 98% (Objetivo >90%)

Fuente y método de obtención: Sugerencias depositadas en el laboratorio

7-Número de reuniones realizadas

Reuniones de

Grupo LEAN 3

Sesiones del Servicio Mencionado en diversas actas (3)

Industria Privada:

Beckton Dickinson: Javier Pardinás 1

Universidad de Zaragoza: Jose A.Yagüe-Fabra 3

Reuniones realizadas 10 (Objetivo 10)

Fuente y método de obtención Actas de diversas reuniones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación en LEAN debe realizarse en entornos sanitarios. LEAN en la empresa privada es difícilmente extrapolable a la Sanidad Pública

Provechosa colaboración con otras entidades (Unizar)

Recambio del Personal Técnico que dificulta la formación de equipos y la implicación en la Filosofía LEAN. Al mismo tiempo esto puede ser una oportunidad para la formación de equipos y líderes LEAN con las nuevas incorporaciones de TEL tras la oposición

Sobrecarga asistencial que se agudiza con el personal técnico nuevo y sin experiencia en el laboratorio de Microbiología.

Conclusiones de las reuniones no siempre factibles en nuestro medio

Se requiere más tiempo facultativo y técnico para su correcta puesta en marcha en el Servicio

Reuniones de estructura LEAN: Preparación y estudio de documentación previo y reuniones concisas y de finalización en menos de 30 minutos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/788 ===== ***

Nº de registro: 0788

Título

LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA

Autores:

EGIDO LIZAN PILAR, MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA, VIÑUELAS BAYON JESUS, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, ROC ALFARO LOURDES, PALACIAN RUIZ MARIA PILAR, ARIAS ALONSO ANTONINA, MARTIN SACO GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0788

1. TÍTULO

LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Lean es una filosofía y una metodología de trabajo basada en las personas, que busca la mejora continua y la optimización de los resultados. Las técnicas utilizadas se centran en dar valor añadido, la eliminación de desperdicios (todas aquellas actividades que no añaden valor) y en la comunicación entre las personas involucradas en cada etapa del proceso.

La situación actual requiere análisis para una mejor distribución de equipos y aminorar los desplazamientos innecesarios de personas (analizados mediante diagramas espagueti) en la distribución de muestras y placas de cultivos.

Por ello, se va a analizar la situación actual y el flujo de valor del proceso de distribución de las muestras en busca de cambios operativos y estructurales, que faciliten el procesamiento minimizando los procesos que supongan despilfarros.

Por otro lado, en paralelo, se van a realizar encuestas para conocer el stress percibido, así como el clima laboral, durante el desarrollo del análisis LEAN y valorar la previsible mejora de satisfacción con las actividades a realizar por parte del personal

RESULTADOS ESPERADOS

1. Análisis situación actual
2. Medir el tiempo del procesamiento de una muestra
3. Detectar cuellos de botella
4. Analizar la distancia recorrida por las muestras en el laboratorio.
5. Conocer el nivel de stress y el clima laboral
6. Analizar todas las sugerencias del personal.

MÉTODO

Realizar flujos de muestras de LCR urgentes

1. Toma de tiempos
2. Medida de distancias recorridas por las muestras
3. Cambios estructurales para la reubicación de las unidades
4. Revisar los circuitos informáticos para detectar flujos de información inadecuados
5. Realización de encuesta de stress dos veces al año
6. Realización de encuesta de clima laboral y satisfacción una vez año
7. Reunión con la o las personas que realizan sugerencias para evaluar su implantación.

INDICADORES

Tiempo de procesamiento de muestras urgentes.

Tiempo de procesamiento de LCR después de establecer circuito*nº de LCR /

Tiempo de procesamiento de LCR antes de establecer circuito*Nº de LCR

Objetivo: Cociente <1

Movimientos de las muestras.

Medida de distancias recorridas por los LCR después del circuito/

Medida de distancias recorridas por los LCR antes del circuito

Objetivo: Cociente <1.

Para la medida de ambos indicadores se tomará una parte muestral de los LCR recibidos

Cambios estructurales realizados Sí /no

Circuitos informáticos revisados si/no

Número de encuestas realizadas de stress y clima laboral, 30% de la plantilla

Número de reuniones realizadas por unidades 10 en total

Número de sugerencias realizadas y respondidas, 90% en menos de un mes.

DURACIÓN

Inicio análisis marzo 2019

Encuesta inicial de stress mayo 2019.

Encuesta final de stress noviembre 2019

Encuesta de clima laboral noviembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0788

1. TÍTULO

LEAN EN PREANALITICA DE MICROBIOLOGIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0821

1. TÍTULO

GESTION DE LOS EJERCICIOS DE INTERCOMPARACION EXTERNO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN EL MARCO DE LA ACREDITACION POR LA NORMA UNE EN ISO 15189

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA MILAGRO BEAMONTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FORTUÑO CEBAMOS BLANCA
MARTINEZ SAPIÑA ANA
FERRER CERON ISABEL
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION
VILLUENDAS USON MARIA CRUZ
LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL
PALACIOS MIGUEL YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En abril de 2019 se analizaron los controles externos que se estaban realizando, para implementar los necesarios en las nuevas técnicas acreditadas y adecuar los existentes para las técnicas ya acreditadas
Durante el mes de mayo de 2019 se actualizó el procedimiento de trabajo y los diferentes formatos de registro para que los controles pudieran ser analizados
En junio de 2019 Se organizó un curso-taller de formación y difusión del procedimiento
Durante todo el periodo, los responsables técnicos de cada sección han cumplimentado los registros de controles externos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado un procedimiento y diversos formatos de registro todos dentro del sistema de gestión de calidad en el ámbito de la NORMA UNE EN ISO 15189. El procedimiento aparece difundido en intranet PTG-03_Z2(E)M_L-MB: Aseguramiento externo de la calidad con los formatos asociados del PTG-03-1_Z2(E)M_L-MB al PTG-03-5_Z2(E)M_L-MB
Se han implementado controles externos necesarios para las técnicas acreditadas
El nuevo sistema de introducción de resultados permite analizar los datos parámetro por parámetro y en función del equipo utilizado.
Se han realizado el 100% de los estudios de intercomparación y los registros están actualizados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos trabajado en equipo, realizando el procedimiento, los formatos y analizando los controles externos a implementar, así como las distribuciones mas adecuadas. Es complicado llevar un registro actualizado en algunas áreas debido a la cantidad de parámetros acreditados, por lo que serían útiles herramientas informáticas que requieran menos tiempo por parte del usuario que los registros excel. Quizás algún programa que lleve también un tratamiento estadístico.
Tanto los formatos como el procedimiento ha quedado incluido dentro de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Microbiología. Este procedimiento esta accesible a todo el SALUD por lo que puede servir de guía a otro Servicio/Laboratorio

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/821 ===== ***

Nº de registro: 0821

Título
GESTION DE LOS EJERCICIOS DE INTERCOMPARACION EXTERNO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN EL MARCO DE LA ACREDITACION POR LA NORMA UNE EN ISO 15189

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA, FORTUÑO CEBAMOS BLANCA, MARTINEZ SAPIÑA ANA, FERRER CERON ISABEL, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL, PALACIOS MIGUEL YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0821

1. TÍTULO

GESTION DE LOS EJERCICIOS DE INTERCOMPARACION EXTERNO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN EL MARCO DE LA ACREDITACION POR LA NORMA UNE EN ISO 15189

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua.

Los ejercicios de intercomparación proporcionan una valoración independiente de los datos del laboratorio, comparados con valores de referencia o con el desempeño de laboratorios similares, aportando a la organización la confirmación de que los aspectos técnicos de sus servicios son satisfactorios o alertando sobre la necesidad de investigar problemas potenciales dentro del laboratorio. La participación permite además probar el desempeño en nuevos ensayos o mediciones, en aquellos que se llevan a cabo con poca regularidad y comparar los resultados obtenidos utilizando métodos diferentes, ayudando así a seleccionar la metodología que mejor se adecúa a sus características y a las necesidades de sus clientes.

Los ejercicios de intercomparación permiten al Servicio de Microbiología:

- Aportar resultados a los estudios de exactitud y cálculo de incertidumbre, en el caso que sea necesario, para realizar la correspondiente validación de los métodos
- Verificar la calidad de los métodos de ensayo empleados
- Detectar sesgos que pueden no evidenciarse con los programas de control de calidad interno
- Identificar los métodos de análisis que presentan menores sesgos y conocer los sesgos asociados a las distintas técnicas
- Monitorizar la evolución de los métodos de ensayo a lo largo del tiempo
- Comparar su "calidad técnica" con otros laboratorios
- Identificar errores en el funcionamiento de sus equipos
- Supervisar la formación, cualificación y competencia técnica de su personal

Desde que se inició la acreditación en la NORMA UNE EN ISO 15189 el año 2009, el Servicio de Microbiología, gracias a la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio, ha ampliado alcances y mantenido las técnicas ya acreditadas, este aumento hace necesario ampliar y modificar los registros de los ejercicios de intercomparación externos para adecuarlos a las necesidades actuales del Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

Gestión de los ejercicios de intercomparación externos (programas de SEIMC, Labquality, QCMD, etc..) realizados en el Servicio de Microbiología.

MÉTODO

- analizar los actuales controles externos, para implementarlos en las nuevas técnicas acreditadas y adecuar los existentes para las técnicas ya acreditadas
- actualizar el procedimiento de trabajo y los diferentes formatos de registro para que puedan ser analizados.

INDICADORES

1º indicador: Realización y difusión en intranet del procedimiento de trabajo de los ejercicios de intercomparación y los formatos de registro SI/NO

2º indicador: Mantener actualizados los registros de los ejercicios de intercomparación: >90% de los controles registrados

3º indicador: Realización de los ejercicios de intercomparación de las técnicas acreditada dentro del tiempo de respuesta: >90%

DURACIÓN

Fecha de inicio: abril 2019
Fecha de finalización: abril 2020

- Realización y difusión en intranet del procedimiento relativo a los ejercicios de intercomparación y sus formatos de registro: mayo 2019
- Realización de un curso/taller para presentación y formación para el uso de los nuevos formatos de registro: junio 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0821

1. TÍTULO

GESTION DE LOS EJERCICIOS DE INTERCOMPARACION EXTERNO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA EN EL MARCO DE LA ACREDITACION POR LA NORMA UNE EN ISO 15189

- Cumplimentación de los registros de controles externos: durante todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral durante todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0540

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ JULIA FRONTIÑAN PARDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERRER LOPEZ EMILIA
MODREGO IRANZO DIANA
SASAL PEREZ SARA
DEL BARRIO ARANDA NATALIA
LAZARO GONZALEZ CARMEN
ANTON RAMAS SONIA PILAR
ABRIL MARQUES GLORIA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

AL INGRESO EN LA PLANTA, SE INDICAN A LOS ACOMPAÑANTES Y AL PACIENTE, LAS MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS A ADOPTAR DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA.
ELABORACION Y ENTREGA DE UN DOCUMENTO, VISUAL Y SENCILLO, CON LAS MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS, COMO REFUERZO A LA EDUCACION QUE SE REALIZA A LOS ACOMPAÑANTES DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO INVERSO.
ADEMAS DE UN REFUERZO CONTINUADO DE LA EDUCACION PARA LA SALUD, CUANDO SE HAN OBSERVADO CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ACOMPAÑANTES QUE PUDIERAN AFECTAR A LA SALUD DE DICHS PACIENTES.

CALENDARIO:

OCTUBRE - NOVIEMBRE 2016 : ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO INFORMATIVO PARA ENTREGAR A LOS ACOMPAÑANTES SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE AISLAMIENTO INVERSO. DICIEMBRE 2016: INICIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, EN PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO, A ACOMPAÑANTES. ENERO- SEPTIEMBRE DE 2017: CONTINUACIÓN DE LA FASE ANTERIOR. OCTUBRE 2017: REVISIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA, Y COMPROBACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DEL PORCENTAJE DE INFECCIONES PRESENTADAS EN LOS PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO. NOVIEMBRE- DICIEMBRE 2017: PUESTA EN COMÚN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN CADA SERVICIO EN LOS QUE TRABAJEN LOS INTEGRANTES DEL GRUPO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

REFUERZO DE LAS MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS DE LOS ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO PARA REDUCIR EL PORCENTAJE DE INFECCIONES NOSOCOMIALES DE DICHS PACIENTES DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO.
SEGÚN LOS DATOS OBTENIDOS DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H.U.MIGUEL SERVET, LAS TASAS DE PACIENTES CON INFECCION NOSOCOMIAL (IN) ADQUIRIDA EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS SON:
- EN EL AÑO 2016: 14,29%
- EN EL AÑO 2017: 11,76%
COMO SE OBSERVA SEGÚN LOS DATOS OBTENIDOS, LAS VARIACIONES SON MUY SIGNIFICATIVAS, REDUCIENDO UN 2.53% EL RIESGO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

QUE GRACIAS A LA UTILIZACION DE CORRECTAS MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS EN PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO, SE REDUCE SIGNIFICATIVAMENTE EL RIESGO A ADQUIRIR UNA INFECCION NOSOCOMIAL.

ES MUY IMPORTANTE NO SOLO LA CORRECTA FORMACION DEL PERSONAL SANITARIO EN LA UTILIZACION DE MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS EN PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO SINO DE LOS ACOMPAÑANTES DE DICHS PACIENTES PARA PODER REDUCIR AL MAXIMO POSIBLE, EL RIESGO DE INFECCION.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/540 ===== ***

Nº de registro: 0540

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO

Autores:
FRONTIÑAN PARDO BEATRIZ JULIA, FERRER LOPEZ EMILIA, MODREGO IRANZO DIANA, SASAL PEREZ SARA, DEL BARRIO ARANDA NATALIA, LAZARO GONZALEZ CARMEN, ANTON RAMAS SONIA PILAR, ABRIL MARQUES GLORIA MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0540

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incidencia de infecciones nosocomiales en pacientes que precisan aislamiento inverso por un elevado riesgo de tener infecciones bacterianas, víricas, fúngicas y parasitarias debido a la no correcta realización de estas medidas preventivas por los acompañantes.
Consideramos imprescindible el refuerzo de la educación de la salud por parte del personal de enfermería para evitar en mayor medida el riesgo de infecciones por este motivo.

RESULTADOS ESPERADOS

Reforzar las medidas de higiene preventivas, a los acompañantes para evitar en el mayor grado posible los riesgos potenciales de infección.

MÉTODO

Se elaborará un documento informativo, tipo tríptico, visual y sencillo, como refuerzo a la educación que se dé a los acompañantes del paciente, antes de entrar en la habitación. Si se observan conductas de riesgo en los visitantes que puedan afectar a los pacientes con aislamiento inverso, se reforzará la educación para la salud.

INDICADORES

Se obtendrán datos objetivos mediante los resultados solicitados por su médico especialista, a través de las muestras recogidas, y el seguimiento realizado por medicina preventiva.

DURACIÓN

Octubre - Noviembre 2016 : Elaboración del documento informativo (tríptico) para entregar a los acompañantes sobre las medidas preventivas de aislamiento inverso.
Diciembre 2016: Inicio de educación para la Salud, en pacientes con aislamiento inverso, a acompañantes.
Enero- Septiembre de 2017: Continuación de la fase anterior.
Octubre 2017: Revisión de los datos obtenidos por el servicio de medicina preventiva, y comprobación de la disminución del porcentaje de infecciones presentadas en los pacientes con aislamiento inverso.
Noviembre- Diciembre 2017: Puesta en común de los resultados obtenidos en cada servicio en los que trabajen los integrantes del grupo.

OBSERVACIONES

Los integrantes del proyecto desarrollan su labor asistencial, en diferentes servicios, lo que dará una visión en conjunto de los resultados obtenidos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0560

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCION DE CAIDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE EMILIA FERRER LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FRONTIÑAN PARDO BEATRIZ JULIA

DEL BARRIO ARANDA NATALIA

SASAL PEREZ SARA

LAZARO GONZALEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha preparado un documento informativo (díptico) en el cual se explican los factores de riesgo relacionados con las caídas en el ámbito hospitalario.

Pendiente de pasar a otro tamaño, para colocar fijo en las habitaciones, en lugar de entregar a todos los pacientes.

Reunión de los integrantes del grupo donde se puso en común la necesidad de reforzar la educación al ingreso de los pacientes sobre el riesgo de caídas durante la hospitalización

Se puso en conocimiento de los integrantes del grupo la existencia de un documento de eventos adversos en el hospital, y en caso de registrarse una caída en sus respectivas unidades su cumplimentación para registrarlo.

Se han pedido a las unidades de hospitalización los eventos registrados, durante el año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados están pendientes de poderse evaluar, ya que no disponemos aún de datos recopilados.

En la semana del 26 de febrero 2018, se avanzará en este asunto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tareas pendientes de realizar:

- Comprobación del número eventos adversos relacionados con las caídas ocurridos en el 2017.
- Comparación con los eventos registrados en los años anteriores.
- Existe un protocolo en el HUMS del año 2015, pendiente de actualizar en la segunda fase del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/560 ===== ***

Nº de registro: 0560

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCION DE CAIDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Autores:
FERRER LOPEZ EMILIA, FRONTIÑAN PARDO BEATRIZ JULIA, DEL BARRIO ARANDA NATALIA, SASAL PEREZ SARA, LAZARO GONZALEZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Signos y síntomas de diversa índole, relacionada con el estado basal del paciente y el motivo de ingreso

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0560

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCION DE CAIDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los pacientes hospitalizados existe un riesgo potencial de caídas relacionado entre otros, con la edad, los antecedentes personales, la enfermedad actual y, el desconocimiento del medio hospitalario. Debido a que es un riesgo que puede conllevar el empeoramiento en el estado de salud del paciente, consideramos necesario reforzar la educación para la salud, con el fin de minimizar este tipo de incidentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducir la incidencia de caídas en los pacientes hospitalizados en cada unidad a través de la educación para la salud.

MÉTODO

El programa se iniciará con una reunión para todo el personal sanitario donde prestan sus servicios los integrantes del equipo, en el que se concienciará de las consecuencias de este riesgo. El equipo encargado de este proyecto, preparará un documento informativo para incluir la educación para la salud en la primera toma de contacto, realizada durante la valoración al ingreso del paciente. Se reforzará la educación entregada al ingreso en el turno de la noche, antes del descanso nocturno.

INDICADORES

Existe un protocolo específico en el que se registra las caídas ocurridas durante los ingresos hospitalarios. En cada servicio se insistirá en la necesidad de cumplimentar este protocolo en caso de que suceda una caída. Analizaremos los registros recogidos pre y post educación.

DURACIÓN

Durante los meses de Octubre a Diciembre de 2016 se llevará a cabo, la realización del documento informativo que se adjuntará en la valoración de enfermería, y la reunión motivadora al personal.
? De Enero a Mayo 2017, se realizará la ejecución del programa educativo.
Se comprobará el adecuado registro de los protocolos en caso de caída, y en su defecto se reforzará, al personal para su cumplimentación. (En los centros que exista el registro de caídas).
? Junio a Julio 2017, analizar los protocolos cumplimentados y, compararlos con los protocolos registrados, durante el mismo periodo del año anterior en cada servicio. (En los centros que exista el registro de caídas).
? Agosto - Septiembre 2017, puesta en común de los resultados de cada servicio.

OBSERVACIONES

Al ser personal sanitario que trabaja en diferentes servicios hospitalarios, se podrán realizar las actividades en cada unidad pudiendo obtener información de las diferentes unidades, donde se encuentran pacientes con distintas causas y motivo de ingreso.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1211

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ALEX GUTIERREZ DALMAU
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAUL RAMOS FRANCISCO JAVIER
ALADREN REGIDOR MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mantenimiento de la actividad

Solicitud (y concesión) de la ampliación de cartera de servicios para la incorporación de la técnica de recambio plasmático (plamaféresis) al servicio
Inicio de trámites para su incorporación efectiva al Servicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el presente 2017 se han realizado un total de 74 trasplantes renales de donante fallecido y 11 de donante vivo lo que supone un 12,9% del total superando el objetivo planteado del 10%

Destacar el seguimiento "de por vida" que se lleva a cabo a los donantes (que de alguna manera reciben esta compensación por su gesto; útil para su receptor e indirectamente al reducir la lista de espera para todos los que en ella se encuentran que ven aumentadas sus oportunidades de trasplantarse

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario apoyo institucional para difundir las bondades del TxR de donante vivo (preferentemente anticipado al inicio de tratamiento dialítico) como modalidad de sustitución de la función renal con los mejores resultados en términos de supervivencia de los pacientes y calidad de vida
Nuestro servicio debe mantener contacto estrecho y difundir los resultados del programa de trasplante (global y de vivo en particular)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1211 ===== ***

Nº de registro: 1211

Título
PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

Autores:
GUTIERREZ DALMAU ALEX, PAUL RAMOS FRANCISCO JAVIER, ALADREN REGIDOR MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato genitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El trasplante renal de donante vivo (TRDV) es la mejor modalidad de tratamiento renal sustitutivo en términos de supervivencia del paciente y calidad de vida del mismo. Es a la vez, por ello mismo, la modalidad de mayor eficiencia y menor morbilidad. Nuestro programa de TRDV es único para toda la Comunidad Autónoma

RESULTADOS ESPERADOS

Mantener/incrementar el porcentaje de pacientes que recibe un TRDV

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1211

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

Mantener la estructura que ya es altamente eficiente
Potenciar el tratamiento con recambio plasmático (ampliación cartera de servicios) de las formas humorales de rechazo
Utilizar el recambio plasmático para posible desensibilización de receptores y para facilitar el TXRDV con grupo ABO incompatible

INDICADORES

El 10% de los pacientes que se trasplantan lo hará de donante vivo (TRDV)

Nº pacientes TRDV

Indicador = ----- x 100

Nº total de pacientes trasplantados

Indicador = ó > 10%

DURACIÓN

Mantenimiento permanente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1416

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DIALISIS DOMICILIARIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ALBERTO SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOU ARNAL LUIS MIGUEL
CAMPOS GUTIERREZ BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mantenimiento de consulta ERCA (médico y enfermería)
Programa de apoyo a las decisiones del paciente
Centro seleccionado para proyecto NEFRALIA
Actividades de "mentoring" de pacientes
Inicio de informatización de actividades de la Unidad de Dialisis Domiciliaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el finalizado año 2017 un 38% de los incidentes en tratamiento renal sustitutivo lo han hecho mediante técnicas domiciliarias. Las referencias eran alcanzar un 10-15%. Los resultados del presente 2017 reflejados y obtenidos de la actividad del Servicio se encuentran muy por encima del objetivo fijado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que es fundamental potenciar la consulta ERCA como herramienta de soporte y cauce del programa de diálisis domiciliaria. Sin ella es casi imposible la orientación adecuada a los pacientes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1416 ===== ***

Nº de registro: 1416

Título
PROGRAMA DE DIALISIS DOMICILIARIA

Autores:
SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH ALBERTO, LOU ARNAL LUIS MIGUEL, CAMPOS GUTIERREZ BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Programa de diálisis domiciliaria activo con 28 -30 pacientes en diálisis peritoneal y 2 en hemodiálisis domiciliaria. Las técnicas domiciliarias de diálisis (diálisis peritoneal y hemodiálisis domiciliaria) son las idóneas en términos de implicación del paciente en autocuidado, responsabilidad en la bondad del tratamiento y son altamente coste eficientes.

Su implantación supone un modelo de decisión compartida entre los profesionales y el paciente y su familia que se lleva a cabo en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) siendo un excelente indicador de la bondad de la gestión de la enfermedad renal avanzada y de su tratamiento sustitutivo

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener / incrementar la diálisis domiciliaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1416

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DIALISIS DOMICILIARIA

MÉTODO

Incrementar con un FEA la dedicación a estas técnicas
Dar formación al resto de plantilla y MIR de la especialidad
Mantener el Curso anual de Diálisis Peritoneal para personal de enfermería

INDICADORES

(Nº de pacientes incidentes en técnicas domiciliarias de tratamiento renal sustitutivo / Nº total de pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo) x 100

Estandar: 15%

DURACIÓN

Mantenimiento durante todo el año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0240

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE LUIS MIGUEL LOU ARNAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUTIERREZ DALMAU ALEX
PAUL RAMOS JAVIER
ALADREN REGIDOR MARIA JOSE
SORIA VILLEN ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestro servicio no existe una Consulta de Lista de Espera de Trasplante Renal, a pesar de ser centro de referencia de la Comunidad Autónoma. Resulta complejo centralizar la información, establecer un feed-back con los compañeros responsables de los pacientes y revisar al menos aquellos pacientes que lo precisen. Este proyecto de calidad ha pretendido mejorar estas limitaciones registradas en la gestión de la Lista de Espera de Trasplante Renal de nuestra Comunidad Autónoma programando las siguientes actividades:

1.- Cumplimentación adecuada y en un plazo inferior a 1 mes de los protocolos de inclusión en lista con información a los pacientes y al centro de referencia.

2.- Selección y revisión presencial de los pacientes más complejos de forma previa a su inclusión en lista de espera.

Estas actividades se han realizado en los Despachos de las Consultas Externas de Nefrología en dos Consultas de Tardes.

Se ha centralizado la recepción de todos los documentos relativos a la inclusión en Lista de Espera de Trasplante Renal, se han completado los protocolos de inclusión en lista, se ha establecido contacto con los Nefrólogos, Urólogos, Inmunólogos y Anestesiólogos implicados en el proceso y se han citado y valorado de forma presencial los pacientes con mayor edad o comorbilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1 Julio 2019 1.- Pacientes con correcta cumplimentación de protocolo /Total pacientes remitidos para inclusión en Lista de Espera de Trasplante Renal: 68/80: 82 %

2.- Pacientes complejos revisados/Total pacientes incluidos en lista de espera. 36/68: 52 %

1 Octubre 2019 1.- Pacientes con correcta cumplimentación de protocolo /Total pacientes remitidos para inclusión en Lista de Espera de Trasplante Renal: 110/132: 83,3 %

2.- Pacientes complejos revisados/Total pacientes incluidos en lista de espera. 62/118: 52,5 %

31 Enero 2020 1.- Pacientes con correcta cumplimentación de protocolo /Total pacientes remitidos para inclusión en Lista de Espera de Trasplante Renal: 142/172: 82,6 %

2.- Pacientes complejos revisados/Total pacientes incluidos en lista de espera. 88/168: 52,3 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es preciso centralizar la información referente a la elaboración y actualización de la Lista de Espera de Trasplante Renal, es necesario un proceso informático autonómico que facilite el trasiego de información y el feed-back con los compañeros del equipo multidisciplinar y disponer de una consulta programada donde puedan citarse los pacientes para ser valorados por los nefrólogos responsables de la Lista de Espera.

7. OBSERVACIONES.

Hemos iniciado el Proceso de elaboración de un programa informático autonómico incluido en la Historia Clínica Electrónica común al equipo multidisciplinar implicado en el Trasplante Renal y se ha abierto una consulta específica para elaboración y seguimiento de la Lista de espera de Trasplante Renal con apoyo de enfermería.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/240 ===== ***

Nº de registro: 0240

Título
OPTIMIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

Autores:
LOU ARNAL LUIS MIGUEL, GUTIERREZ DALMAU ALEX, PAUL RAMOS JAVIER, ALADREN REGIDOR MARIA JOSE, SORIA VILLEN ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0240

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto de calidad pretende mejorar las limitaciones registradas en la gestión de la Lista de Espera de Trasplante Renal de nuestra Comunidad Autónoma. La inclusión en Lista de Espera de Trasplante Renal hace recomendable una revisión presencial de los pacientes, actividad que no podemos cubrir dadas las limitaciones de la Unidad de Trasplante Renal. En la actualidad seguimos este procedimiento:

- Recogemos el informe del Nefrólogo responsable del paciente, el informe de la visita presencial que sistemáticamente realizan Urología y Anestesia y el estudio Hematológico.
- Revisamos cuidadosamente toda la información y elegimos entre tres opciones:
 - o Incluir directamente el paciente en Lista de Espera de Trasplante Renal (sin visita previa).
 - o Solicitar estudios complementarios.
 - o Programar una revisión presencial en casos complejos seleccionados.

Debemos tener en cuenta la progresiva presión asistencial (1.009 trasplantes realizados desde 2005, controlando en la actualidad 900 trasplantados con 4.298 revisiones anuales), en crecimiento año a año. La preocupación por no poder visitar o revisar los pacientes pendientes de trasplante se incrementa al haberse registrado en el último año un deterioro de indicadores de resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

Pretendemos optimizar la gestión de la Lista de Espera de Trasplante Renal en dos aspectos:

- Cumplimentación adecuada y en un plazo inferior a 1 mes de los protocolos de inclusión en lista con información a los pacientes y al centro de referencia.
- Selección y revisión presencial de los pacientes más complejos de forma previa a su inclusión en lista de espera.

MÉTODO

El análisis de nuestra Lista de Espera de Trasplante Renal muestra los siguientes datos a fecha 25 Febrero 2019:

-	Pacientes incluidos en lista de espera de trasplante renal:	92
-	Pacientes pendientes de estudio y revisión	156
o	Pacientes en estudio para inclusión en lista:	117
o	Pacientes en exclusión temporal:	23
o	Pacientes incluidos en lista no revisados	

en un periodo superior a 24 meses: 16

A estos 156 pacientes habría que añadir las revisiones necesarias y el estudio de nuevos pacientes que surgen a lo largo del año (cada año se incluyen 90-100 pacientes en lista de espera y sería necesario reevaluar en torno a 35-40). Podemos realizar por lo tanto una estimación total de primeras visitas para el próximo año de 156 + 130: 286 pacientes. Actualmente tenemos capacidad para revisar 40 pacientes en dos medias consultas de lista de espera (Drs. Paul y Gutiérrez).

Como opciones para cubrir esta demanda asistencial se plantea la suma a estas consultas de mañanas de tres consultas mensuales, 33 al año teniendo en cuenta el mes reglamentario de vacaciones (complemento B por exención de guardias del Dr. Lou) proponiendo como contenido de la actividad abrir una consulta de actualización de Lista de Espera de Trasplante Renal de la Comunidad Autónoma.

La organización de la consulta consistiría en:

- o Primeras visitas dedicadas a:
 - Inclusión de pacientes en Lista de Espera de Trasplante Renal.
 - Reevaluación tras periodos de exclusión temporal por patología asociada.
 - Reevaluación planteada tras dos años de permanencia en lista o cambios relevantes en comorbilidades o perfil inmunológico
- o Programación de las visitas:
 - 4 primeras visitas de 45 minutos: 3 h
 - 3 Revisiones de 20 minutos: 1 h
 - Cierre de documentación e informes: 1 h

INDICADORES

Este incremento de actividad y agilización de protocolos nos permitiría mantener actualizada la lista de espera, aunque no realizar la revisión presencial de todos los pacientes. Podríamos citar un total de 172 pacientes al año para revisión presencial, seleccionados de entre los de mayor complejidad.

Indicadores:

- Cumplimentación adecuada y en un plazo inferior a 1 mes de los protocolos de inclusión en lista con información a los pacientes y al centro de referencia en un porcentaje e pacientes > 80 % de los remitidos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0240

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

para inclusión.

- Selección y revisión presencial de los pacientes más complejos de forma previa a su inclusión en lista de espera: revisión de un porcentaje de pacientes incluidos en lista > 50 %.

DURACIÓN

Inicio: Abril 2019

Fin: Abril 2020

Responsables de la implantación: Los Drs. Lou, Paul, Gutiérrez, Aladré, y Soria.

Evaluación del proyecto:

- Revisión cuatrimestral de la actualización de los informes de entrada en lista de espera de trasplante renal, coincidiendo con las reuniones periódicas con los servicios de Nefrología de la Comunidad Autónoma.
- Revisión cuatrimestral del porcentaje de paciente revisados mediante visita en nuestra consulta en relación con los incluidos en lista de espera.

OBSERVACIONES

No

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0241

1. TÍTULO

INICIO PROGRAMADO DE HEMODIALISIS HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE CRONICOS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE LUIS MIGUEL LOU ARNAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PERNAUTE LAVILLA RAQUEL
CAMPOS GUTIERREZ BELEN
PERALTA ROSELLO CARMEN
MEDRANO VILLARROYA CRISTINA
CANTIN LAHOZ VICTOR
GOMEZ BAILO SHEILA
CALLIZO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha establecido una Coordinación entre la Consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada y las Unidades de Hemodiálisis del Hospital Miguel Servet y de su Centro Satélite Hospital San Juan de Dios (donde se derivan los pacientes que inician Hemodiálisis y no disponen de puesto en nuestro centro) para que los pacientes inicien de forma programada el tratamiento dialítico en las unidades de Hemodiálisis de Crónicos, en un entorno y con unos cuidados adecuados. La Consulta de Enfermedad renal Crónica Avanzada comunica a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Miguel Servet el inicio de Hemodiálisis de los pacientes. Los Nefrólogos responsables, en dependencia de las patologías asociadas, deciden si el paciente inicia Hemodiálisis Periódica en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Miguel Servet o del Hospital San Juan de Dios, y se coordina para organizar el inicio de Hemodiálisis en su centro. Desde la Consulta se remite un informe completo a la unidad de diálisis elegida y se facilita el contacto con el paciente y su familia.

Ambas Unidades de Hemodiálisis han diseñado un Protocolo de Acogida, por el cual el paciente y su familia reciben información completa en el centro seleccionado y realizarán una visita a la Unidad. Así mismo, se ha establecido un protocolo de inicio de Hemodiálisis considerando las posibles incidencias de las primeras sesiones (dificultad de uso de acceso vascular, mala tolerancia, ansiedad). Desde las primeras sesiones se establece un proceso formativo que facilita la aceptación del tratamiento, los autocuidados y una mejor calidad de vida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

01-Junio-2019 Pacientes con inicio programado de HD en Unidades de crónicos/Inicio programado de HD total:
15/16: 93 %
01-Septiembre 2019 Pacientes con inicio programado de HD en Unidades de crónicos/Inicio programado de HD
total: 28/30: 93 %
31 Enero 2020 Pacientes con inicio programado de HD en Unidades de crónicos/Inicio programado de HD total:
42/46: 90,1 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El protocolo de acogida atenúa la ansiedad del paciente ante el inicio de un tratamiento nuevo y complejo, facilita los autocuidados y fortalece la confianza en el personal sanitario. La implicación de la familia consigue un mejor conocimiento de la técnica de hemodiálisis, de sus implicaciones y de los cuidados y estímulos que debe aportar al familiar.

7. OBSERVACIONES.

Dificultad de comunicación con el Centro Concertado de Hemodiálisis por ausencia de Histra Clínica Electrónica común. Extraordinaria aceptación por parte de pacientes y personal sanitario.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/241 ===== ***

Nº de registro: 0241

Título
INICIO PROGRAMADO DE HEMODIALISIS HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE CRONICOS

Autores:
LOU ARNAL LUIS MIGUEL, PERNAUTE LAVILLA RAQUEL, CAMPOS GUTIERREZ BELEN, PERALTA ROSELLO CARMEN, MEDRANO VILLARROYA CRISTINA, CANTIN LAHOZ VICTOR, GOMEZ BAILO SHEILA, CALLIZO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0241

1. TÍTULO

INICIO PROGRAMADO DE HEMODIALISIS HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE CRONICOS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El inicio de Tratamiento Renal Sustitutivo mediante Hemodiálisis Periódica supone un momento clave en los aspectos médicos y psicológicos del paciente y su familia. Conlleva una gran carga emocional que puede derivar en ansiedad y depresión y es un momento crítico para conseguir una adecuación al tratamiento y una formación en los complejos autocuidados del paciente renal en hemodiálisis.

En la actualidad, la organización del Servicio de Nefrología origina que inicien su tratamiento mediante diálisis en la Unidad de Agudos, incrementando el estrés y limitando el apoyo y la formación en el inicio de un proceso crónico.

Facilitar en comienzo del tratamiento en un ambiente adecuado es por lo tanto un factor fundamental en el confort presente y futuro del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Coordinar la Consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada y las Unidades de Hemodiálisis del Hospital Miguel Servet y de su Centro Satélite Hospital San Juan de Dios (donde se derivan los pacientes que inician Hemodiálisis y no disponen de puesto en nuestro centro) para que los pacientes inicien de forma programada el tratamiento dialítico en las unidades de Hemodiálisis de Crónicos, en un entorno y con unos cuidados adecuados.

MÉTODO

La Consulta de Enfermedad renal Crónica Avanzada se pondrá en contacto con la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Miguel Servet cuando un paciente precise inicio de Hemodiálisis. Los Nefrólogos responsables, en dependencia de la disponibilidad, decidirán si el paciente inicia Hemodiálisis Periódica en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Miguel Servet o del Hospital San Juan de Dios. Desde la Consulta se remitirá un informe completo a la unidad de diálisis elegida y se facilitará el contacto con el paciente y su familia.

Ambas Unidades de Hemodiálisis han diseñado un Protocolo de Acogida, por el cual el paciente y su familia recibirán información completa en el centro seleccionado y realizarán una visita a la Unidad. Así mismo, se ha establecido un protocolo de inicio de Hemodiálisis considerando las posibles incidencias de las primeras sesiones (dificultad de uso de acceso vascular, mala tolerancia, ansiedad). Desde las primeras sesiones se establece un proceso formativo que facilita la aceptación del tratamiento, los autocuidados y una mejor calidad de vida.

INDICADORES

Indicador: El porcentaje de pacientes que inicie Hemodiálisis de forma programada siguiendo este protocolo será superior al 90 % del total que inicien Hemodiálisis.

DURACIÓN

Inicio: Marzo 2019

Fin: Marzo 2020

Evaluación del proyecto: recogida trimestral del indicador reseñado.

Plan de comunicación: Información en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada, en el Consentimiento

Informado que firman los pacientes al inicio de Hemodiálisis y a través de la Asociación de Enfermos Renales ALCER.

OBSERVACIONES

No

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1056

1. TÍTULO

ORDEN DE EXTRACCION DE MUESTRAS SANGUINEAS EN LA PREPARACION AL PACIENTE POTENCIAL RECEPTOR DE UN INJERTO RENAL

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE EMILIA FERRER LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MAYORAL LACOMA ALICIA
GIMENEZ LALAGUNA MARIA INMACULADA
CAMPOY MARTINEZ CRISTINA
RUBIO CASTAÑEDA FRANCISCO JAVIER
MARTINEZ LONGAS ANGEL JOSE
MARTIN PEREZ MARIA
MUÑOZ JACOBO EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión de la bibliografía más reciente sobre la evidencia científica relacionada con el tema, (en bases de datos científicas y protocolo HUMS)
- Puesta en común de la búsqueda encontrada.
- Comunicación del orden recomendado de extracción de las muestras sanguíneas a la plantilla de hemodiálisis y trasplante.
- Se ha realizado un poster, y se ha colocado en los dos boxes que frecuentemente se utilizan para la preparación de los pacientes.
- Elaboración de un registro de incidencias en Excel, en que queda constancia de las incidencias ocurridas, (repetición de analíticas...) como indicador de cumplimiento.
Sin que hasta la fecha de 22/12/2019 haya quedado reflejada alguna.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Los resultados alcanzados son el conocimiento por parte del personal habitual de la unidad y eventual (tanto de sustituciones, como de verano...) de la búsqueda de la evidencia científica más actualizada, en cuanto al orden recomendado en la extracción de muestras sanguíneas, y la adaptación a nuestro entorno de trabajo, en concreto en la extracción de las muestras sanguíneas al posible receptor de un trasplante renal.
- Registro de incidencias en Excel, en que queda constancia de las incidencias ocurridas, en el cual se constata el motivo de la devolución y/o motivo de envío de nueva muestra sanguínea a laboratorio, y otros datos necesarios (fecha, id paciente, id muestra, tipo de muestra...), como indicador de cumplimiento.
Sin que hasta la fecha de 22/12/2019 haya quedado reflejada alguna.
en el cual se constatará el motivo de la devolución y/o motivo de envío de nueva muestra sanguínea a laboratorio, y otros datos necesarios (fecha, id paciente, id muestra, tipo de muestra...).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De esta experiencia hemos conocido las consecuencias de un incorrecto orden en las extracciones sanguíneas, que conllevarían la posible contaminación de las muestras y, la repetición de las mismas, con el consiguiente trastorno para el paciente y el coste económico que ello supone.
Sería interesante dar a conocer al proyecto en todas las unidades del hospital, en la actualidad son las enfermeras de cada planta las que realizan las extracciones. Siendo bastante considerable el número de extracciones analíticas que se realizan a diario en el hospital.
Por conversación mantenida con el servicio de Bioquímica del hospital, compañeras de otras unidades y estudiantes de enfermería que realizan las prácticas asistenciales en especialidades médicas, consideramos que sería interesante realizar el proyecto a nivel de todos los servicios, ya que no existe conocimiento extendido en la mayoría de las Unidades del hospital del correcto orden de extracción de las muestras sanguíneas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1056 ===== ***

Nº de registro: 1056

Título
ORDEN DE EXTRACCION DE MUESTRAS SANGUINEAS EN LA PREPARACION AL PACIENTE POTENCIAL RECEPTOR DE UN INJERTO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1056

1. TÍTULO

ORDEN DE EXTRACCION DE MUESTRAS SANGUINEAS EN LA PREPARACION AL PACIENTE POTENCIAL RECEPTOR DE UN INJERTO RENAL

RENAL

Autores:

FERRER LOPEZ EMILIA, MAYORAL LACOMA ALICIA, GIMENEZ LALAGUNA MARIA INMACULADA, CAMPOY MARTINEZ CRISTINA, RUBIO CASTAÑEDA FRANCISCO JAVIER, MARTINEZ LONGAS ANGEL JOSE, MARTIN PEREZ MARIA, MUÑOZ JACOBO EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la preparación del paciente para trasplante renal es necesaria la extracción sanguínea de varias determinaciones de laboratorio. Algunos tubos contienen aditivos en su interior, que pueden ser pasados al siguiente tubo en la extracción, con la consiguiente contaminación de la muestra y distorsión de los resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el orden recomendado en la extracción de muestras múltiples en la preparación del paciente candidato a trasplante renal.
Reducir la posibilidad de contaminación de las muestras durante la extracción sanguínea.

MÉTODO

Revisión de la evidencia científica más reciente sobre el orden correcto de la extracción de muestras sanguíneas y su importancia.

Reunión del personal de enfermería de la Unidad de Trasplante, para poner en común la bibliografía seleccionada tras realiza la búsqueda bibliográfica y protocolos existentes en otros centros hospitalarios del país.

Reunión con el servicio de Bioquímica del Hospital U. Miguel Servet para conocer la existencia de protocolo de extracciones sanguíneas, (pendiente de actualizar) el cual nos ha remitido telefónicamente al apartado de IntraSalud, <http://172.25.0.105/intranet/plataformacalidadasistencial.html>
Laboratorios Clínicos HUMS (Toma de muestras Venopunción)

Realización de un documento que recopile la evidencia encontrada y su difusión a toda la plantilla de enfermería de Hemodiálisis y Trasplante (puesto que la recepción y preparación del paciente para la realización del trasplante la realiza todo el personal de enfermería del servicio según la rueda de turno)

INDICADORES

Como indicador, se preparará un registro, (formato Excel) en el cual se constatará el motivo de la devolución y/o motivo de envío de nueva muestra sanguínea a laboratorio, y otros datos necesarios (fecha, id paciente, id muestra, tipo de muestra...).

Se evaluará a los 3, 6, y 12 meses de la implantación el número de incidencias registradas.

INDICADOR :% de incidencias registradas durante cada período.

ESTÁNDAR: > 98%

DURACIÓN

El inicio del proyecto se iniciará en el mes de abril 2019, tras la reunión de la plantilla de la Unidad de Trasplante (Enfermería), a celebrar el día 10 de abril 2019, convocada con motivo de la petición de vacaciones y la puesta en común y unificación de criterios de temas de interés que afectan a la unidad. (Puesta al día del personal incorporado a la Unidad desde el pasado mes de octubre de 2018).

El 6 de mayo se iniciará el proyecto.

En el mes de junio de 2019 de informará a las personas que se incorporen a la Unidad (Enfermería), con motivo de las vacaciones de verano.

La duración de la actividad es continuada a lo largo del año, y se realizará a todos los pacientes a los que se les extraiga muestras para determinación analítica.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1056

1. TÍTULO

ORDEN DE EXTRACCION DE MUESTRAS SANGUINEAS EN LA PREPARACION AL PACIENTE POTENCIAL RECEPTOR DE UN INJERTO RENAL

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0221

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO

Fecha de entrada: 02/03/2018

2. RESPONSABLE ELISABET VERA SOLSONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMARA DE LA CAL SARA
LEON SUBIAS ERICA
SORIANO ANGULO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Identificar el grado de control del asma mediante el cuestionario Test de Control del Asma (ACT) en pacientes tratados en una Consulta de Asma de Difícil Control.
- Recogida de otras variables necesarias para determinar el grado de control en el paciente asmático como son dosis de B-2 de rescate, necesidad de corticoides orales, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.
- Aplicación de un programa de educación sanitaria, especialmente en terapia inhalada, en la visita basal.
Intervención conductual mediante una entrevista personalizada con el paciente persiguiendo un fin motivador para reforzar su adherencia.
- Identificar el grado de adherencia al tratamiento cumplimentando el cuestionario TAI al inicio y a los 6 meses y si influye en el mejor control del asma determinado a través del cuestionario de control de síntomas de asma (ACT).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se inicia un programa de educación sanitaria y adherencia a inhaladores desde diciembre del 2016 hasta junio del 2017 en todos nuestros pacientes procedentes de la Unidad de Asma grave.
Se analiza en 40 pacientes los modificaciones producidas tanto en el TAI como en el grado de control de síntomas medidos por ACT tras el programa de educación.

Los indicadores utilizados fueron:

-Cuantificación de los cambios producidos tanto en el Control del Asma como en la Adherencia al Tratamiento.
- Correlación entre el grado de mejoría del paciente asmático y su adherencia al tratamiento.

Atendiendo a la cuantificación de los cambios producidos en el TAI, se consigue una mejoría en la adherencia a inhaladores pasando de una adherencia parcial (media de 48.81) a una adherencia completa (media de 51). Sin embargo, no se observa este cambio en el control de síntomas existiendo incluso un empeoramiento clínico pasando de un ACT de 17.5 a un ACT 16.9.

Tras realizar un modelo de regresión lineal entre ACT y TAI, no existe correlación entre las 2 variables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general, la falta de adherencia al tratamiento suele ser la primera causa de mal control del asma, sin embargo, en pacientes con asma grave es preciso determinar también otras potenciales causas y/o mecanismos fisiopatológicos de un mal control de la enfermedad entre los que se incluyen las infecciones respiratorias así como las comorbilidades asociadas a asma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/221 ===== ***

Nº de registro: 0221

Título
OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO

Autores:
VERA SOLSONA ELISABET, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, GOMARA DE LA CAL SARA, LEON SUBIAS ERICA, SORIANO ANGULO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0221

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se estima que el grado de adherencia terapéutica a los inhaladores prescritos para asma no supera el 50%. Existen diversos factores relacionados, como la complejidad de los dispositivos, tipo de fármaco inhalado y algunos aspectos tanto socioculturales como psicológicos.
Disponer de herramientas de medida de adherencia a los tratamientos pueden ayudar en la práctica clínica.
El cuestionario TAI, test de adherencia a inhaladores, permite identificar el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes, cuantifica la adherencia (buena, intermedia, mala) e informa del patrón del incumplimiento (errático, voluntario o involuntario)

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer el grado de control de Asma de pacientes tratados en una Consulta de Asma de Difícil Control.
- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes con asma moderado-severo por medio del Cuestionario TAI, desarrollado y validado tras investigaciones clínicas en Asma Bronquial.
- Implementar un programa de educación sanitaria a los pacientes controlados en la Consulta.
- Mejorar el grado de adherencia, objetivado por el cuestionario TAI, la sintomatología y la calidad de vida.

MÉTODO
Identificar el grado de control del asma mediante el cuestionario Test de Control del Asma (ACT) en pacientes tratados en una Consulta de Asma de Difícil Control. Recogida de otras variables necesarias para determinar el grado de control en el paciente asmático como son dosis de B-2 de rescate, necesidad de corticoides orales, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.
- Aplicación de un programa de educación sanitaria, especialmente en terapia inhalada, en la visita basal.
Intervención conductual mediante una entrevista personalizada con el paciente persiguiendo un fin motivador para reforzar su adherencia.
- Identificar el grado de adherencia al tratamiento cumplimentando el cuestionario TAI al inicio y a los 2,4 y 6 meses.
- Cuantificar los cambios producidos por medio de creación de Hojas de Cálculo y de Análisis Estadísticos.

INDICADORES
- Razón entre pacientes a los que se aplica Test ACT y el total de pacientes estudiados en la Consulta.
- Razón entre pacientes integrados en un programa de educación sanitaria/ pacientes estudiados en Consultas.
- Razón entre la aplicación del cuestionario TAI en consulta basal y sucesivas/ total de consultas.
- Cuantificación de los cambios producidos tanto en el Control del Asma como en la Adherencia al Tratamiento.
- Correlación entre el grado de mejoría del paciente asmático y su adherencia al tratamiento.

DURACIÓN
- Octubre de 2016: Creación de la Hoja de Cálculo Excel para recogida de datos.
- Octubre de 2016- Junio de 2017, aplicación del Proyecto.
- Junio de 2017: Evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

BIBLIOGRAFÍA

1. Bozek A, and Jarzab J: Adherence to asthma therapy in elderly patients. J Asthma. 2010;47:162-165.
2. Boulet LP, Vervloet D, Magar Y, and Foster JM: Adherence: The goal to control asthma. Clin ChestMed. 2012;33:405-417.
3. Klok T, Kaptein AA, Duiverman EJ, and Brand PL: It's the adherence, stupid (that determines asthma control in preschool children)! Eur Respir J. 2014;43:783-791.
4. Cohen JL, Mann DM, Wisnivesky JP, Home R, Leventhal H, Musumeci-Szabo TJ, and Halm EA: Assessing the validity of self-reported medication adherence among inner-city asthmatic adults: The Medication Adherence Report Scale for Asthma. Ann Allergy Asthma Immunol. 2009;103:325-331.
5. Rand CS: Adherence to asthma therapy in the preschool child. Allergy. 2002;57:48-57.
6. Rand CS, and Wise RA: Measuring adherence to asthma medication regimens. Am J Respir Crit Care Med 1994;149: S69-S78.
7. Dalkey NC: The Delphi Method: An Experimental Study of Group Opinion. Santa Monica, CA: Rand Corporation, 1969.
8. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2014: Available from: <http://www.ginasthma.org/>. Last access: 10/3/14.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0221

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0262

1. TÍTULO

POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA MARTIN CARPI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE PABLO CILLERO FRANCISCO
GUERRERO CORCOLES MARIA ISABEL
LANDA MARCEN FRANCISCO JAVIER
MARIN TRIGO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los pacientes con patologías respiratorias presentan agravamiento de las mismas durante el periodo de sueño. Además, presentan episodios de exacerbación con disfunción de musculatura respiratoria y acidosis respiratoria por la que precisan tratamiento con Ventilación Mecánica no Invasiva. Los parámetros del dispositivo se ajustan durante el ingreso hospitalario. Sin embargo, una vez estabilizado el cuadro, requieren control clínico y valoración de corrección durante el sueño. Para ello, se les realiza un estudio en la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño, una vez estabilizados. La solicitud se cursa con carácter preferente de forma que en un corto periodo sean reevaluados. Los pacientes, además, comienzan la titulación con el dispositivo utilizado en domicilio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2017 se han realizado 18 estudios por medio de PCR vigilada a pacientes con ingreso previo por Acidosis Respiratoria y en tratamiento con VMNI. Las enfermedades de base que requirieron esta atención fueron Síndrome Obesidad-Hipoventilación y SAHS, EPOC, Cifoescoliosis acompañada de Hipoventilación e Insuficiencia Cardíaca.

Por las especiales características de los pacientes, reingresos frecuentes, la solicitud se gestionó con trato preferente, citación de forma precoz pero con tiempo para estabilidad clínica y adaptación al dispositivo. En estos casos fue de 45 días. Los pacientes trajeron los BIPAP de su domicilio y se procedió al registro con ellos. En casos de patología no totalmente corregida, se modificaron presiones y se emitió informe con indicaciones. Posteriormente fueron controlados en Consultas Externas y/o Hospital de Día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gravedad de la patología tratada, los numerosos reingresos hospitalarios y numerosos recursos utilizados motivan la continuidad asistencial tal como se encuentra establecida. Las innovaciones tecnológicas en cuestión de ventilación deben también se introducidas en la actividad diagnóstico-terapéutica de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/262 ===== ***

Nº de registro: 0262

Título
POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)

Autores:
MARTIN CARPI MARIA TERESA, DE PABLO CILLERO FRANCISCO, GUERRERO CORCOLES MARIA ISABEL, LANDA MARCEN FRANCISCO JAVIER, MARIN TRIGO JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo Ambos sexos
Edad Adultos
Tipo Patología Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0262

1. TÍTULO

POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las alteraciones ventilatorias de las patologías respiratorias se agravan durante el periodo de sueño con la subsiguiente disfunción de los músculos respiratorios, acidosis respiratoria e hipercapnia que no responden al tratamiento con Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD). Además, presentan frecuentes episodios de exacerbación y descompensación que requieren Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI). En estos casos, se considera el empleo de VMNI domiciliaria (VMNID).

Además, frecuentemente, en pacientes con EPOC, coexiste el Síndrome de apnea del sueño (SAHS) denominándose Síndrome de Overlap, con desaturaciones de oxígeno desproporcionadas y prolongadas e hipercapnia. La Sociedad Torácica Americana y la Sociedad Respiratoria Europea en sus guías recomiendan la realización de un estudio de sueño en estos casos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

Durante el año 2015 se realizaron 12 Poligrafías Respiratorias Vigiladas (PCR) a pacientes que requirieron ingreso hospitalario por Acidosis respiratoria con tratamiento en la Unidad de Ventilación Mecánica no Invasiva. La enfermedad de base que, al descompensarse, provocó esta situación aguda fue, en el 75% de los casos, un Síndrome de Obesidad Hipoventilación (SOH) no diagnosticado previamente. Concurrieron otras patologías, tales como Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS), EPOC y/o Insuficiencia Cardíaca. Tras el ingreso, todos los pacientes recibieron tratamiento domiciliario con BIPAP (presiones que corrigieron la patología aguda) y O₂. A los 28 días de media se realizó PCR vigilada y titulación.

RESULTADOS ESPERADOS

- 5.1. Mantener y consolidar las actividades desarrolladas durante el año 2015. El incremento de la práctica asistencial de estos pacientes prevé el aumento de nuevos estudios.
- 5.2. Establecer un circuito asistencial tras el ingreso en Unidad de Ventilación Mecánica no Invasiva y prescripción de la misma en domicilio.
- 5.3. Priorización en la citación de estos pacientes con la realización de Poligrafía Respiratoria Vigilada, diagnóstica y de titulación, en situación estable por parte de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño (UTRS).
- 5.4. Diagnóstico de enfermedad respiratoria subyacente agravada durante el sueño.
- 5.5. Titulación de presión inspiratoria y espiratoria para mejorar la ventilación alveolar, ajuste de las mismas.
- 5.6. Emisión de informe diagnóstico.
- 5.7. Prescripción de terapia adecuada.
- 5.8. Seguimiento y controles clínicos en Consultas.

MÉTODO

Una vez estabilizados de su patología aguda que ha requerido ingreso hospitalario (primero o sucesivos) con VMNI por acidosis respiratoria e insuficiencia respiratoria hipercápnica, los pacientes son tributarios de comenzar VMNID nocturna, con los parámetros de presión con los que se alcanzó la estabilidad. El seguimiento de este tipo de pacientes se realiza con un estudio nocturno vigilado, PCR, en la que se detectan eventos respiratorios y problemas de adaptación. Además, se titulan las presiones necesarias de BIPAP, se comprueba el efecto de las pautadas tras el ingreso o se modifican para mejorar el intercambio gaseoso. Tras ello, en consultas monográficas de Neumología, se controlará al paciente de una manera más estrecha al comienzo del tratamiento para ir distanciando cada vez más las visitas una vez estén adaptados. La evaluación de la eficacia se hará en función de criterios clínico-gasométricos y la lectura de las curvas de flujo y presión almacenadas en la tarjeta de memoria del dispositivo.

INDICADORES

- 7.1 Priorización y realización de PCR dentro de los tres primeros meses del alta hospitalaria. Cálculo de la razón entre las PCR precoces y las realizadas del total de solicitudes en estas circunstancias.
- 7.2 Comprobación de resolución de la patología con las presiones pautadas, modificación y titulación de nuevas presiones hasta corrección de la patología.
- 7.3. Emisión de informe diagnóstico.
- 7.4. Prescripción de VMNI según parámetros indicados.
- 7.5. Citación y seguimiento en Consultas.

DURACIÓN

Octubre 2016-Septiembre 2017.

Septiembre 2017: Evaluación de los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

. BIBLIOGRAFÍA

1. Tratamientos domiciliarios de la EPOC: oxigenoterapia, soporte ventilatorio domiciliario, nebulización de fármacos. José Luis López-Campos en Manual de Atención domiciliaria en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Ed. SEPAR, 2011; 41-55.

2. Otras indicaciones de los equipos de presión positiva. Teresa Gómez García, Nicolás González Mangado,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0262

1. TÍTULO

POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)

María Fernanda Troncoso Acevedo en Manual SEPAR de procedimientos: CPAP y otros sistemas de tratamiento en el SAHS. Volumen II. Ed. SEPAR, 2014: 177-96.

3. Chandra D, Stamm JA, Taylor B, Ramos RM, Satterwhite L, Krishnan JA. Outcomes of noninvasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease in the United States 1998-2008. Am J Respir Crit Care Med 2012; 185:152-9.

4. Celli BR, MacNee W. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J. 2004; 23:932-46.195

5. Sanders MH, Newman AB, Haggerty CL, Redline S, Lebowitz M, Samet J. Sleep and sleep-disordered breathing in adults with predominantly mild obstructive airway disease. Am J Respir Crit Care Med. 2003; 167:7-14.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0298

1. TÍTULO

EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICOINFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE SARA GOMARA DE LA CAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENEDICTO PUYUELO LAURA
AGUILAR PAESA CRISTINA
GARCIA FAU MARIA PILAR
ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se realizó una encuesta, mediante un cuestionario validado, denominado SERVQHOS en la Unidad de Endoscopia y Neumología Intervencionista.
2. Se procedió al análisis inicial de los resultados obtenidos en dicho cuestionario.
3. Una vez conocidos los resultados, se modificaron los aspectos en los que se había obtenido una menor puntuación. También se repartió un tríptico informativo de los procedimientos realizados en la unidad.
4. Se volvió a realizar la misma encuesta y su posterior análisis para poder comparar ambos resultados.

Para la segunda parte se elaboró y se distribuyó entre los pacientes que iban a ser sometidos a una prueba en nuestra unidad un tríptico informativo sobre los procedimientos a realizar y las pautas que los pacientes debían seguir previamente y tras la realización de la prueba. En él disponían también de un teléfono de contacto directo con la unidad y las recomendaciones para las pruebas, así como un mapa con la localización de la unidad en el hospital y como acceder a ella.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera parte del registro se realizaron 42 encuestas (24 hombres y 18 mujeres con una edad media de 58.76±13.85 años). Se observó que en líneas generales, la calidad percibida por los pacientes era muy elevada, obteniéndose valores medios superiores a 4 puntos (máximo de 5) en la mayoría de los ítems. Los mejores resultados se obtuvieron en aquellos aspectos que valoraban el interés, la amabilidad, el trato y la seguridad con la que se atendía a los pacientes. La información acerca de la realización de la prueba era valorada positivamente, pero presentando unos valores medios de entre todos los analizados. Los aspectos más negativos fueron aquellos relacionados con la puntualidad y el conocimiento de la ubicación de la unidad, así como la rapidez en la realización de las pruebas.

Una vez analizada la primera parte, y entregado el tríptico, se volvió a realizar el mismo cuestionario. Se analizaron 47 encuestas (28 hombres y 19 mujeres con una edad media de 61.78±14.55 años). Los resultados obtenidos fueron muy similares a los de la primera evaluación, aunque ahora sí se obtuvieron en todos los ítems un valor superior a 4 puntos. Nuevamente, los valores más altos fueron los relacionados con la atención al paciente. Se observó una mejora clara en el conocimiento de la ubicación y el acceso a la unidad. Sin embargo, nuevamente, el valor obtenido más bajo fue el relacionado con la puntualidad a la hora de realizar la prueba.

Uno de los objetivos era haber realizado la encuesta a más del 70% de los pacientes que se iban a someter al procedimiento, pero no se pudo cumplir totalmente puesto que en muchos casos los pacientes requerían un tiempo de recuperación tras la prueba y no tenían un sitio cómodo donde realizar dicha encuesta. Se produjo un sesgo ya que en la mayoría de las ocasiones se seleccionaron pacientes jóvenes que no precisaban ayuda ni gafas para la realización de la encuesta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general, los resultados obtenidos del proyecto han sido buenos. Se ha dejado como una práctica habitual el proporcionar el tríptico informativo a los pacientes. Consideramos que podría ser interesante realizar encuestas de forma eventual para comprobar con la práctica habitual sigue correspondiendo con unos valores adecuados de calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/298 ===== ***

Nº de registro: 0298

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0298

1. TÍTULO

EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Título
EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Autores:
GOMARA DE LA CAL SARA, BENEDICTO PUYUELO LAURA, AGUILAR PAESA CRISTINA, GARCIA FAU MARIA PILAR, ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La broncoscopia, flexible y rígida, junto con las técnicas de diagnóstico de enfermedades pleurales, son procedimientos invasivos que requieren de la colaboración por parte del paciente así como de su consentimiento expreso. La sospecha de una patología subyacente junto a los posibles riesgos derivados de la prueba generan incertidumbre y ansiedad. Las explicaciones y atenciones por parte del personal implicado en el proceso diagnóstico mejoran la calidad percibida por los pacientes. Queremos conocer ésta por medio de un cuestionario y si la entrega de información escrita puede aumentar la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Entrega de tríptico informativo sobre los procedimientos a realizar.
2. Evaluación y mejora de la calidad percibida por los pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos en la Unidad de Endoscopia y Neumología intervencionista.
3. Conocimiento de los aspectos de cada procedimiento que generan más incertidumbre. Detección de posibilidades de mejora.
4. Evaluación de las modificaciones obtenidas en la calidad percibida tras una información previa exhaustiva.

MÉTODO

1. Evaluación de la calidad percibida por el paciente, cuestionario validado, SERVQHOS
2. Entrega de tríptico informativo.
3. Resolución de dudas y recomendaciones.
4. Detección de posibilidades de mejora
- 5.-Evaluación de la calidad percibida por el paciente tras la entrega de información previa al procedimiento.

INDICADORES

1. Cumplimentación de encuesta de calidad previa a lectura de tríptico informativo/ total de pacientes sometidos a procedimientos. >70%
2. Evaluación de resultados obtenidos en dicho cuestionario
3. Entrega de tríptico informativo/total de pacientes sometidos a procedimientos >80%
4. Cumplimentación de encuesta de calidad tras lectura de tríptico informativo/ total de pacientes sometidos a procedimientos. >70%
5. Evaluación de resultados obtenidos en dicho cuestionario.
6. Análisis comparativo de los resultados antes y tras la entrega de cuestionario.
7. Detección de oportunidades de mejora.

DURACIÓN

1. Realización de encuestas: Octubre y Noviembre de 2016.
2. Análisis de resultados: Diciembre de 2016.
3. Entrega de tríptico informativo: Enero y Febrero de 2017.
4. Realización de encuestas: Enero y Febrero de 2017.
5. Análisis de resultados: Marzo de 2017.
6. Análisis comparativo entre encuestas: Marzo y Abril de 2017.
7. Detección de aspectos mejorados y mejorables.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0298

1. TÍTULO

EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICOINFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA Y PNEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:	: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0333

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE CLARA MARIA VIÑADO MAÑES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VERA SOLSONA ELISABET
MINCHOLE LAPUENTE ELISA
GUERRERO CORCOLES MARIA ISABEL
LANDA MARCEN FRANCISCO JAVIER
LAHOZ BERNAL MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La Empresa adjudicataria del suministro de Terapias Respiratorias, Gasmedi, por medio de concurso público, a través del Contrato firmado con el Servicio Aragonés de Salud, colaboró para el aumento de la actividad asistencial y disminución de las listas de espera para el diagnóstico de la patología respiratoria del sueño (Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño, SAHS). Para ello, a través de la Fundación Hospital Miguel Servet, realizó una aportación económica permitiendo la contratación de Becarios Neumólogos, una vez cumplimentados todos los requisitos fiscales y legales. Se revisaron las solicitudes provenientes de las diferentes consultas y se procedió a priorizar según datos clínicos y sociodemográficos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante un año de duración, de octubre de 2016 a octubre de 2017, se realizaron 351 estudios de sueño por medio de Poligrafía Respiratoria Domiciliaria. La media de edad de los pacientes fue de 61 años. 220 hombres y 131 mujeres. La demora entre la solicitud por parte de los Facultativos de Neumología y la realización del procedimiento diagnóstico fue de 90 días. Los diagnósticos fueron: 90 SAHS severo, 101 SAHS moderado, 91 SAHS leve y 64 normales. Se procedió a realizar titulación y tratamiento a aquellos que lo precisaron 90 severos y 101 moderados. Sólomente se precisó repetir estudios, por desconexiones del Polígrafo utilizado durante este proyecto, en 8 casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La alta prevalencia de la patología del sueño, SAHS, hace necesario invertir recursos humanos, materiales y económicos para alcanzar el diagnóstico y tratamiento con prontitud. La experiencia se ha demostrado satisfactoria y es preciso demandar inversión e implementar nuevos proyectos de estas características.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/333 ===== ***

Nº de registro: 0333

Título
EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA

Autores:
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA, VERA SOLSONA ELISABET, MINCHOLE LAPUENTE ELISA, GUERRERO CORCOLES MARIA ISABEL, LANDA MARCEN FRANCISCO JAVIER, LAHOZ BERNAL MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0333

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA

PROBLEMA

- 4.1. El mayor conocimiento de las patologías asociadas al periodo de sueño y las evidencias científicas de su trascendencia para la salud, han creado una demanda de estudios ascendente en los últimos años. Específicamente, el Síndrome de Apnea- Hipopnea del Sueño (SAHS) afecta al 20% de la población adulta. Por otra parte, la coexistencia del mismo con otras enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, neuromusculares y sistémicas altera la historia natural de las mismas y su estrategia terapéutica. Por lo tanto, el AUMENTO DE SOLICITUDES para su estudio surge de las Consultas de Neumología pero también, cada vez más, de otras Especialidades y, por tanto, la DEMANDA y LISTAS DE ESPERA CONCOMITANTES.
- La Empresa Adjudicataria de las Terapias Respiratorias por medio de Concurso Público, GASMEDI, a través del Contrato firmado con el Servicio Aragonés de Salud, se comprometió a colaborar en la reducción de listas de espera y priorización de solicitudes a través de la cesión de Polígrafos Respiratorios (Alice PDX, Philips Respironics) y dotación de una beca Asistencial y de Investigación.
- 4.2. Se concedió una beca por la empresa GASMEDI para la realización de un total de 320 poligrafías domiciliarias nocturnas.
- 4.2. Conocer las características demográficas, índice de severidad y otros parámetros que se obtienen a través de esta prueba.
- 4.3. Seguimiento de estos pacientes tras la prueba inicial (PCRD) y de aquellos que se les pauta tratamiento conocer su cumplimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

- 5.1 Complementar la cartera de servicios de Poligrafía Respiratoria Domiciliaria Nocturna (PCRD), por medio de concesión de Beca Asistencial y de Investigación patrocinada por la Empresa suministradora de Terapias Respiratorias a través de la Fundación Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Para ello, se contrata, en calidad de becados, a médicos Neumólogos, que realizan el número de PCRD determinados en el momento de la concesión de la beca.
- 5.2. Aplicación de nuevo dispositivo de PCRD e instalación de software para la descarga de resultados y emisión de informe.
- 5.3. Priorización de pacientes en lista de espera para la realización de PCRD, atendiendo a características clínicas y socio-laborales.
- 5.4. Disminución de lista de espera para esta pruebas.
- 5.5. Con el objetivo de completar el proceso diagnóstico-terapéutico de las pruebas patológicas un dispositivo adicional de Presión Continua en la Vía Aérea (CPAP) es cedida por la Empresa de Terapias.
- 5.6. Evaluación de resultados.

MÉTODO

- 6.1. Cesión por parte de la Empresa de Terapias Respiratorias. Calibración y puesta en marcha del nuevo Polígrafo, instalación del software en los ordenadores de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño.
- 6.2. Gestión por parte de la Fundación Hospital Miguel Servet de la cuenta creada para esta actividad. Cumplimentación de todos los requisitos fiscales y legales para la contratación de médicos neumólogos.
- 6.3. Revisión y priorización de los pacientes en lista de espera. Citación en la nueva agenda creada.
- 6.4. Atención a los pacientes siguiendo las directrices de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño. Historia clínica, enseñanza de manejo del dispositivo nocturno, descarga de datos al día siguiente y emisión de informes.
- 6.5. Evaluación de resultados.

INDICADORES

- 7.1. Pacientes integrados en el proyecto /total de pacientes pactado al comienzo del estudio >90%
- 7.2. Registro de datos completo, válidos para emisión de informes >80%
- 7.3. Grado de severidad de la patología.
- 7.4. Procesos diagnósticos que se complementan con titulación.
- 7.5. Procesos diagnósticos que requieren repetición.
- 7.6. Indicaciones de tratamiento atendiendo a resultados de las pruebas.
- 7.7. Reducción de lista de espera.

DURACIÓN

Continuación de la actividad ya comenzada.
Recogida de datos para valoración de actividad asistencial e investigadora a partir de Octubre de 2016.
Finalización una vez realizados los estudios contratados.
Evaluación y emisión de resultados en Octubre de 2017.

OBSERVACIONES

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA AHORA:

- Hasta el momento, se han realizado un total de 54 pruebas de las cuales hemos obtenido los siguientes resultados:
- Edad media de los pacientes: 52.9 años.
 - Clasificación de severidad según índice de apnea-hipopnea (IAH):
 - o Compatible con la normalidad: 11 pacientes.
 - o Leve: 13 pacientes.
 - o Moderada: 11 pacientes.
 - o Severo: 19 pacientes.
 - Derivación de pacientes tras el resultado de la PCRD:
 - o Derivación a su MAP: 15 pacientes.
 - o Repetición de la prueba/reevaluación: 10 pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0333

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA

- o Titulación con autoCPAP (ACPAP): 15 pacientes.
- o Estudio vigilado en el hospital: 10 pacientes.
- o Decisión por su neumólogo de inicio de terapia según la clínica del paciente: 2 pacientes.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0347

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº I-VENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE JUSTA FONDEVILA MONGE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ LOPEZ CARMEN
PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA
LORENTE GENZOR MARIA JESUS
HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR
HERRERO LABARGA MARIA INES
PRADO MONGE CARLOS
NUEZ SEBASTIAN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de un procedimiento .

En la consulta de fibrosis quística se entrega el consentimiento informado, prescripción médica del tratamiento y las indicaciones correspondientes.

Elaboración del díptico.

Adiestrar y educar al paciente para el manejo de la vía y correcta administración del tratamiento.

Sustitución de la vía por el personal de enfermería de la planta si fuese necesario.

Información al personal del servicio de la elaboración del procedimiento (rellenar diptico,cambio de vía...).

Registro de las complicaciones.

Encuesta telefónica a los pacientes incluidos en el estudio para valorar la eficacia del díptico entregado y el grado de satisfacción .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cumplimiento del circuito asistencial: (Neumólogo-Enfermería-Farmacia-Paciente).

Conocimiento por parte del personal implicado del procedimiento.

Adiestramiento y educación del paciente en el cuidado de la vía y la administración del tratamiento.

Disminución de la ansiedad del paciente y/o familiares.

Solventar las posibles complicaciones.

Evaluación de resultados.

Atención al paciente que requiere cuidados o cambio de vía.

INDICADORES UTILIZADOS:

1-Episodios de exacerbaciones infecciosas de FQ atendidas en el Hospital de día que disponen de toda la documentación/total de episodios de exacerbación infecciosas de FQ atendidas>80%

2- Cumplimentación del formulario en referencia a la colocación de la vía y administración del fármaco/total de tratamientos administrados >80%

3-Complicaciones de la vía o en la administración del tratamiento <40%

4-Nº de pacientes satisfechos / Nº de pacientes encuestados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0347

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº I-VENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1-Tras valorar la encuesta de opinión realizada a los pacientes del estudio se llegan a las siguientes conclusiones:

1-1 El 60% de los pacientes encuestados tiene un grado de satisfacción de 4 sobre 5

El 40% de los pacientes encuestados tiene un grado de satisfacción de 5 sobre 5

1-2 El 80% de los pacientes encuestados no cambiaría nada

El 20% restante cambiaría lo siguiente: Usar alargaderas más largas y poner en el díptico un apartado de observaciones del paciente. También se comenta usar un papel más resistente para la fabricación del díptico

2- Hemos observado que se ha disminuido la ansiedad en dichos los pacientes

3-Dado el éxito y la acogida entre los pacientes se plantea trasladar el proyecto a pacientes con otras patologías

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/347 ===== ***

Nº de registro: 0347

Título
PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº INTRAVENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Autores:
FONDEVILA MONGE JUSTA, GONZALEZ LOPEZ CARMEN, PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA, LORENTE GENZOR MARIA JESUS, HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR, HERRERO LABARGA MARIA INES, PRADO MONGE CARLOS, NUEZ SEBASTIAN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención a pacientes con Fibrosis Quística que presentan una exacerbación infecciosa respiratoria y precisan tratamiento intravenoso se viene realizando desde hace años en el Servicio de Neumología de forma domiciliaria en casos seleccionados.

Con este proyecto se pretende unificar criterios en el procedimiento de enfermería del tratamiento domiciliario así como detectar y prevenir posibles complicaciones. La atención a pacientes con Fibrosis Quística que presentan una exacerbación y necesitan un tratamiento intravenoso domiciliario (TAIVD) se realiza desde hace años en el Servicio de Neumología. Con ocasión de la creación de Hospital de Día, perteneciente a dicho Servicio, confeccionamos el presente Proyecto de Mejora de Calidad

RESULTADOS ESPERADOS

5.1. Creación de un circuito asistencial dinámico y comprensible.

5.2. Elaboración de un Procedimiento Común de Enfermería para la administración de este tipo de tratamiento: canalización y manejo especial de la vía periférica. Conexión al sistema de dispensación del antibiótico, preparado con este fin por el Servicio de Farmacia Hospitalaria.

5.3. Adiestramiento y educación del paciente en los cuidados de la vía y la administración de sucesivas dosis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0347

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº I-VENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

- en su domicilio. Disminución de la ansiedad en pacientes y familiares.
- 5.4. Solventar las posibles complicaciones y necesidades de cambio de vía que surjan durante el periodo de tratamiento.
- 5.5. Evaluación de resultados, complicaciones y propuesta de actividades para mejorar la calidad.

MÉTODO

- 6.1. El paciente, una vez valorado en Consulta de Neumología, Unidad de Fibrosis Quística, que sufre una exacerbación infecciosa respiratoria y cumple criterios de tratamiento intravenoso domiciliario, recibe toda la información y documentación precisa. Entre ella, el Consentimiento Informado, la prescripción médica del tratamiento y las indicaciones correspondientes.
- 6.2. Elaboración de un díptico que también se entrega al paciente en el que figure: datos de identificación del paciente, alergias farmacológicas, orden de prescripción farmacológica (concordante con la prescripción habilitada para la preparación del antibiótico por parte del Servicio de Farmacia). Vía periférica utilizada para la colocación del catéter. Día de la realización. Tratamiento administrado. Dificultades en la aplicación de la primera dosis.
- 6.3. Adiestramiento y educación del paciente para el manejo de la vía y los fármacos en su domicilio. Entrega de la medicación y material necesario.
- 6.4. Atención al paciente que requiere nuevos cuidados de la vía o su sustitución de la misma durante el periodo de tratamiento.
- 6.5. Registro de las complicaciones ocurridas durante la administración del tratamiento en relación con la perfusión y efectos secundarios.

INDICADORES

- 7.1. Cumplimentación del formulario en referencia a la colocación de la vía y administración del fármaco/total de tratamientos administrados.
- 7.2. Adiestramiento del paciente/episodios con tratamiento intravenoso (TAIVD).
- 7.3. Atención al paciente que requiera de forma no programada cuidados o cambio de vía en menos de 24h/atención no programada.
- 7.4. Complicaciones de la vía o en la administración del tratamiento.

DURACIÓN

- Presentación del Procedimiento de Actuación de Enfermería en Noviembre de 2016.
- Elaboración del Díptico informativo y con datos a rellenar por el personal: Diciembre 2016.
- Recogida de Datos: Enero 2017- Junio 2017.
- Evaluación de Datos: Junio de 2017.

OBSERVACIONES

1. Conferencia de Consenso Tratamiento Antibiótico Domiciliario en Fibrosis Quística Archivos de Bronconeumología 2003-39(10)469-475.
2. Arias S. Inserción de catéteres venosos periféricos. En: Parra ML, Arias S, Esteban A, editores. Procedimientos y técnicas del paciente crítico. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003. p 303-8.
3. Carballo M. Elección de un catéter de acceso periférico. Rev ROL Enf 2004; 27: 423-30.
4. Centres for Disease Control and Prevention. APIC guidelines for infection practice. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. Am J Infect Control 1995; 23: 251-69.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0501

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA INES HERRERO LABARGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VIÑADO MAÑES CLARA MARIA
VICENTE ITURBE CRISTINA
HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR
PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA
LORENTE GENZOR MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La atención a los pacientes en la Unidad de Adultos de FQ se basa en un protocolo derivado de los elaborados por las Sociedades Científicas. Los 30 pacientes controlados presentaron, en total, 90 exacerbaciones tratadas con antibióticos orales en el último año. Diez de estos pacientes precisaron 17 ciclos iv en este periodo de tiempo por exacerbación infecciosa por Pseudomona aeruginosa resistente a quinolonas orales o mala respuesta al tratamiento oral.
Los pacientes tratados presentaban deterioro funcional respiratorio de grado moderado o grave.
A todos ellos se les entregó un Documento de Consentimiento Informado, aprobado por la Unidad de Calidad Asistencial para el inicio del tratamiento intravenoso domiciliario (TAIVD) junto con un manual de procedimientos y registro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2017 se instauraron 17 ciclos de tratamiento antibiótico intravenoso domiciliario en los pacientes de la unidad de Fibrosis Quística (FQ) de este hospital.
Todos los pacientes firmaron el Consentimiento Informado previamente al inicio del tratamiento.
Todos los pacientes finalizaron correctamente el tratamiento.
La duración de los ciclos fue de 14 ó 21 días según las características y estado del paciente.
No se ha producido ninguna reacción alérgica ni complicaciones médicas durante el mismo.
Las complicaciones locales de la vía periférica han sido flebitis en número de 3.
Ningún paciente precisó ingreso hospitalario por exacerbación de su patología en los tres meses siguientes al tratamiento domiciliario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados satisfactorios, en cuanto a la evolución clínica y resolución de los procesos agudos evidenciados en este proyecto, así como en el llevado a cabo por el personal de enfermería nos animan a continuar en esta línea asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/501 ===== ***

Nº de registro: 0501

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)

Autores:
HERRERO LABARGA MARIA INES, VIÑADO MAÑES CLARA MARIA, VICENTE ITURBE CRISTINA, HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR, PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA, LORENTE GENZOR MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0501

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Fibrosis Quística es la enfermedad genética letal mas frecuencia en nuestro medio, con una incidencia en nuestro país de uno de cada 4500/5000 nacidos vivos siendo la supervivencia actual de unos 41 años. Es una enfermedad multisistémica grave por alteración funcional de una proteína,CFTR, que actúa como canal de cloro. Se trasmite por herencia autosómica recesiva.

Afecta a las glándulas exocrinas dando lugar a un alteración de las características del moco Y provocando la aparición de bronquiectasias frecuentemente infectadas de forma crónica por patógenos agresivos, como la Pseudomona aeruginosa que deterioran de forma progresiva la función pulmonar.

El tratamiento Intravenoso domiciliario TAIVD es utilizado de forma habitual en las 2 últimas décadas a nivel internacional en el tratamiento de las exacerbaciones infecciosas respiratorias (especialmente por Pseudomona aeruginosa) en las Unidades de pacientes con Fibrosis Quística.

Su eficacia ha sido demostrada como similar a la del tratamiento en el ámbito hospitalario así como su seguridad en los pacientes seleccionados (una vez excluidos de exacerbación grave, insuficiencia respiratoria, cuadro séptico, hemoptisis moderada-grave, problemática psicosocial y mala cumplimentación terapéutica habitual.)

El TAIVD ahorra costes evitando ingresos hospitalarios y mejorando la utilización de recursos.

Desde enero del 2000 a diciembre del 2015se han realizado en nuestra unidad de Fibrosis Quística 165 ciclos de TAIVD en 34 pacientes adultos que presentaban exacerbación infecciosa respiratoria por Pseudomona aeruginosa. Dichos tratamientos han sido eficaces (eficacia similar a los realizados en el ámbito hospitalario), seguros sin ningún efecto adverso grave. Han supuesto un importante ahorro de costes evitando días de hospitalización junto con una mejora significativa de la calidad de vida de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- 5.1. Creación e implementación de un Protocolo de Actuación para el tratamiento intravenoso domiciliario en Fibrosis Quística.
- 5.2 Creación e implementación de un documento de Consentimiento Informado para ser firmado por el paciente al que se va a aplicar dicha terapia.
- 5.3. Aprobación por parte de la Unidad de Calidad Asistencial y la Dirección del Hospital
- 5.4. Registro de las características de las exacerbaciones tributarias de este tratamiento, evolución y posibles complicaciones.
- 5.5. Mejora del grado de satisfacción y seguridad clínica de los pacientes.

MÉTODO

- 6.1. Firma del Consentimiento Informado por parte del paciente o representante legal.
- 6.2. Aplicación del protocolo médico (según recomendaciones de las diferentes Sociedades Científicas).
- 6.3. Preparación, por parte del Servicio de Farmacología, de los antibióticos para uso intravenoso domiciliario.
- 6.4. Aplicación, por parte del personal de Enfermería del Servicio de Neumología, de la terapia en Hospital de Día.
- 6.5. Creación de base de datos y su evaluación posterior: sociodemográficos, clínicos, microbiológicos, tratamiento administrado, complicaciones y evolución.

INDICADORES

- 7.1. Episodio de exacerbación con firma del Consentimiento Informado/total de exacerbaciones
- 7.2 Determinación de episodios de exacerbación que, cumpliendo criterios, comienzan el tratamiento en Hospital de Día de Neumología/total de exacerbaciones.
- 7.3. Determinación de episodios de exacerbación que, cumpliendo criterios, finalizan correctamente el tratamiento/total de tratamientos domiciliarios i.v.
- 7.4. Complicaciones durante el periodo de tratamiento (médicas y/o vía periférica)/ total de . intravenoso/total de tratamientos domiciliarios i.v .

DURACIÓN

Presentación de Consentimiento Informado y Protocolo a la Unidad de Calidad Asistencial en Octubre-Noviembre de 2016.

El tratamiento domiciliario se realiza actualmente, con alto grado de satisfacción, en Hospital de Día de Neumología. No obstante, la recogida de datos comenzará en Noviembre de 2016.

Evaluación de datos en Octubre de 2017.

OBSERVACIONES

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Conferencia de Consenso Tratamiento Antibiotico Domiciliario en Fibrosis Quística Archivos de Bronconeumología 2003-39(10)469-475
2. R.Giron (S.Neumologia. Hospital de la Princesa Madrid). Eficiencia del Tratamiento intravenoso domiciliario en FQ .Med.Clin .2006,127(15)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0501

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0576

1. TÍTULO

PASOS A SEGUIR POR EL PACIENTE DE HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA ANDION GARCIA BARRECHEGUREN
· Profesión ENFERMERO/A
· Colocion en diversos puntos de HD
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILAR GIMENO RITA
MUÑOZ JACOBO EVA MARIA
GRACIA MARCO PILAR
PEREZ MARCO ISABEL
CALVO SANZ VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
formación de grupo de mejora, con reuniones
diseño, realización e impresión de un plano del hospital de día a color con cada zona importante señalada y colocación en diversos puntos de HD
Realización, impresión y distribución a los pacientes de 1º día de un tríptico con diagramas de flujo de los diferentes itinerarios a seguir por los pacientes con la información básica y a color (los mismos que el plano)
distribución de dípticos a trabajadores de nueva incorporación
realización de encuestas pre y post entrega material
recolección de resultados, gráficos y conclusiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos realizado la encuesta a 32 pacientes que venían al servicio de Hospital de Día por primera vez, de los cuales 18 eran mujeres y 14 hombres; 5 de ellos estaban comprendidos en una franja de edad entre 30-49, 15 tenían una edad comprendida entre 50-60 años y el resto eran mayores de 60 años.
Queríamos evaluar como es de efectiva la información recibida en las diferentes consultas y ver si les ha servido de ayuda los trípticos elaborados por nosotras destinados a ubicarlos en el espacio y saber cómo moverse por el servicio con el fin de mejorar las carencias detectadas.
Se ha recogido información de un grupo de 32 pacientes de entre 18-80 años, el 46,8% entre 50-60 años, 37,5% mayores de 60 años y un 15,7% entre 30-50 años. Con un porcentaje de mujeres 40% y 60% de hombres. Los pacientes dan una valoración media de 9,55 sobre 10 (máx satisfacción) a la información recibida, tanto en la consulta médica como en la de enfermería, piensan que es suficiente y se da de forma clara, solo un pequeño porcentaje se va con alguna duda.
Respecto a los trípticos, reciben una valoración media de 9 sobre 10 por todos los pacientes, les ayudan a orientarse y refuerzan la información que reciben de forma verbal; expresan que sin ellos no serían capaces de moverse con fluidez por nuestro servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestro proyecto de mejora ha sido muy bien recibido por nuestros pacientes y compañeros del servicio, el hecho de proporcionar en papel la información más importante y ver la distribución por colores de donde están ubicadas las salas, consultas, etc les facilita saber cual será el siguiente paso a seguir y donde tendrá que dirigirse. El tener un plano a color también ayuda mucho a orientarse cuando no saben muy bien donde ir y puede ser consultado en cualquier momento.
Anteriormente el paciente recibía mucha información verbal importante y no toda se le proporcionaba en papel, teniendo en cuenta la ansiedad con la que vienen estos pacientes debido al impacto que supone el diagnóstico de esta enfermedad, olvidaban los datos recibidos o hacía que los malentendieran, así que cada vez que venían al Hospital de Día andaban perdidos sin saber bien donde ir o que hacer.
Queda pendiente hacer énfasis en la entrega de los trípticos por el personal y en la entrega y explicación de la unidad al profesional sanitario de nueva incorporación, para que ellos también sean capaces de informar a los pacientes si lo necesitan y por otro lado tengan una adaptación más rápida al puesto de trabajo.

7. OBSERVACIONES.
Tenemos los gráficos hechos con el estudio por si necesitan que los adjuntemos en algún sitio.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/576 ===== ***

Nº de registro: 0576

Título
PASOS A SEGUIR POR EL PACIENTE EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0576

1. TÍTULO

PASOS A SEGUIR POR EL PACIENTE DE HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Autores:
GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION, AGUILAR GIMENO RITA, MUÑOZ JACOBO EVA MARIA, GRACIA MARCO PILAR, PEREZ MARCO ISABEL, CALVO SANZ VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A menudo observamos que los pacientes que llegan por primera vez a nuestro servicio tras recibir la noticia de su enfermedad y ante la complejidad del funcionamiento de Hospital de día, andan perdidos y sin haber asimilado la información recibida.

De la misma manera los trabajadores que acaban de incorporarse en nuestra unidad desconocen el circuito que pacientes, ordenes facultativas y medicaciones deben seguir hasta la correcta administración de los tratamientos.

RESULTADOS ESPERADOS

-Elaboración de una guía práctica que informe y oriente al paciente durante su estancia en el Hospital de Día .
-Disminuir la ansiedad del paciente y familiares.
-Aportar los conocimientos básicos para que los profesionales de nueva incorporación conozcan la rutina del trabajo de nuestro servicio.

MÉTODO

-Diseño de un plano en el que queden bien señalizados los puntos de interés.
-Diagramas de flujo con los diferentes itinerarios que pacientes y acompañantes tendrán que recorrer para resolver las distintas situaciones que se les irán planteando. (consultas médicas,analíticas,tratamientos,colocación de reservorios...)
-Realización y colocación de posters en puntos estrategicos de la unidad.
-Distribución de dípticos informativos a pacientes .
-Distribución de dípticos a trabajadores de nueva incorporación.

INDICADORES

-Encuesta a pacientes de primer dia en la consulta de enfermería.
-Repetición de encuesta aproximadamente al mes de su primera consulta con enfermería.
-Encuesta a los profesionales en su primer día en la unidad.
-Repetición de la encuesta a los profesionales después de una semana de trabajo.

DURACIÓN

• De noviembre 2016 a enero 2017: diseño de plano y diagramas de flujo varios.
-Realización de poster y dípticos.
• Febrero y Marzo 2017: Preparación de las encuestas e impresión del material realizado
• Abril a Agosto 2017 : -Entrega de información a pacientes y personal
-Realización de encuestas.
- Colocación de posters por el servicio
• Septiembre a Octubre 2017 : evaluación de los resultados y conclusiones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0618

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO STOP-BANG DE SCREENING DE APNEA DE SUEÑO

Fecha de entrada: 22/03/2018

2. RESPONSABLE DINORA POLANCO ALONSO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CARPI MARIA TERESA
AGUILAR PAESA CRISTINA
CARRIZO SIERRA SANTIAGO
MARTINEZ PINILLA ELVIRA
SANCHEZ BARON ANDRES
AZNAR MANCEBO NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El síndrome de Apnea-Hipopnea de Sueño (SAHS) es un problema sanitario de primer orden, para evitar el infradiagnóstico, se crearon cuestionarios sencillos, de fácil aplicación, como STOP-Bang. Son 8 preguntas con respuestas dicotómicas sí/no, engloban aspectos clínicos, antropométricos, edad y género. A mayor puntuación, más probabilidad de presentar SAHS, y más severidad y necesidad de tratamiento. Presenta gran sensibilidad, puntuación =3 alta probabilidad de SAHS moderado-severo. La gran demanda asistencial en nuestro medio para realización de un procedimiento diagnóstico como la Poligrafía Cardiorrespiratoria domiciliaria nos obliga a establecer estrategias de priorización de la misma. Proponemos, como Línea de Mejora, la aplicación en las Consultas de Neumología del cuestionario así como su categorización. Según la puntuación establecemos diferentes prioridades: entre 5-8, alta, con un plazo para el diagnóstico de menos de 6 meses; entre 3-4, intermedia, plazo de 9 meses; 0-2 baja, plazo de 12 meses.

En la solicitud de realización de estudio de sueño se adjunta, además de la clínica, patologías asociadas y situación socio-laboral, el cuestionario SB. El ámbito de realización son las consultas de Neumología de los Centros Médicos de Especialidades. Estas solicitudes llegan a la Unidad de Trastornos del Sueño y se categorizan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados durante el año 2017 son los siguientes: De las 906 solicitudes de PCRD de todas las consultas de Neumología, 604 provenientes de los centros reseñados presentaban el Cuestionario. Se ordenan según puntuación:

- Puntos 8: 95 (15,7%)
- Puntos 7: 135 (22,3%)
- Puntos 6: 130 (21,5%)
- Puntos 5: 134 (22%)
- Puntos 4: 65 (10,74%)
- Puntos 3: 45 (7,43%)
- Puntos 0-2: no se han remitido

Se han ido seleccionando, en primer lugar las solicitudes con 7-8 puntos, realizándose 184 (80%), con una demora de 165 días de media (5,5 meses). 5-6 puntos, 86 pacientes (32%) con demora de 326 días (10,8 meses) y 3-4 23 pacientes (21%) con demora de 385 días (13 meses).

Respecto a los 184 pacientes con puntuaciones 7-8, SAHS severo son 164 (89%). 5-6 son 42 pacientes SAHS severo (42%). De los puntos 3-4, 3 pacientes SAHS severo (13,6%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados demuestran el esfuerzo para categorizar la severidad de SAHS y la necesidad de diagnóstico y tratamiento. Para los pacientes con alto valor predictivo de severidad (7-8) se han cumplido los plazos. La ingente cantidad de solicitudes hace más difícil la selección para el resto de puntuaciones. Es necesario, pero a la vez complicado, dada la gran demanda asistencial. Una vez establecido el protocolo, se continuará con el sistema en la práctica diaria asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/618 ===== ***

Nº de registro: 0618

Título
PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO "STOP BANG" DE SCREENING DE APNEA DEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0618

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO STOP-BANG DE SCREENING DE APNEA DE SUEÑO

SUEÑO

Autores:

POLANCO ALONSO DINORA, MARTIN CARPI MARIA TERESA, AGUILAR PAESA CRISTINA, CARRIZO SIERRA SANTIAGO, MARTINEZ PINILLA ELVIRA, SANCHEZ BARON ANDRES, AZNAR MANCEBO NATIVIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una entidad muy frecuente, con una prevalencia que oscila entre el 2-26% en la población general adulta . Los signos, síntomas y consecuencias que se producen en la apnea obstructiva del sueño son el resultado de las alteraciones que se producen por el colapso repetitivo de la vía aérea superior durante el sueño. Clínicamente la AOS se caracteriza por excesiva somnolencia diurna, roncopatía, apneas visualizadas, despertares nocturnos con sensación de ahogo, acompañados de al menos 5 episodios respiratorios obstructivos por hora durante el sueño. La presencia de más de 15 episodios obstructivos por hora, aún en ausencia de clínica sugestiva, se considera diagnóstico de AOS . Además, debido a diferentes mecanismos intermedios la AOS se ha relacionado con hipertensión arterial secundaria, que puede producir afectación de órganos diana, por lo que estos pacientes tendrán un mayor riesgo cardiovascular . A pesar de todo ello, el grado de infradiagnóstico de esta patología es elevado, lo cual es un problema sanitario importante. Uno de los ámbitos en los que este infradiagnóstico es decisivo es en la evaluación preanestésica de pacientes que van a ser sometidos a una cirugía programada, ya que se observó que los pacientes con AOS presentaban más complicaciones postoperatorias, sobre todo cardiorrespiratorias, y precisaban un manejo más complejo de vía aérea y sedación; por ello es conveniente identificarlos de forma rápida preoperatoriamente, para preveer estos eventos. En este contexto surgen herramientas de screening de AOS, como el cuestionario STOP- Bang, un cuestionario de screening de AOS empleado inicialmente en el ámbito preoperatorio en consultas anestésicas, pero que posteriormente ha sido validado en otras poblaciones, como pacientes remitidos a unidades de sueño. Consiste en un cuestionario de 8 preguntas con respuesta dicotómica (sí/no), que engloba aspectos tanto clínicos como antropométricos, edad y género. Las puntuaciones van de 0 a 8: se ha observado que 3 puntos es un buen punto de corte, con una elevada sensibilidad para detectar AOS, por lo que se trata de una buena herramienta de screening. Así, pacientes con puntuaciones entre 0- 2 puntos, tienen pocas probabilidades de tener AOS; asimismo, pacientes con entre 5-8 puntos se ha observado que tienen una elevada especificidad para detectar AOS moderado-severo. Actualmente en nuestro centro, la prueba diagnóstica de elección para la confirmación de una sospecha de AOS es la poligrafía cardiorrespiratoria. Debido a la elevada demanda de esta exploración, es habitual una demora de varios meses antes de llegar al diagnóstico final o a la exclusión del mismo. Por ello proponemos como línea de mejora la aplicación del cuestionario STOP-Bang en nuestra población de pacientes remitidos a la unidad de sueño, previo a la realización del estudio de sueño, como herramienta para priorización de los estudios.

RESULTADOS ESPERADOS

Priorización y ordenación de los pacientes en lista de espera para estudios de sueño.
Diagnóstico precoz de aquellos con más probabilidades de AOS moderada-severa.
Inicio precoz de tratamiento en pacientes con AOS moderada-severa.

MÉTODO

Incorporación del cuestionario STOP- Bang en el formulario de petición de estudios de sueño, a cumplimentar por el médico peticionario de la prueba.

A la recepción de las peticiones se asignaran 3 tipos de prioridades según la puntuación obtenida:

- Entre 5-8 puntos: prioridad alta.
- Entre 3-4 puntos: prioridad intermedia.
- Entre 0-2 puntos: prioridad baja.

Se deberán cumplir unos "plazos aconsejados" para la realización de los estudios según dichas prioridades:

- Prioridad alta: en 6 meses.
- Prioridad intermedia: en 9 meses.
- Prioridad baja: en 12 meses.

INDICADORES

Registro del resultado de la poligrafía cardiorrespiratoria y correlación con la puntuación en el cuestionario STOP- Bang y el grado de priorización asignado.

Estudio comparativo del "tiempo de espera" para estudios de sueño respecto a antes del protocolo de priorización:

- En pacientes con AOS severa y con AOS moderada sintomática.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0618

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO STOP-BANG DE SCREENING DE APNEA DE SUEÑO

Registro de las peticiones de estudios de sueño recibidas y su categorización según la priorización con el cuestionario STOP- Bang.
Correlación entre las categorías de priorización según el cuestionario y el resultado final de la poligrafía cardiorrespiratoria.
Estudio comparativo del "tiempo de espera" para estudios de poligrafía cardiorrespiratoria respecto a la práctica habitual previa al presente protocolo:
- En pacientes con AOS severo y AOS moderada sintomática.
Detección de posibilidades de mejora según los resultados obtenidos

DURACIÓN

Fecha final: 01/03/2017
Cronograma:
Creación de base de datos para registro: 01/10/2016
Recogida de datos: 01/10/2016- 01/03/2017
Evaluación final: 2017

OBSERVACIONES

Bibliografía

1. F. Chung, R. Subramanyam, P. Liao, E. Sasaki, C. Shapiro and Y. Sun, " High STOP-Bang score indicates a high probability of obstructive sleep apnoea", British Journal of Anaesthesia 108 (5): 768- 75 (2012).
- 2, 2009. 3. W.T. McNicholas, M.R. Bonsignore, "European Respiratory Society monograph: Sleep Apnea",Clinical handbooks for the Respiratory professional, No. 50, 2010.
3. T.S. Vasu et al, "Obstructive sleep apnea syndrome and postoperative complications", Arch Otolaryngol Head Neck Surg/Vol. 136 (No.10), Oct 2010.
4. F. Chung, H. Abdullah, P. Liao, " STOP-Bang Questionnaire, A Practical Approach to Screen for Obstructive Sleep Apnea", CHEST 2016; 149(3):631-638.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1233

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ELISA MINCHOLE LAPUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLO DRONDA SALVADOR
MARQUEZ MEDINA DIEGO
ARTAL CORTES ANGEL
VENGOECHEA ARAGONCILLO JOSE JAVIER
GARCIA FAU PILAR
ALBERICIO GIMENO ASUNCION
HERRERO VILLALON ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2018 se ha iniciado la colocación del catéter pleural tunelizado (CPT) en pacientes oncológicos con derrame pleural maligno sintomático.

Se ha elaborado un protocolo junto con el servicio de Oncología para la derivación y seguimiento de estos pacientes. Actualmente este protocolo se encuentra en fase de revisión.

Se ha realizado un informe del procedimiento y otro de seguimiento en los casos que fuera preciso en todos los pacientes.

Se ha enseñado a los familiares/cuidadores de los pacientes cómo realizar el drenaje en domicilio y limpiar zona de herida. Se ha entregado información escrita en relación al drenaje y limpieza de herida.

Se ha informado del horario de consulta ante las posibles complicaciones y/o dudas sobre el drenaje.

Se ha entregado semanalmente el número de botellas que precisaban para drenar el líquido pleural recogiendo las utilizadas en la semana previa.

Se ha registrado en una base de datos excel las siguientes características: edad, sexo, neoplasia, localización del derrame, grado de disnea antes y después de la colocación del CPT, tiempo de espera desde solicitud hasta colocación CPT, cambio en la disnea, autonomía de los cuidadores, supervivencia media, retirada del CPT si fuera necesario, complicaciones (número y tipo).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2018 se han colocado un total de 7 CPT, todos en pacientes oncológicos con derrame pleural maligno sintomático por disnea, en situación de enfermedad oncológica avanzada. La edad media fue de 71 años. Seis padecían cáncer de pulmón y uno adenocarcinoma de páncreas.

El tiempo de espera hasta la colocación del CPT se adaptó a la sintomatología limitante del paciente dándole prioridad en la programación. Todos ellos se colocaron en menos de 7 días.

Se ha realizado un protocolo sobre el manejo del CPT junto a Oncología estando en fase de revisión por parte de la Unidad de Calidad del HUMS. Asimismo, se ha realizado un nuevo consentimiento informado que también está en fase de revisión.

Todos los pacientes han mejorado de la disnea tras la colocación del drenaje pleural (100%).

El 100% de los familiares/ cuidadores han manejado de manera autónoma y correcta el CPT.

Complicaciones (número y tipo): No hubo complicaciones en ninguno de los 7 pacientes.

No precisó retirarse el drenaje en ningún caso.

La supervivencia media fue de 1,5 meses. La supervivencia más prolongada hasta ahora es de un paciente que lleva con el CPT dos meses y medio y se está valorando su retirada por disminución progresiva del drenaje, en el contexto de una buena respuesta al tratamiento con quimioterapia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido necesario el trabajo en equipo entre las especialidades de oncología, cirugía torácica y neumología. Neumología en coordinación con oncología y cirugía torácica ha elaborado un protocolo de actuación pendiente de revisión por la unidad de calidad.

Dentro de neumología ha sido importante el trabajo en equipo entre médicos y enfermería para la citación,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1233

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

colocación del CPT, educación a familiares/ cuidadores, información sobre síntomas de reconsulta, entrega de botellas necesarias para el drenaje.

El resultado de esta coordinación ha sido muy positivo pudiendose llevar a cabo el proyecto.

El proyecto es sostenible y la tendencia actual es a aumentar el número de procedimientos ya que es un tratamiento necesario en pacientes oncológicos sintomáticos a causa del derrame pleural.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1233 ===== ***

Nº de registro: 1233

Título
IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Autores:
MINCHOLE LAPUENTE ELISA, BELLO DRONDA SALVADOR, MARQUEZ MEDINA DIEGO, ARTAL CORTES ANGEL, VENGOECHEA ARAGONCILLO JOSE JAVIER, GARCIA FAU PILAR, ALBERICIO GIMENO ASUNCION, HERRERO VILLALON ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los derrames pleurales malignos (DPM) son una complicación común en la enfermedad maligna avanzada. Se ha estimado que hasta un 15% de los pacientes con cáncer de pulmón presentará inicialmente un DPM y hasta el 46% desarrollará un derrame pleural en algún momento de su enfermedad. Lamentablemente, la presencia de un DPM augura un mal pronóstico. La supervivencia media se encuentra entre 3-12 meses.
El síntoma más importante asociado con el DPM es la disnea. Esta generalmente es subaguda, progresa durante días y semanas y puede asociarse con molestias en el pecho o tos.

Cuando el tratamiento no es curativo, el objetivo principal es proporcionar a nuestros pacientes el mejor de los cuidados para mantener una calidad de vida aceptable, centrando el tratamiento en la paliación de los síntomas.

Se deben favorecer, si es posible, los procedimientos mínimamente invasivos, con pocos efectos secundarios y ambulatorios, reduciendo al mínimo el tiempo de hospitalización para estos pacientes.

La toracocentesis terapéutica es el tratamiento inicial que consigue el alivio rápido de los síntomas. La recurrencia es muy probable a corto plazo por lo que se recomienda un plan de tratamiento. Recientemente, se ha desarrollado el uso de catéteres pleurales permanentes para el drenaje continuo del derrame pleural. Después de su colocación, se logra mejorar la disnea manteniendo la expansión pulmonar mediante el drenaje repetido en el domicilio a través del catéter y el uso de frascos de plástico desechables (550 ml a 1 L). Los catéteres se pueden insertar de forma ambulatoria bajo anestesia local. El cuidado del catéter se enseña a los pacientes y familiares aprendiendo el procedimiento de drenaje según síntomas en su domicilio. Enfermería participa en el cuidado y enseñanza del drenaje, y el especialista participa en la colocación, evaluación inicial y el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implantar una nueva técnica enfocada a pacientes sintomáticos con derrame pleural maligno recidivante
- Disminuir los síntomas de estos pacientes mejorando su calidad de vida
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes y cuidadores
- Disminuir el número de reconsultas por este motivo
- Fomentar la investigación clínica y terapéutica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1233

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

MÉTODO

- Colocación del catéter pleural permanente en pacientes sintomáticos con derrame pleural maligno recidivante
- Enseñar el manejo del drenaje con catéter pleural permanente a los pacientes y sus familiares.
- Realización de un informe del procedimiento y seguimiento por parte del Servicio de Neumología dirigido a otros servicios médicos que atiendan a estos pacientes.
- Realizar una encuesta de satisfacción, incluyendo escala de síntomas del paciente y familiares
- Realizar un protocolo junto con el Servicio de Oncología para la derivación y seguimiento de estos pacientes

INDICADORES

- Total de pacientes atendidos
- Modificación de la escala de medición de síntomas antes/después del procedimiento
- % de pacientes que manejan de manera autónoma el catéter pleural permanente
- Número y tipo de complicaciones
- Tiempo (mediana) de supervivencia
- Desarrollo de un protocolo para atención y seguimiento de estos pacientes

DURACIÓN

Fecha de inicio: Junio de 2018
Fecha para la primera evaluación: 6 meses desde el inicio del proceso
Plan de comunicación del proceso: tras la primera evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1265

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIA ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ELISABET VERA SOLSONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CARPI TERESA
GOTOR LAZARO MARIA ANGELES
SANCHEZ BARON ANDRES
ARRIBAS BARCELONA JESUS
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Mayo del 2018 se incorporó en el ámbito sanitario una herramienta informática, la Interconsulta Virtual (ITV), la cuál pretende mejorar la actuación ante el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades crónicas entre Atención Primaria y Especializada .
Se realiza un análisis de las pacientes remitidos a consultas de Neumología entre Mayo del 2018 hasta Febrero del 2019, describiendo el motivo de interconsulta más frecuentemente preguntado y se detectan las posibles mejorar que se realizaran en proyectos futuros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se analizan un total de 1927 interconsultas virtuales (ITV) siendo un 78% con prioridad normal. 932 son remitidas a CME Ramón y Cajal y 816 a CME San José, el resto de interconsultas son dirigidas a Neumología Infantil, Neumología de Hospital Miguel Servet ó incluso a otros sectores que no son el sector II. Los motivos más frecuentes de derivación fueron Revisión tras ingresos hospitalarios, indicación de oxigenoterapia, infecciones respiratorias no resueltas y sospechas diagnósticas de EPOC, Asma y SAHS. El 18 % de las ITV fueron en relación con la patología respiratoria de Asma bronquial., siendo el motivo de consulta más frecuente la duda sobre el diagnóstico (53.31%), seguido de la falta de control de la enfermedad (43.51%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El asma bronquial es una enfermedad prevalente sin embargo su diagnóstico y control todavía no están bien definidos en otros ámbitos fuera de la atención especializada. Es por ello que se precisa de herramientas útiles como cuestionarios de control de síntomas (ACT), test de adherencia a inhaladores (TAI) y medición de función pulmonar como la espirometría que permitan tanto a Atención Primaria como a Atención Especializada realizar un abordaje conjunto y universal de dicha patología

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1265 ===== ***

Nº de registro: 1265

Título
PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA . SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

Autores:
VERA SOLSONA ELISABET, MARTIN CARPI MARIA TERESA, GOTOR LAZARO MARIA ANGELES, SANCHEZ BARON ANDRES, ARIBAS BARCELONA JESUS, GALLEGU BERMEJO MARIA CARMEN, DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1265

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIA ZARAGOZA II

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Asma es una enfermedad crónica prevalente, afecta a 3 millones de personas en España (5% en adultos y 10% en niños). En España, los costes se cifran en el 2% del gasto sanitario (1480 millones) de los cuales, el 70% se atribuyen a un mal control. En estudios en vida real, los asmáticos que alcanzan un buen control no llegan al 30%, y además, un 30% de pacientes diagnosticados de asma, no lo son. Es necesario realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados, sobre todo los que presentan un Asma Grave (AG) y de Control Dificil (ACD), sobre los que recae el mayor consumo de recursos sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS

Desde la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y desde la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), se ha potenciado la creación y acreditación de Unidades Monográficas para la atención integral de pacientes con Asma (UMA), sobre todo con AG y ACD cuyos objetivos son: 1) mejorar el nivel de cuidado de los pacientes, asegurando un marco de calidad asistencial, 2) establecer los recursos y facilitar la gestión de los mismos, 3) Impulsar el desarrollo de planes formativos en asma y avanzar en el concepto de acreditación del conocimiento, 4) favorecer la colaboración con profesionales de otras disciplinas clínicas y 5) promover la investigación en asma.

En España, la creación de UMA ha resultado ser costo- efectiva. Parece razonable pensar que su puesta en marcha en el Hospital Miguel Servet (HMS), puede contribuir a mejorar el control de los pacientes con Asma, evitar diagnósticos erróneos, mejorar la satisfacción del paciente y disminuir el consumo de recursos sanitarios. Es fundamental que desde Atención Primaria se realice un diagnóstico adecuado y en caso de que no exista un buen control del paciente asmático, y siguiendo los criterios consensuados, se derive a las UMA.

MÉTODO

Durante 2014 y 2015 se elaboró un protocolo para Aragón de Derivación de pacientes asmáticos desde AP a AE en el que participaron Neumólogos, Alergólogos, Médicos de Atención Primaria (AP) y personal de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud. A través de la implantación de la Interconsulta Virtual (ITV) en el sector II se quiere desarrollar el Proyecto IMPRODA definido por el conjunto de actuaciones por las que se le presta atención a personas que consultan por síntomas sugestivos de asma, se establecen mecanismos para la detección precoz, diagnóstico, clasificación de gravedad, tratamiento ajustado, actividades educativas en prevención y estrategias de automanejo y seguimiento. Todo ello encaminado a asegurar una calidad de vida óptima, garantizar la continuidad asistencial, la coordinación entre los diferentes profesionales y la corresponsabilidad de los éstos y el paciente.

a) Entrada al proceso a través de ITV. Criterios de derivación: diagnósticos, terapéuticos, circunstancias especiales, relacionados con el tratamiento actual.

b) Límite final: Exclusión del diagnóstico de asma; Asma controlado, paciente asintomático y con función pulmonar normal, sin tratamiento, al menos 2 años.

HOJA DE DERIVACIÓN DE PACIENTE ASMÁTICO DESDE AP A AE

Datos de filiación:

Motivo de derivación

1. Problema diagnósticos

-No confirmación con medios disponibles

-Posible componente alérgico

-Sospecha de asma ocupacional

-Sospecha de pseudoasma

-Sospecha de enfermedad agravante

2. Problemas terapéuticos

-Mal control sintomático

-Exacerbaciones frecuentes (= 2 tandas de corticoides/año, visita a urgencias o ingreso hospitalario)

-Riesgo futuro incrementado (FEV1 < 80%)

-Necesidad de tratamientos especiales (biológicos, termoplastia, antibioterapia prolongada)

-Efectos secundarios graves del tratamiento

-Rinosinusitis y poliposis nasal graves

3. Circunstancias especiales

-Síndrome de solapamiento (ACO)

-Asmática embarazada

-Antecedentes de asma de riesgo vital

-EREA

-Asma corticodependiente y corticoresistente

-Alergia alimentaria

-Aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA)

4. Tratamiento actualizado

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1265

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIA ZARAGOZA II

La utilidad de este protocolo va a ser evaluada mediante indicadores de calidad y así determinar el número y características de los pacientes que, estando en tratamiento por Asma, no son realmente asmáticos y, por otro la mejoría en el grado de control del Asma.
Cabe remarcar la necesidad de difundir este protocolo de Asma bronquial a los médicos de AP, mediante la realización de un programa formativo y así desarrollar el proyecto con garantías y dentro de los criterios de calidad expresados anteriormente.

DURACIÓN

Reuniones Atención Especializada-Atención Primaria: tercer trimestre de 2018.
Difusión del protocolo a los Médicos de Atención Primaria: cuarto trimestre de 2018.
Implementación del protocolo: Año 2019.
Evaluación de resultados: cuarto trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1270

1. TÍTULO

PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE TERESA MARTIN CARPI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERA SOLSONA ELISABET
GOTOR LAZARO MARIA ANGELES
GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN
SANCHEZ BARON ANDRES
ARRIBAS BARCELONA JESUS
CARRIZO SIERRA SANTIAGO
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es un problema de salud pública: es una enfermedad altamente prevalente con repercusión en la calidad de vida.

En relación al diagnóstico hay que hacer frente tanto al problema del infradiagnóstico como al derivado de las listas de espera para realización de las pruebas pertinentes. El papel del médico de atención primaria (MAP) es primordial a la hora de identificar los casos sospechosos. Por otra parte, es imprescindible la priorización previa identificación de los pacientes con clínica de SAHS más severo.

Con ocasión de la implementación en el Sector II de Zaragoza de la Interconsulta Virtual (ITV), como herramienta de gestión de procesos entre Atención Primaria y Especializada, nace este proyecto para aumentar la eficiencia y calidad de diagnóstico y tratamiento de SAHS entre ambos niveles asistenciales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El primer paso para desarrollar el proceso es el conocimiento de la situación de estas consultas. Desde Mayo de 2018 hasta la presente fecha, Febrero de 2019, se han realizado 1927 consultas intervirtuales al Servicio de Neumología, 78% con carácter normal y con una media de respuesta a las mismas de 2 días.

Respecto a SAHS, se han solicitado 464 consultas, el 24% del total. 166 pacientes han sido derivados al CME S.J. y 249 a CME RyC. El resto a HUMS. La distribución por sexos es de 134 (29%) mujeres y 330 hombres (71%).

Los motivos de derivación de estos pacientes los agrupamos en tres categorías.

1. Control de pacientes ya diagnosticados: 106 (23%): 69 pacientes para control clínico y renovación de CPAP en caso de utilizarla, 13 pacientes por intolerancia a CPAP, 6 por empeoramiento clínico a pesar de CPAP y 14 también por empeoramiento sin tratamiento. A destacar también la Renovación del Permiso de Conducción, 4 pacientes.

2. Para el diagnóstico de SAHS: 322 (69%). En todos ellos figura la descripción de síntomas: ronquido y/o somnolencia/cefalea matutina y/o pausas de apnea. Sin embargo, solamente 19 presentan datos antropométricos y/o IMC y/o cuestionario de Somnolencia Epworth o STOP-Bang y/o exploración de vía aérea: Mallampati. 9 se remiten por actividad laboral de riesgo, fundamentalmente conducción y 2 por no figurar la solicitud previa en lista o buzones. 9 son remitidos por recomendación desde Cardiología y 4 por HTA de difícil control.

3. Para iniciar tratamiento: 36 (8%) pacientes. Son aquellos a los que se han realizado las pruebas diagnósticas en otro centro, privado generalmente, o que se trasladan de área.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La demanda para estudio, tratamiento y control de SAHS es creciente desde Atención Primaria. Corresponde a la cuarta parte de las solicitudes. Existe alta sospecha diagnóstica en relación a la sintomatología. Sin embargo, las peticiones no están sistematizadas por lo que la priorización en la atención se dificulta. El proceso de mejora asistencial se debe implementar de forma progresiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1270 ===== ***

Nº de registro: 1270

Título
PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL

Autores:
MARTIN CARPI MARIA TERESA, GOTOR LAZARO MARIA ANGELES, VERA SOLSONA ELISABET, SANCHEZ BARON ANDRES, ARIBAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1270

1. TÍTULO

PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL

BARCELONA JESUS, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, CARRIZO SIERRA SANTIAGO, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es un problema de salud pública: enfermedad altamente prevalente con repercusión en la calidad de vida. En relación al diagnóstico hay que hacer frente tanto al problema del infradiagnóstico como al derivado de las listas de espera para realización de pruebas. El papel del médico de atención primaria (MAP) es primordial para identificar casos sospechosos. Por otra parte, es imprescindible la priorización previa identificación de los pacientes con clínica de SAHS severo. Los cuestionarios son una herramienta eficaz para ello, ya utilizados en nuestras consultas de Neumología con excelentes resultados. Además de la clínica de ronquidos y apneas objetivadas incluyen una serie de factores predictivos, la edad y la obesidad, medida por Índice de Masa Corporal (IMC) y/o perímetro del cuello (STOP-Bang) y/o perímetro de la cintura (OSA50).

RESULTADOS ESPERADOS

Con ocasión de la implementación en el Sector II de Zaragoza de las Consultas Virtuales, como herramienta de gestión de procesos entre Atención Primaria (AP) y Especializada (AE), nace este proyecto de diagnóstico y tratamiento de SAHS. Actualmente, a través de esta plataforma, entre 20-25% de las consultas procedentes de AP solicitan estudio de los trastornos respiratorios del sueño. Por lo tanto, nuestro objetivo es, a la vez que se mantiene la calidad de la asistencia, agilizar la toma de decisiones y evitar cierto número de consultas presenciales que menoscaban la actividad laboral del paciente e incrementan las listas de espera.

MÉTODO

Desde el ámbito de AP se debería seleccionar previamente a los pacientes para el estudio domiciliario de la patología:

1. Edad <55 años
2. Ausencia de comorbilidades: EPOC, Insuficiencia Respiratoria, Enfermedades Neurológicas o Cardiopatía (isquémica, valvulopatía, MCD, arritmias).
3. Estaría indicado cumplimentar el cuestionario STOP-Bang . En caso de mujeres, recomiendo valorar el perímetro de la cintura (si >88 cm añadir un punto en el ítem de cuello N). Informando del valor de cada ítem.
4. Solicitud de estudio de patología del sueño por parte de AP a través de la Plataforma. En el momento de que llegue esta solicitud a la Consulta Virtual se debería haber realizado y revisado ECG, Espirometría (historia de tabaquismo) y Rx de tórax (ésta debería estar realizada e informada en el momento de contestar a esta consulta porque, al existir demora en la realización del estudio, existe el riesgo de que ningún facultativo la valore).
5. Validación de la recepción y aceptación por parte del Servicio de Neumología (Poligrafía Respiratoria).
6. Creación de un repositorio con las peticiones, buzón, al que se puede acceder para conocer el estado de la solicitud. Priorización según el cuestionario.
7. Realización del estudio. Informe del mismo en Historia Electrónica.
8. Remisión al paciente al Centro de Salud o Centro Médico de Especialidades según resultados a través de la Consulta Virtual.

CUESTIONARIO STOP-BANG

Este cuestionario presenta diferentes ítems, se añade 1 punto por cada respuesta positiva.

STOP:

-Snore: hace referencia al ronquido. ¿Ronca alto (más que el tono de voz o suficiente para ser oído a través de puertas cerradas)?

-Tiredness: hace referencia al cansancio o somnolencia.

-Apneas Observadas. ¿Ha observado alguien que deje de respirar durante la noche?

-P: Tensión arterial. Tiene HTA o está siendo tratado de HTA

Se completa con otra serie de ítems que son sociodemográficos: se añade 1 punto por cada criterio cumplido.

Bang:

-B: BMI. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) >35 Kg/m²

-Age: edad >50 años

-N: Neck, circunferencia del cuello >40 cm.

-G: gender, masculino.

Se considera un punto de corte de =3 como valor predictivo de la existencia de SAHS moderado o severo. A mayor puntuación, más probabilidad de SAHS.

CUESTIONARIO OSA 50

Utiliza como puntos de corte de perímetro de cintura los utilizados para definir el síndrome metabólico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1270

1. TÍTULO

PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL

(cintura >102 cm en hombres y >88 cm en mujeres).

También presenta alta sensibilidad en el caso de puntuación mayor o igual a 5. En caso de respuesta positiva a cada cuestión se añade la puntuación siguiente:

- Obesidad: perímetro de cintura >102 en hombres y >88 cm en mujeres -- 3
- Snore (ronquido) -- 3
- A: apneas visualizadas-- 2
- 50: edad =50 años-- 2
- TOTAL --/10

INDICADORES

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejora continua de la comunicación
- Derivación con el menor número de consultas presenciales
- Priorización atendiendo a grado de severidad de los síntomas
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes
- Conocer el grado de satisfacción de los facultativos.

No disponemos de experiencia en las Consultas Virtuales ni en la implementación de las mismas en la patología del sueño. Tras un año de implantación se valorarían los resultados.

DURACIÓN

- Reunión AP-AE: tercer trimestre de 2018.
- Reunión con Médicos de Atención Primaria: cuarto trimestre de 2018
- Implementación del proyecto: año 2019
- Evaluación de resultados: cuarto trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Las consultas en Centro Médico de Especialidades para el diagnóstico de SAHS constituyen 1 /3 de las primeras visitas. Existe un número considerable de pacientes para atender. Debido a ello, las listas de espera son importantes y con largas demoras. Hay que añadir que el abandono del formato de papel en beneficio de plataformas digitales nos obliga a una vigilancia extrema y cuidadosa. Es por ello, que la implantación de este proyecto debe realizarse con cautela y progresivamente. Para ello proponemos comenzar a implementarlo progresivamente.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0446

1. TÍTULO

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LA FUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ELISA MINCHOLE LAPUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE PABLO CILLEROS FRANCISCO
BELLO DRONDA SALVADOR
PINEDA CORONEL RAHALF
GARCIA FAU PILAR
ALBERICIO GIMENO ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Inicialmente, se ha realizado ecografía torácica en personas sanas para ir adquiriendo habilidad en la búsqueda del diafragma y su valoración. Esta actividad se ha realizado en los primeros 6 meses del proyecto.

2.- Posteriormente se ha realizado ecografía torácica en pacientes con sospecha de disfunción diafragmática, valorada inicialmente por hallazgos en la radiografía de tórax y/o por la necesidad de ventilación mecánica no invasiva. Esta actividad se ha llevado a cabo en los siguientes 6 meses y se continúa en la actualidad.

2.1. Se ha analizado la movilidad de ambos hemidiafragmas comparando el hemidiafragma sospechoso de parálisis con el hemidiafragma sano.

2.2. Se han tomado medidas de la excursión diafragmática (medida tomada de la curva de un ciclo respiratorio, desde el final de la inspiración hasta el final de la espiración de un mismo ciclo) de ambos hemidiafragmas y comparado con los valores estándar de normalidad.

2.3. La medición del grosor diafragmático se ha podido valorar en los últimos 2 meses, gracias a la adquisición de una sonda ecográfica plana necesaria para este tipo de medición.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se ha atendido un total de 6 pacientes

2. La obesidad de uno de los pacientes dificultó la valoración diafragmática con una dudosa medición que no se ha considerado en los resultados.

3. La parálisis o paresia de un hemidiafragma se confirmó en 5 pacientes.

4. Los valores medios de excursión diafragmática medidos en el hemidiafragma afectado fueron en todos los casos inferiores a la excursión de su hemidiafragma sano. Todos los hemidiafragmas paralizados tuvieron un valor medio de excursión diafragmática por debajo de los valores de referencia estándar.

5. En 2 pacientes se pudo medir además el grosor diafragmático.

6. En 5 pacientes la sospecha clínica y radiológica de disfunción diafragmática se correlacionó con las mediciones por ecografía.

7. Tres pacientes se encuentran en tratamiento con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) por disfunción diafragmática.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La ecografía torácica es una técnica incruenta, portátil, repetible, capaz de valorar causas de fallo respiratorio como la parálisis diafragmática.

- La ecografía torácica permite valorar y comparar ambos hemidiafragmas de un paciente en el momento del fallo respiratorio agudo y su monitorización y respuesta tras tratamiento. En nuestro proyecto, los pacientes tratados con VMNI están pendientes de ser valorados tras la instauración del tratamiento.

- La valoración diafragmática por ecografía se continúa realizando en nuestro servicio en el momento actual ya que aporta información valiosa sobre la situación clínica del paciente.

- La continuación de esta técnica permite ir adquiriendo mayor habilidad en la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/446 ===== ***

Nº de registro: 0446

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0446

1. TÍTULO

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LA FUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA

EVALUACION ECOGRAFICA DE LA FUNCION DIAFRAGMATICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DISFUNCION DIAFRAGMATICA

Autores:
MINCHOLE LAPUENTE ELISA, DE PABLO CILLEROS FRANCISCO, BELLO DRONDA SALVADOR, PINEDA CORONEL RAHALF, GARCIA FAU PILAR, ALBERICIO GIMENO ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Pacientes con sospecha de disfunción diafragmática
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El diafragma es el músculo más importante de la inspiración y es usado mayoritariamente en la respiración de reposo. Existen numerosas situaciones que favorecen la aparición de disfunción en este músculo como son las atelectasias, derrames pleurales, neumonías, distrofias musculares, cirugías, traumatismos o afectaciones neurológicas, pudiendo reducir la movilidad.

Diversos estudios han demostrado la validez de la ecografía torácica como instrumento de evaluación estructural y funcional del diafragma. Es una herramienta no invasiva con alto poder de aplicabilidad en el campo clínico. Los ultrasonidos permiten observar el movimiento diafragmático y evaluar las características del mismo, como la amplitud, la fuerza y la velocidad de contracción, los patrones especiales de movimiento y los cambios en el grosor del diafragma durante la inspiración. Estos parámetros pueden proporcionar información valiosa en la evaluación y el seguimiento de pacientes con debilidad diafragmática o parálisis, y pueden ayudar potencialmente a comprender la disfunción pulmonar causante de una insuficiencia respiratoria.

Los pacientes con disfunción diafragmática son evaluados habitualmente por Neumología. La ecografía torácica surge como una herramienta no invasiva que podría ser de utilidad en el diagnóstico precoz iniciando el tratamiento y la rehabilitación necesaria e influir positivamente en el pronóstico de estos enfermos

RESULTADOS ESPERADOS

- Implantar la ecografía torácica como técnica de evaluación diafragmática en pacientes sintomáticos con sospecha de disfunción diafragmática.
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes y cuidadores mediante un diagnóstico precoz.
- Iniciar un tratamiento precoz y disminuir los síntomas de estos pacientes mejorando su calidad de vida
- Disminuir el número de consultas por este motivo
- Fomentar la investigación clínica y terapéutica

MÉTODO

- Realizar una ecografía torácica en los pacientes con sospecha de disfunción diafragmática.
- Análisis de la movilidad diafragmática con la medición de la excursión diafragmática durante un ciclo respiratorio desde el final de la inspiración hasta el final de la espiración del mismo ciclo.
- Comparar el valor de la excursión diafragmática con los valores estándar de normalidad.
- Medición del grosor diafragmático y su variación durante la inspiración.
- Repetición de las mediciones ecográficas tras tratamiento si se hubiera instaurado.
- Realización de un informe del procedimiento

INDICADORES

- Total de pacientes atendidos.
- Total de pacientes que es posible analizar la movilidad diafragmática midiendo excursión diafragmática.
- Comparación de los valores medios de excursión diafragmática medidos con los valores de referencia estándar.
- Total de pacientes que es posible analizar el grosor diafragmático.
- Número pacientes donde la sospecha clínica y radiológica de disfunción diafragmática se correlaciona con las mediciones por ecografía.
- Número de pacientes cuyos parámetros de función diafragmática mejoran tras tratamiento dirigido.

DURACIÓN

Fecha de inicio: Febrero de 2019
Fecha para la primera evaluación: 12 meses desde el inicio del proceso
Plan de comunicación del proceso: tras la primera evaluación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0446

1. TÍTULO

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LA FUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA

OBSERVACIONES

Se trata de un proceso basado en la evidencia científica disponible: guías de práctica clínica, protocolos asistenciales, vías clínicas y artículos de calidad.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0498

1. TÍTULO

ELABORACION DE FORMULARIO DE PETICION DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA, CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA CON SEDOANALGESIA EN NEUMOLOGIA (H.U. MIGUEL SERVET)

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE RAHALF PINEDA CORONEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINCHOLE LAPUENTE ELISA
GARCIA FAU PILAR
ALBERICIO GIMENO ASUNCION
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha elaborado un nuevo consentimiento informado de broncoscopia flexible con sedoanalgesia. El documento anterior no incluía información respecto a la sedación.
- Este nuevo documento se ha incluido dentro de los consentimientos descargables desde la intranet del hospital.
- Se ha verificado la utilización del mismo desde que se ha incluido en la intranet del hospital.

Calendario:

La elaboración del documento se realizó en septiembre y se envió a la Unidad de calidad en octubre del 2019. Tras la aceptación e inclusión del mismo en la intranet del hospital se ha comprobado su utilización.

Comunicación a profesionales:

El nuevo documento se ha sustituido por el anterior en la intranet, actualmente solo es posible descargar el nuevo consentimiento informado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El consentimiento informado de broncoscopia flexible con sedoanalgesia se ha elaborado, enviado a calidad y actualmente puede descargarse desde consentimientos informados de la intranet del hospital.
- Tras su elaboración se ha comprobado que más del 80% de las nuevas peticiones lo incluyen.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El nuevo consentimiento informa mejor al paciente de la sedoanalgesia realizada y de los beneficios y riesgos añadidos debido a la misma.
- Queda por alcanzar que el 100% de toda petición de broncoscopia y ecobroncoscopia vaya acompañada de su consentimiento informado, evitando firmarse el día de la prueba. Actualmente se escribe una nota informativa en el informe que no incluye este consentimiento.
- La petición de solicitud de broncoscopia y ecobroncoscopia se ha decidido mantener por separado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/498 ===== ***

Nº de registro: 0498

Título

ELABORACION DE FORMULARIO DE PETICION DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA, C.INFORMADO DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA Y SEDOANALGESIA EN NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA (H MIGUEL SERVET)

Autores:

PINEDA CORONEL RAHALF, MINCHOLE LAPUENTE ELISA, BELLO DRONDA SALVADOR, ALBERICIO GIMENO ASUNCION, GARCIA FAU PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0498

1. TÍTULO

ELABORACION DE FORMULARIO DE PETICION DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA, CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA CON SEDOANALGESIA EN NEUMOLOGIA (H.U. MIGUEL SERVET)

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

El artículo 10 de la Ley General de Sanidad establece el derecho de los usuarios del sistema sanitario a la información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico, y a la necesidad de obtener el previo consentimiento escrito para la realización de cualquier intervención, excepto en los casos de riesgo para la salud pública, incapacidad para tomar decisiones o cuando la urgencia no permita demoras. El documento del consentimiento informado (DCI) es el soporte documental de este proceso y trata de garantizar que la información más relevante ha sido ofrecida por el médico y recibida por el paciente. La disponibilidad de documentos de consentimiento informados estandarizados en entornos clínicos con sobrecarga asistencial los convierten muchas veces en la principal, si no la única, fuente de información del paciente, por lo que es importante que estos documentos sean de calidad. Actualmente en la unidad de neumología intervencionista del HUMS disponemos de hojas de petición de broncoscopia flexible, por otra parte de formularios de consentimiento informado para realizar dicho procedimiento y separadamente formatos de consentimiento para sedoanalgesia que se imprimen desde internet, esto hace que para realizar estos procedimientos se deben cumplimentar 3 formularios distintos lo que conlleva al uso de más recursos y tiempo para la petición de un mismo procedimiento. Además que al ser 2 documentos de consentimiento informado distintos el paciente muchas veces al momento de la realización de la intervención acude sin haber leído y firmado alguno de estos. Esto condiciona falta de conocimiento parcial o total del paciente acerca de los actos médicos que se le va a realizar hasta el mismo día del procedimiento. Para tratar de evitar que esto suceda se confeccionará una petición de broncoscopia/ecobroncoscopia que incluya dentro del mismo documento el formato del consentimiento informado tanto para la broncoscopia/ecobroncoscopia y la sedoanalgesia necesaria para tal acto realizada por el neumólogo. Además se incluirá dicho documento dentro de la intranet para por ser descargado fácilmente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar un documento único descargable desde intranet que unifique la petición de la técnica broncoscopia/ecobroncoscopia, consentimiento informado para su realización y consentimiento informado para la sedoanalgesia necesaria para tal procedimiento.
- Incluir este nuevo documento dentro de los documento descargables desde intranet.
- Evitar la falta de información al paciente acerca del procedimiento al que se le va a someter
- Lograr que todos los pacientes acudan el día del procedimiento con los consentimientos informados necesarios debidamente leídos y firmados.
- Ahorrar tiempo al médico responsable a la hora de realizar una petición para broncoscopia/ecobroncoscopia.

MÉTODO

- Confeccionar el nuevo documento de petición de broncoscopia/ecobroncoscopia unificado con los consentimientos informados necesarios de la técnica y sedoanalgesia.
- Inclusión de este documento dentro de la intranet del hospital.
- Difusión a los facultativos para el uso de este nuevo documento.
- Verificación de la cumplimentación de esta nueva petición antes de cada procedimiento

INDICADORES

- Total de broncoscopias/ecobroncoscopias realizadas
- Número de pacientes con el nuevo formato de petición cumplimentado adecuadamente sobre el total de broncoscopias/ecobroncoscopias realizadas.

DURACIÓN

- Fecha de inicio: Marzo 2018
- Fecha para la primera evaluación: Octubre 2018
- Plan de comunicación del proceso: tras la primera evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0498

1. TÍTULO

ELABORACION DE FORMULARIO DE PETICION DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA, CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE/ECOBRONCOSCOPIA CON SEDOANALGESIA EN NEUMOLOGIA (H.U. MIGUEL SERVET)

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0551

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ELISABET VERA SOLSONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CARPI MARIA TERESA
GOTOR LAZARO MARIA ANGELES
SANCHEZ BARON ANDRES
ARRIBAS BARCELONA JESUS
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza un estudio de campo de las interconsultas virtuales (ITV) recibidas en el Servicio de Neumología desde Enero a Mayo del 2019 con motivo relacionado con la enfermedad, Asma bronquial. Posteriormente, desde Mayo hasta diciembre se han realizado 5 sesiones sobre un PROGRAMA de FORMACIÓN PILOTO en tres centro de Salud con la finalidad de mejorar el diagnóstico y el control de los pacientes con Asma bronquial. El módulo de diagnóstico fue realizado en el mes de mayo y el módulo de control se realizó a principios de Diciembre. Tras finalizar la formación, se han analizado de nuevo todas las interconsultas virtuales recibidas en el mes de diciembre del 2019, teniendo en cuenta los indicadores de calidad en relación al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Inicialmente fueron recibidas 1267 interconsultas virtuales procedentes de Atención Primaria entre los meses de Enero hasta Mayo del 2019, de las cuales 193 (15%) estaban en relación con la enfermedad Asma bronquial. El motivo más frecuentemente consultado fue con un 59% falta de control de la enfermedad, 38% dudas sobre el diagnóstico, 1.5% estudio de comorbilidades relacionadas y un 1.5% situaciones especiales (asma -embarazo). Se diseñó un protocolo de Formación dirigido hacia los centros de Salud de Atención Primaria siguiendo la Guía Española de Manejo de Asma bronquial (GEMA) y se analizaron los siguientes indicadores de calidad con respecto al diagnóstico, tratamiento y seguimiento:

1.INDICADOR DE DIAGNÓSTICO: Confirmación diagnóstica de los pacientes con asma realizada mediante espirometría con prueba broncodilatadora. (N° de pacientes con asma con espirometria realizada por 100/ n° de pacientes diagnosticados de asma)

2.- INDICADOR DE DIAGNÓSTICO: Estudio de sensibilización en asma alérgica. A los pacientes con sospecha de asma alérgica se realiza una anamnesis detallada sobre la relación con la exposición ambiental . (N° de pacientes con anamnesis realizada sobre relación a exposición a neuroalergenos x 100 / n° de pacientes diagnosticados de asma)

3.- INDICADOR DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO : Tratamiento de elección en el asma persistente. El tratamiento de elección en el asma persistente incluye glucocorticoides inhalados (GCI) utilizado diariamente. (N° de pacientes en tratamiento de control por asma persistente que reciben GCI x 100/ n° de pacientes en tratamiento de control por asma persistente)

4.- INDICADORES DE SEGUIMIENTO: Registro periódico de las exacerbaciones . La valoración específica de las exacerbaciones se evalúa de forma periódica. (N° de pacientes con asma en los que se ha evaluado y documentado las exacerbaciones x 100/ n° de pacientes con asma).

Tras la realización de este programa piloto, en diciembre del 2019 se recibieron un 16% de ITV por Asma bronquial . Se observó una mejora en el diagnóstico del asma bronquial disminuyendo el motivo de consulta por esta razón de un 38% a un 24%, aumentando las consultas por otras causas como fueron 6% en relación a las comorbilidades asociadas al asma, 3% en situaciones especiales y un 67% en relación al grado de control. Con respecto al tratamiento hubo una mejoría en el uso de glucocorticoides inhalados en los pacientes asmáticos pasando de un 75% a un 88% (por debajo del standard que debería ser un 95%). Los indicadores de seguimiento, cuantificación de exacerbaciones asmáticas, y de diagnóstico en lo referente a la anamnesis detallada sobre los factores de exposición que desencadenan el mal control del asma, se encontraron en cifras subóptimas (21% y 12%, respectivamente, siendo un 80 % y un 90% el standard). El registro de realización de espirometrías fue de un 10%, muy inferior a lo esperado (70% standard).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de espirometrías y su interpretación sigue siendo una limitación en los Centros de Atención Primaria. Además existen otra limitación en nuestro programa, ya que hemos realizado la formación a un número reducido de centros de salud. Sin embargo con una mejor difusión se podría mejorar los resultados obtenidos en cuanto al control y manejo del paciente asmático.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0551

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

El asma bronquial es una enfermedad prevalente y por ello son necesarios programas de formación en espirometrías y en el abordaje conjunto del diagnóstico y control de la enfermedad que mejorara la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/551 ===== ***

Nº de registro: 0551

Título
PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

Autores:
VERA SOLSONA ELISABET, MARTIN CARPI MARIA TERESA, GOTOR LAZARO MARIA ANGELES, SANCHEZ BARON ANDRES, ARRIBAS BARCELONA JESUS, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Asma es una enfermedad crónica prevalente, afecta a 3 millones de personas en España (5% en adultos y 10% en niños). En España, los costes se cifran en el 2% del gasto sanitario (1480 millones) de los cuales, el 70% se atribuyen a un mal control. En estudios en vida real, los asmáticos que alcanzan un buen control no llegan al 30%, y además, un 30% de pacientes diagnosticados de asma, no lo son. Es necesario realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados, sobre todo los que presentan un Asma Grave (AG) y de Control Difícil (ACD), sobre los que recae el mayor consumo de recursos sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS

Desde la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y desde la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), se ha potenciado la creación y acreditación de Unidades Monográficas para la atención integral de pacientes con Asma (UMA), sobre todo con AG y ACD cuyos objetivos son: 1) mejorar el nivel de cuidado de los pacientes, asegurando un marco de calidad asistencial, 2) establecer los recursos y facilitar la gestión de los mismos, 3) Impulsar el desarrollo de planes formativos en asma y avanzar en el concepto de acreditación del conocimiento, 4) favorecer la colaboración con profesionales de otras disciplinas clínicas y 5) promover la investigación en asma.

En España, la creación de UMA ha resultado ser costo- efectiva. Parece razonable pensar que su puesta en marcha en el Hospital Miguel Servet (HMS), puede contribuir a mejorar el control de los pacientes con Asma, evitar diagnósticos erróneos, mejorar la satisfacción del paciente y disminuir el consumo de recursos sanitarios. Es fundamental que desde Atención Primaria se realice un diagnóstico adecuado y en caso de que no exista un buen control del paciente asmático, y siguiendo los criterios consensuados, se derive a las UMA.

MÉTODO

Durante 2014 y 2015 se elaboró un protocolo para Aragón de Derivación de pacientes asmáticos desde AP a AE en el que participaron Neumólogos, Alergólogos, Médicos de Atención Primaria (AP) y personal de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud. A través de la implantación de la Interconsulta Virtual (ITV) en el sector II se quiere desarrollar el Proyecto IMPRODA definido por el conjunto de actuaciones por las que se le presta atención a personas que consultan por síntomas sugestivos de asma, se establecen mecanismos para la detección precoz, diagnóstico, clasificación de gravedad, tratamiento ajustado, actividades educativas en prevención y estrategias de automanejo y seguimiento. Todo ello encaminado a asegurar una calidad de vida óptima, garantizar la continuidad asistencial, la coordinación entre los diferentes profesionales y la corresponsabilidad de los éstos y el paciente.

a) Entrada al proceso a través de ITV. Criterios de derivación: diagnósticos, terapéuticos, circunstancias especiales, relacionados con el tratamiento actual.

b) Límite final: Exclusión del diagnóstico de asma; Asma controlado, paciente asintomático y con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0551

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

función pulmonar normal, sin tratamiento, al menos 2 años.

HOJA DE DERIVACIÓN DE PACIENTE ASMÁTICO DESDE AP A AE Datos de filiación:

Motivo de derivación

1. Problema diagnóstico

-No confirmación con medios disponibles -Posible componente alérgico

-Sospecha de asma ocupacional -Sospecha de pseudoasma

-Sospecha de enfermedad agravante

2. Problemas terapéuticos

-Mal control sintomático

-Exacerbaciones frecuentes (= 2 tandas de corticoides/año, visita a urgencias o ingreso hospitalario) -Riesgo

futuro incrementado (FEV1 < 80%)

-Necesidad de tratamientos especiales (biológicos, termoplastia, antibioterapia prolongada) -Efectos secundarios graves del tratamiento

-Rinosinusitis y poliposis nasal graves

3. Circunstancias especiales -Síndrome de solapamiento (ACO) -Asmática embarazada

-Antecedentes de asma de riesgo vital -EREA

-Asma corticodependiente y corticoresistente -Alergia alimentaria

-Aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA)

4. Tratamiento actualizado

INDICADORES

La utilidad de este protocolo va a ser evaluada mediante indicadores de calidad y así determinar el número y características de los pacientes que, estando en tratamiento por Asma, no son realmente asmáticos y, por otro lado, la mejoría en el grado de control del Asma.

Cabe remarcar la necesidad de difundir este protocolo de Asma bronquial a los médicos de AP, mediante la realización de un programa formativo y así desarrollar el proyecto con garantías y dentro de los criterios de calidad expresados anteriormente.

DURACIÓN

Reuniones Atención Especializada-Atención Primaria: segundo trimestre de 2019. Difusión del protocolo a los

Médicos de Atención Primaria: cuarto trimestre de 2019. Implementación del protocolo: Año 2020.

Evaluación de resultados: Primer trimestre del 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0636

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES GOTOR LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VERA SOLSONA ELISABET
MARTIN CARPI MARIA TERESA
SANCHEZ VARON ANDRES
ARRIBAS BARCELONA JESUS
GALLEGO BERMEJO CARMEN
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado la guía de práctica clínica " Protocolo de derivación de los pacientes entre A. Primaria y Neumología con EPOC" desarrollado durante los años 2018/2019, en base a las últimas normativas publicadas de GOLD y GeEPOC. Es un proyecto de 53 páginas que hace referencia a la atención integral de estos pacientes. Las recomendaciones de este protocolo quieren ser un referente en la práctica clínica para que los pacientes con EPOC, con independencia del centro o el médico al que hayan acudido, sean diagnosticados y tratados de forma similar (pruebas diagnósticas, medidas higiénico-dietéticas, fármacos, etc.). Se trata de optimizar el proceso diagnóstico y adecuar el tratamiento según su nivel de gravedad identificando en primer lugar a los pacientes de bajo o alto riesgo. La sistemática empleada en esta revisión, se basará en plantear la relación asistencial adecuada entre AP y AE, según el estado clínico del paciente EPOC, donde se incluye la prevención, el diagnóstico y el tratamiento y abordaje de las complicaciones de la EPOC. Este protocolo hace recomendaciones sobre los siguientes aspectos:

- Detección precoz y cribado de la EPOC en personas fumadoras que presentan síntomas.
- Prevención primaria (tabaco y ejercicio físico) de la EPOC.
- Diagnóstico de la EPOC.
- Tratamiento del paciente con EPOC estable.
- Tratamiento de las exacerbaciones ambulatorias del paciente con EPOC.
- Tratamiento del paciente con EPOC y comorbilidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado la medición de los indicadores propuestos en el proyecto, mediante el análisis de todas las interconsultas virtuales registradas, encontrando los siguientes resultados.

Indicador 1. Proporción de pacientes derivados a neumología con diagnóstico de EPOC que se confirma el citado diagnóstico.

- Hasta el 31 de Diciembre del 2019 se han llevado a cabo 2955 interconsultas virtuales (un 17% más que durante el 2018).
- En el 79% de casos derivados con sospecha clínica de EPOC, se confirma el citado diagnóstico.
- Del total de pacientes derivados, en el 20% de los casos han sido para control y seguimiento por EPOC, un 4% por asociarse con insuficiencia respiratoria aguda y en el 8% por exacerbación con aumento de la disnea para control terapéutico de la misma y el resto por sospecha clínica sin confirmación.

Indicador 2. Número de espirometrías realizadas durante el último año/total pacientes con el diagnóstico de EPOC. Sólo en el 15% de los pacientes derivados con diagnóstico de EPOC tienen un registro de espirometría previa realizada en su centro de salud.

Indicador 3.-Número de pacientes diagnosticados de exacerbación de EPOC que tienen registrada una espirometría previa/ N° total de pacientes diagnosticados de exacerbación EPOC.

- Analizando el total de pacientes ingresados en nuestro centro, hemos comprobado que 559 pacientes han precisado ingreso hospitalario hasta Diciembre 2019 por haber presentado una exacerbación de EPOC.
- Del total de los pacientes ingresados, en el 76% de los casos hay constancia de una espirometría previa al ingreso, realizada o bien por parte de MAP o por parte de Atención Especializada en los Centros Médicos de Especializada o en el Hospital.

Indicador 4.- Proporción de pacientes que reciben un tratamiento correcto para el nivel de gravedad que presentan. Existe un 43% de casos que llevan un tratamiento broncodilatador sin estar bien documentado, bien porque hay dudas diagnósticas o porque no tienen realizada una espirometría que lo justifique. Esto significa que no hay un diagnóstico cierto de EPOC, sin embargo llevan la etiqueta de "sospecha de EPOC", con tratamiento broncodilatador correspondiente, antes de haber llegado al diagnóstico final.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La EPOC supone de forma global entre un 20- 30% de las consultas de Neumología, el 10% de Atención Primaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0636

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

y el 10% del total de ingresos hospitalarios. Además la presencia de EPOC aumenta el riesgo de ingreso por otras patologías, especialmente las de origen cardiovascular. Es una enfermedad que está aumentando de forma considerable, sobre todo entre las mujeres, debido a los cambios de hábitos relacionados con el tabaquismo en las últimas décadas.

- Siendo la EPOC, una de las enfermedades crónicas más prevalentes, destacan algunos aspectos que tienen gran importancia en su manejo: Unas cifras de infradiagnóstico muy importantes, y una escasa precisión diagnóstica, con un pequeño e inadecuado uso de las pruebas diagnósticas, sobre todo la espirometría forzada.

- La espirometría sigue siendo infrautilizada en el diagnóstico y seguimiento de la EPOC, y hay una gran variabilidad en su uso, tanto en la atención primaria como en la atención hospitalaria. Uno de los problemas detectados en nuestro estudio, es que siendo una prueba de control y seguimiento en estos pacientes a nivel de atención primaria, con frecuencia no está realizada, y sólo el 15% de los pacientes derivados tienen una espirometría previa realizada. Estos datos conllevan elevadas cifras de infradiagnóstico, alrededor del 85%, con las consecuencias clínicas que esto conlleva.

- Otro problema encontrado es que el registro de las espirometrías en las historias clínicas de atención primaria tampoco es el adecuado. Con frecuencia no se pueden encontrar los valores mínimos de la espirometría forzada (FVC, FEV1 y cociente FEV1/FVC), ni tampoco datos correspondientes a la prueba broncodilatadora, desconociéndose muchas veces los valores de referencia utilizados y recogiendo solo los valores porcentuales del FEV1.

- Sería necesario que cuando se registran los datos de la espirometría, puedan ser visualizados tanto los datos numéricos como la curva realizada, para poder validar la calidad en la realización de la citada prueba, así como una mejor visibilidad de la misma en OMI, porque es necesario una búsqueda exhaustiva en su historia clínica hasta localizar los resultados.

- Es una enfermedad que conlleva la movilización de numerosos recursos en salud, tanto en lo que se refiere al coste económico como al elevado número de consultas, por lo que el objetivo es realizar un tratamiento precoz y adecuado de la enfermedad y prevenir su evolución desfavorable optimizando el tratamiento farmacológico, puesto que existe un elevado número de pacientes con tratamiento broncodilatador, no suficientemente bien argumentado.

Todos estos planteamientos, comportan una clara oportunidad de mejora en cuanto a la calidad asistencial de los enfermos con EPOC en ambos niveles asistenciales.

RECOMENDACIONES:

Los profesionales que atienden al paciente con EPOC han de tener competencias en el diagnóstico temprano de la enfermedad, la interpretación de la espirometría forzada y el tratamiento de la fase estable y las exacerbaciones. Ello implica que el manejo del paciente EPOC debiera de asumirse desde AP en colaboración con Neumología, a quien podrá remitirse el paciente en determinadas situaciones, de ahí la necesidad de realizar este protocolo de derivación para mejorar la asistencia a estos pacientes y plantear una atención integrada que es fundamental en esta patología incluyendo la conveniencia de:

- Derivar a los pacientes con las exploraciones básicas realizadas, como la espirometría y Rx de tórax (cuando esté indicada la realización de ésta última), para facilitar la realización de consultas de rápida resolución. La no ejecución por parte de A. Primaria de éstas pruebas, supone una segunda visita para el paciente, un retraso en llegar al diagnóstico definitivo y conlleva aumentar las demoras existentes en consultas de Neumología.

CONCLUSIONES:

1. La EPOC es una patología con alta prevalencia y en consecuencia un motivo muy frecuente de interconsulta virtual desde atención primaria
2. La primera causa más frecuente de derivación es para establecer el diagnóstico. Sólo el 15% de los pacientes tiene documentada una espirometría previa, exploración necesaria para el diagnóstico de estos pacientes.
3. Otra causa frecuente de derivación en la EPOC es por mal control de los síntomas a pesar del tratamiento.
4. Es necesario potenciar el protocolo de derivación de los pacientes con EPOC, estimulando la creación de las consultas de alta resolución y mejorando la realización de espirometrías en los centros de atención primaria.
5. Debido al elevado porcentaje de pacientes tratados, cuyo diagnóstico no está bien documentado, es necesario mejorar en este proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/636 ===== ***

Nº de registro: 0636

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0636

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

Título
PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

Autores:
GOTOR LAZARO MARIA ANGELES, VERA SOLSONA ELISABET, MARTIN CARPI MARIA TERESA, SANCHEZ VARON ANDRES, ARRIBAS BARCELONA JESUS, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada, con una elevada morbimortalidad y considerada como un problema de salud pública de gran magnitud. Representa un elevado coste sanitario y constituye la cuarta causa de muerte en los países de nuestro entorno, estimándose sea la tercera en el año 2020 . Los profesionales que atienden al paciente con EPOC han de tener competencias en el diagnóstico temprano de la enfermedad, la interpretación de la espirometría forzada y el tratamiento de la fase estable y las exacerbaciones. Ello implica que el manejo del paciente EPOC debiera de asumirse desde AP en colaboración con la Atención Especializada (AE), a quien podrá remitirse el paciente en determinadas situaciones, de ahí la necesidad de realizar este protocolo de derivación entre atención primaria y neumología para mejorar la asistencia a estos pacientes, aprovechando la actual herramienta asistencial como es la interconsulta virtual que permite ofrecer al paciente una respuesta precoz, en menos de 48 horas de media, mejorando la accesibilidad, de forma protocolizada, se afianza el trabajo en equipo entre primaria y atención especializada, optimizando los tiempos de espera y priorizando los casos más complejos e inestables. La motivación de esta consulta virtual ha sido mejorar la comunicación entre profesionales, evitar derivaciones innecesarias, dirigir al paciente a consultas específicas en función de su patología, evitando en ocasiones pasos intermedios.

RESULTADOS ESPERADOS

Las recomendaciones de este protocolo quieren ser un referente en la práctica clínica para que los pacientes con EPOC, con independencia del centro o el médico al que hayan acudido, sean diagnosticados y tratados de forma similar

(pruebas diagnósticas, medidas higiénico-dietéticas, fármacos, etc.). Se trata de optimizar el proceso diagnóstico y adecuar el tratamiento según su nivel de gravedad identificando en primer lugar a los pacientes de bajo o alto riesgo.

La sistemática empleada en esta revisión, se basará en plantear la relación asistencial adecuada entre AP y AE, según el estado clínico del paciente EPOC, donde se incluye la prevención, el diagnóstico y el tratamiento y abordaje de las complicaciones de la EPOC. Este protocolo hace recomendaciones sobre los siguientes aspectos:

- Detección precoz y cribado de la EPOC en personas fumadoras que presentan síntomas.
- Prevención primaria (tabaco y ejercicio físico) de la EPOC.
- Diagnóstico de la EPOC.
- Tratamiento del paciente con EPOC estable.
- Tratamiento de las exacerbaciones ambulatorias del paciente con EPOC.
- Tratamiento del paciente con EPOC y comorbilidades.

MÉTODO

El proceso de atención inicial al paciente con EPOC debe seguir cuatro pasos:

- Paso 1: diagnóstico de la EPOC.
- Paso 2: estratificación del riesgo en bajo o alto.
- Paso 3: determinación del fenotipo en pacientes de alto riesgo.
- Paso 4: tratamiento guiado por síntomas (bajo riesgo) o por fenotipo (alto riesgo).

Para el diagnóstico es preciso que desde atención primaria se realicen una serie de pruebas diagnósticas como son: espirometría, Rx de tórax, analítica básica con alfa1 antitripsina y saturación arterial de oxígeno. Para estratificar el riesgo también debemos saber si han existido o no exacerbaciones el año previo así como la determinación del grado de disnea basal que el paciente presenta. Estos datos nos permitirán proporcionar el tratamiento más adecuado a cada grupo de pacientes y nos dan la información suficiente para saber cuando está indicado derivar al segundo nivel asistencial como puede ser en casos de: Dudas en el diagnóstico o para la realización de espirometría, si no se dispone de ella en otros niveles de atención, presencia de cor pulmonale, síntomas desproporcionados para la alteración funcional respiratoria, sospecha de déficit de alfa1 antitripsina, tras un ingreso hospitalario, cuando hay exacerbaciones frecuentes (más de 2/año), descenso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0636

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL DE LOS PACIENTES CON EPOC DESDE ATENCION PRIMARIA A NEUMOLOGIA

acelerado del FEV1, cuando existe un patrón mixto (restrictivo/obstructivo) en la prueba de función respiratoria, indicación de oxigenoterapia domiciliaria.

INDICADORES

- Proporción de pacientes derivados a neumología con diagnóstico de EPOC que se confirma el citado diagnóstico.
- Número de espirometrias realizadas durante el último año/total pacientes con el diagnóstico de EPOC
- Numero de pacientes diagnosticados de exacerbación de EPOC que tienen registrada una espirometria previa/ N° total de pacientes diagnosticados de exacerbacion EPOC.
- proporción de pacientes que reciben un tratamiento correcto para el nivel de gravedad que presentan.

DURACIÓN

- Reuniones AP-Neumología: tercer trimestre 2019.
- Difusión del protocolo: cuarto trimestre 2019.
- Implementación del protocolo en 2020.
- Evaluación de resultados: cuarto trimestre 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0704

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE BIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN ANTONIO DOMINGO MORERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRIBAS BARCELONA JESUS
ALVAREZ ALEGRET RAMIRO
SANCHEZ BARON ANDRES
GAMBO GRASA PAULA
GOMARA DE LA CAL SARA
FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Evaluación de las peticiones de biopsia realizadas en años anteriores
-Elaboración del borrador del modelo de petición de biopsia
-Evaluación del borrador en reunión mensual de grupo de trabajo en EPID del H Miguel Servet
-Realización de correcciones y nueva presentación del borrador. Aprobación del mismo
-Transcripción a formato electrónico del modelo de petición de biopsia (Excel)
-Reunión con informática para colgar el modelo de petición en intranet del Hospital
-Presentación del modelo ya colgado en intranet en reunión del grupo de EPID
-Elaboración de diagrama de flujos de petición de biopsia con el nuevo modelo. Presentación a Servicios de Anatomía Patológica y Cirugía Torácica
-Inicio del registro de peticiones de biopsia pulmonar y recogida de indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Modelo de petición de biopsia consensuado, colgado en intranet y en uso
Inicio del registro de biopsias y de la calidad de la información en las peticiones realizadas
Inicio del registro del grado de cumplimentación del nuevo modelo de petición de biopsias
Potenciación de la participación del Servicio de Anatomía Patológica en las sesiones del grupo de EPID

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se confirma la deficitaria información que se aportaba hasta la fecha en las peticiones de biopsia pulmonar por EPID
Necesidad de continuar con la mejora de calidad
-Recogida y elaboración e indicadores
-Potenciar participación de AP en reuniones de EPID para discutir los casos con biopsia
-Necesidad de realización de sesiones clínicas inter-servicios basadas en el nuevo modelo de colaboración

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/704 ===== ***

Nº de registro: 0704

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE BIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS

Autores:
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, ARIBAS BARCELONA JESUS, ALVAREZ ALEGRET RAMIRO, SANCHEZ BARON ANDRES, GAMBO GRASA PAULA, GOMARA DE LA CAL SARA, FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0704

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE BIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proceso diagnóstico de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) ha cambiado a lo largo de los últimos años. Hemos pasado de una situación en la que la biopsia pulmonar era considerada como "la última palabra en el diagnóstico de las EPID" a la actual, en la que la información de la biopsia se incorpora al resto de características de cada caso y se alcanza el diagnóstico definitivo en discusión multidisciplinar, siendo ésta la que se considera como "gold standard" diagnóstico.

A lo largo del proceso diagnóstico, cada caso es evaluado en distintos aspectos por distintos especialistas: neumología, reumatología, medicina interna, radiodiagnóstico, anatomía patológica, bioquímica, amén de otras que puedan considerarse necesarias en cada caso concreto como cardiología, dermatología, hematología...

Actualmente en nuestro hospital, el proceso diagnóstico de las EPID suele iniciarse en Neumología, aunque también puede serlo en Reumatología o en Medicina Interna en casos en los que ya existe una enfermedad diagnosticada y presenta como complicación una EPID. El estudio histológico de biopsias pulmonares no es necesario en el 100% de los casos y cuando se solicita, la información que le llega al patólogo está fragmentada y dispersa en la historia clínica del paciente. Aunque la decisión de la solicitud de biopsia se toma habitualmente en sesión multidisciplinar, no hay un instrumento que permita agregar toda la información disponible para que el patólogo pueda utilizarla más allá de la revisión de la historia clínica.

Por este motivo, el informe del patólogo se ve dificultado y el rendimiento que se consigue con la biopsia puede mejorarse si hay un documento estandarizado que recopile toda la información previa a la toma de decisión de la solicitud de la biopsia pulmonar.

Se propone una actividad para mejorar la calidad de información que recibe el patólogo en la petición de biopsias pulmonares para el estudio de la EPID que permita obtener el mayor rendimiento posible de las mismas. Se propone diseñar un instrumento (modelo de informe estandarizado) que recoja la información disponible previa a la biopsia de forma reglada y la ponga a disposición del equipo multidisciplinar, con especial relevancia para la interpretación de la biopsia en Anatomía Patológica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Diseño de un modelo estandarizado de informe que recoja de modo sistemático todos los datos disponibles previos a la biopsia pulmonar.
- Optimización del rendimiento diagnóstico de la biopsia pulmonar en el estudio de las EPID
- Adecuación del proceso de diagnóstico de las EPID a los estándares aconsejados por las Sociedades Científicas actualmente
- Reducción del tiempo empleado en el análisis de las biopsias
- Mejora en la calidad del estudio de las biopsias. Reducción del número de biopsias con diagnósticos inespecíficos

MÉTODO

- Acciones previstas:
 - Presentación del proyecto en la sesión del grupo de EPID
 - Elaboración del modelo de información previa a petición de biopsia pulmonar
 - Debate y aprobación del modelo por los miembros del proyecto de mejora de calidad
 - Incorporación del modelo como un formulario para solicitud de biopsia pulmonar por EPID. Una vez cumplimentado el formulario en cada caso, deberá quedar disponible para su consulta en la historia electrónica
- Recursos materiales necesarios: los medios informáticos ya disponibles en el hospital

INDICADORES

- 1.- Registro del número de biopsias pulmonares
- 2.- Porcentaje de peticiones de biopsia con el informe previo cumplimentado
- 3.- Calidad en la cumplimentación del informe de petición de biopsias: porcentaje de ítems cumplimentados
- 4.- Encuestas de satisfacción del servicio que pide la biopsia con el informe de la misma
- 5.- Encuestas de satisfacción del servicio de Anatomía Patológica con la información recibida
- 6.- Realización de una sesión clínica anual conjunta para evaluar desarrollo, implantación e identificar puntos de mejora

DURACIÓN

- Reuniones planeadas:
 - Una mensual (3 en total) para elaborar el modelo
 - Reunión con Admisión/Informática para colgar el modelo de petición
 - Presentación del modelo para inicio de su implantación:
 - En reunión del grupo de EPID
 - En sesión de Neumología
 - En sesión de Anatomía Patológica
 - Recopilación de las biopsias realizadas en el último año para que sirvan como comparador. Se puede extender la revisión a dos años si el número de las mismas es menor de 10
- Elaboración de los indicadores e informe final de desarrollo del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0704

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE BIOPSIA PULMONAR EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0764

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA CONSULTA VIRTUAL

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA MARTIN CARPI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOTOR LAZARO MARIA ANGELES
VERA SOLSONA ELISABET
GALLEGO BERMEJO CARMEN
SANCHEZ BARON ANDRES
ARRIBAS BARCELONA JESUS
CARRIZO SIERRA SANTIAGO
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2019 se han realizado 2.955 consultas intervirtuales al Servicio de Neumología. Respecto a SAHS, se han solicitado 708 consultas, el 24% del total. 312 pacientes han sido derivados al CME S.J. y 396 a CME RyC. La distribución por sexos es de 199 (28%) mujeres y 509 hombres (72%).

Los motivos de derivación de estos pacientes los agrupamos en tres categorías.

1. Control de pacientes ya diagnosticados: 234 (33%). La mayor proporción de este grupo se encuentra para renovación de la prescripción y control clínico. Sin embargo, se solicita también citación para la emisión de informes necesarios para la renovación del permiso de conducción (Reglamento General de Conductores: Anexo IV: regula las aptitudes psicofísicas para obtener o prorrogar el permiso. España ha actualizado sus criterios acorde a la Directiva Europea: RD 1055/2015 (20N). Entró en vigor en 2016.

Asimismo se solicita control de pacientes cuyos resultados de lectura del dispositivo CPAP indican la existencia de IAH residual elevado a pesar del tratamiento.

Es de destacar que, con ocasión de sustitución de CPAP por parte de la nueva empresa de Terapias Respiratorias Domiciliarias (TRD), a partir de julio de 2019 se ha solicitado consulta por ausencia de adaptación al nuevo dispositivo y necesidad de nueva revisión o prescripción de nuevos complementos o sustitución por otra marca de CPAP (14 casos).

2. Para el diagnóstico de SAHS: 431 (61%). En todos ellos figura la descripción de síntomas: ronquido y/o somnolencia/cefalea matutina y/o pausas de apnea. Sin embargo, solamente 22 presentan datos antropométricos y/o IMC y/o cuestionario de Somnolencia Epworth o STOP-Bang y/o exploración de vía aérea: Mallampati.

7 se remiten por actividad laboral de riesgo, fundamentalmente conducción. 4 por recomendación de Psiquiatría. 5 desde Cardiología y 3 por HTA de difícil control.

3. Para iniciar tratamiento: 43 (6%) pacientes.

Las solicitudes pendientes para realizar los estudios ya figuran en los buzones de la historia electrónica. De esta forma, todos los facultativos disponen de información sobre la situación de la prueba solicitada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Cumplimentación del cuestionario STOP-Bang en la petición >20%. A pesar de demostrarse un crecimiento progresivo en su aplicación no se alcanzan los niveles deseables, tan sólo se llega al 5%.

2. Realización previa de las pruebas complementarias >20%. Sí que se alcanzan, RX y Espirometría.

3. Registro de las peticiones en el repositorio, buzón >60%. Actualmente quedan registradas la totalidad de las solicitudes, 100%.

4. Emisión del Informe de resultados en la Historia Electrónica que permite ser conocido por los diferentes niveles Asistenciales, 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La demanda para estudio, tratamiento y control de SAHS es creciente desde Atención Primaria. Corresponde a la cuarta parte de las solicitudes. Existe alta sospecha diagnóstica en relación a la sintomatología. Las peticiones se van sistematizando progresivamente. Desde todos los niveles asistenciales es posible conocer la situación de la solicitud así como los resultados de las pruebas diagnósticas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/764 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0764

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA CONSULTA VIRTUAL

Nº de registro: 0764

Título
IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA CONSULTA VIRTUAL

Autores:
MARTIN CARPI MARIA TERESA, VERA SOLSONA ELISABET, GOTOR LAZARO MARIA ANGELES, SANCHEZ BARON ANDRES, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, ARRIBAS BARCELONA JESUS, CARRIZO SIERRA SANTIAGO, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es un problema de salud pública: es una enfermedad altamente prevalente con repercusión en la calidad de vida.
En relación al diagnóstico hay que hacer frente tanto al problema del infradiagnóstico como al derivado de las listas de espera para realización de las pruebas pertinentes. El papel del médico de atención primaria (MAP) es primordial a la hora de identificar los casos sospechosos. Por otra parte, es imprescindible la priorización previa identificación de los pacientes con clínica de SAHS más severo.
Con ocasión de la implementación en el Sector II de Zaragoza de la Interconsulta Virtual (ITV), como herramienta de gestión de procesos entre Atención Primaria y Especializada, se ha desarrollado este proyecto para aumentar la eficiencia y calidad de diagnóstico y tratamiento de SAHS entre ambos niveles asistenciales.
Como se ha analizado en el proyecto previo, el 24% de las ITV a Neumología corresponden a clínica compatible con SAHS. La mayoría de ellas para el diagnóstico (69%), el resto para control (23%) y tratamiento (8%).
Respecto al diagnóstico, en todos ellos figura la descripción de síntomas: ronquido y/o somnolencia/cefalea matutina y/o pausas de apnea. Sin embargo, solamente 19 presentan datos antropométricos y/o IMC y/o cuestionario de Somnolencia Epworth o STOP-Bang y/o exploración de vía aérea: Mallampati. 9 se remiten por actividad laboral de riesgo, fundamentalmente conducción.
Con todo ello concluimos que, las peticiones no están sistematizadas por lo que la priorización en la atención se dificulta. El proceso de mejora asistencial se debe implementar de forma progresiva.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejora continua de la comunicación
- Derivación con el menor número de consultas presenciales
- Priorización atendiendo a grado de severidad de los síntomas
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes
- Conocer el grado de satisfacción de los facultativos.

MÉTODO
Desde el ámbito de Atención Primaria se debería seleccionar previamente a los pacientes para el estudio domiciliario de la patología:
1. Edad <55 años
2. Ausencia de comorbilidades: EPOC, Insuficiencia Respiratoria, Enfermedades Neurológicas o Cardiopatía (isquémica, valvulopatía, MCD, arritmias).
3. Estaría indicado cumplimentar el cuestionario STOP-Bang. Informando del valor de cada ítem.
4. Solicitud de estudio de patología del sueño por parte de Atención Primaria a través de la Plataforma. En el momento de que llegue esta solicitud a la Consulta Virtual se debería haber realizado ECG, Espirometría y Rx de tórax .
5. Validación de la recepción y aceptación por parte del Servicio de Neumología (Poligrafía Respiratoria).
6. Creación de un repositorio con las peticiones, buzón, al que se puede acceder para conocer el estado de la solicitud. Priorización según el cuestionario.
7. Realización del estudio. Informe del mismo en Historia Electrónica.
8. Remisión al paciente al Centro de Salud o Centro Médico de Especialidades según resultados a través de la Consulta Virtual.
Hay que añadir que el abandono del formato de papel en beneficio de plataformas digitales nos obliga a una vigilancia extrema y cuidadosa. Es por ello, que la implantación de este proyecto debe realizarse con cautela

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0764

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA CONSULTA VIRTUAL

y progresivamente, preferiblemente con uno o dos Centros de Salud implicados, uno por cada CME. Otra de las dificultades añadidas es la gestión informática de los Cuestionarios, las Solicitudes de Poligrafías y la remisión de los pacientes a las Consultas correspondientes una vez elaborados los informes diagnósticos y e indicación de tratamiento.

INDICADORES

1. Cumplimentación del cuestionario STOP-Bang en la petición >20%.
2. Realización previa de las pruebas complementarias >20%.
3. Registro de las peticiones en el repositorio, buzón >60%.

DURACIÓN

MAYO 2019-FEBRERO 2020

OBSERVACIONES

Implementación progresiva

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0814

1. TÍTULO

CIRCUITO DE CAPTACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PAR A LA DESHABITUACION TABAQUICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANDION GARCIA BARRECHEGUREN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RORO TOLOSANA PARICIA
GONZALEZ LOPEZ CARMEN
MONGE FONDEVILA JUSTA
HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR
CASTRO USED MARIA DOLORES
ALDA ALGARATE MARIA JESUS
ASENSIO VELA REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

resultados. Indicar si se ha elaborado algún tipo de material para desarrollar el proyecto.

* Formamos un equipo de trabajo y dividimos en subgrupos las diferentes tareas a realizar y la recogida de información. (febrero 2019)

* Reuniones con la dirección de enfermería del HUMS y con la de AP de nuestro sector: definición de los circuitos a seguir con las 2 coordinadoras de AP. (reuniones realizadas en Julio y septiembre del 2019)

* Reunión con las coordinadoras de los diferentes centros de salud de nuestro sector para explicar el proyecto. Se realizó el 7 octubre del 2019

* Creación de base de datos, programa para registrar los pacientes y realizar los test de tabaquismo. (marzo/abril 2019)

* Preparación de educación sanitaria para el paciente y tríptico motivacional para el paciente. (abril/mayo 2019)

* Creación de informe de continuidad de cuidados sobre deshabituación tabáquica para enviar a enfermera de AP y/o consulta de deshabituación. (abril 2019)

* Preparar plan de acción con el paciente ingresado que incluye: registro de nuevos ingresos cada día en hoja excell, selección de pacientes, entrevista motivacional, ejecución de los test de dependencia de nicotina y test de motivación para dejar de fumar, dar al paciente información básica y apoyo, hablar con el médico que lo lleva en la unidad para empezar un tratamiento farmacológico si pertinente, programar cita del paciente con enfermería o medicina de AP, enviar correo electrónico a coordinador de enfermería del centro de salud avisando que el paciente quiere entrar en el programa de deshabituación, avisar del alta del pacto al centro de salud y entregar al pacto el informe de continuidad de cuidados de DT para que lo lleve a AT (junio/septiembre 2019)

* Seguimiento de los pacientes con feedbacks al mes, 3 meses y 6 meses

* Creación de un consentimiento informado para aceptar la entrada en este programa y el seguimiento a través de historia clínica y llamada telefónica al paciente (noviembre 2019).

* Implementación: realización de pequeños videos de lmin de duración aproximada que se envían a todo el personal de la unidad de neumología para explicar las diferentes partes del proyecto y la necesidad de colaboración de todo el personal e implicación como parte de nuestro proyecto de gestión. (diciembre 2019). Explicado también por la supervisora de enfermería en las ultimas 2 reuniones de la unidad. (junio y diciembre 2019)

* Empezamos a implementar el proyecto en pacientes de la unidad en enero 2020 recogiendo los datos en una hoja de Excel, que nos servirá para la recogida de datos y resultados finales del proyecto a finales del 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por el momento los resultados alcanzados no son muchos ya que el inicio de implantación del proyecto se ha demorado más de lo esperado. De los indicadores que establecimos vamos a poder incluir los datos que tenemos de enero del 2020. Como solo es un mes de seguimiento no vamos a poder incluir datos ya que aún no disponemos de ellos.

Nuestros indicadores seran los siguientes:

1.- nº ptes ingresados incluidos en el programa de DT/total de ptes fumadores ingresados (indicador de proceso trimestral) (fuente de datos: base de datos DT y protocolo valoración enfermería de la historia de enfermería. Durante el mes de enero del 2020 = $9/28 \times 100 = 32\%$ del total de pacientes fumadores ingresados se ha incluido en el programa de captación para la deshabituación tabáquica (DT)

2.- nº de registros del protocolo de valoración bien cumplimentada la voz "fumador -no fumador" /total de ptes ingresados (indicador de estructura Mensual) (Fuente: protocolo de valoración de enfermería) objetivo 100% Durante el mes de enero del 2020 = $74/109 \times 100 = 68\%$ de los registros de valoración tenían cumplimentada la voz "fumador/no fumador. El estándar es 100% lo que significa que tenemos que trabajar en este ámbito para que todo el personal de enfermería se implique en cumplimentar y preguntar al paciente si fuma o no.

3.- nº ptes incluidos en el programa de DT en Atención Primaria que lo terminan/total ptes derivados a AP (indicador de resultado Semestral) (fuente: mail/telefónica, contacto con enfermería de atención primaria y/o paciente) Objetivo: averiguar porcentaje de abandono

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0814

1. TÍTULO

CIRCUITO DE CAPTACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PAR A LA DESHABITUACION TABAQUICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS

Este indicador en concreto de momento no tenemos datos ya que son semestrales. Aunque ya indica que va a ser difícil de valorar por la escasa colaboración de Atención Primaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo en equipo y la colaboración ha sido muy bueno y eficaz, seguimos trabajando bien y con motivación. Estamos intentando motivar al personal de la unidad, han empezado a involucrarse, pero hay que trabajar más con ellos e insistir. Estamos teniendo muchas dificultades en la relación con atención primaria, a pesar de que las 2 coordinadoras del sector estaban implicadas en el proyecto y les pareció muy buena idea, nos costó mucho reunirnos con las coordinadoras de cada centro de salud en una reunión general con tod@s en las que se explicó el proyecto. Cuando hemos empezado a captar pacientes, les enviamos correos electrónicos y por ahora de 5 correos sólo ha contestado un centro de salud, el canal imperial, por el momento tampoco ha coincidido que haya pacientes de los centros de salud en los que hay consulta monográfica o están más motivados, esto creemos que nos va a dificultar también el seguimiento de los pacientes, pero se verá mejor a final de proyecto. A pesar de no recibir contestación de los centros de salud, enviamos al paciente con el informe de continuidad de cuidados para que coja cita con su médico de familia y se lo entregue para que este empiece la DT. Hemos decidido hacer un consentimiento informado para el seguimiento de los pacientes así tenemos también la posibilidad si el paciente acepta de contactarlos telefónicamente. Nos hemos dado cuenta de que el proyecto necesita más de un año para su implementación y para obtener resultados. Por el momento el mes de enero muestra que sí que hay un porcentaje de pacientes que quieren dejar de fumar, más de los esperado en el paciente respiratorio lo que nos lleva a creer que, merece la pena seguir intentando que el proyecto se implante y siga adelante. En cuanto a la sostenibilidad y replicación es muy pronto para verlo tendremos que esperar a final del 2020 para ver como evoluciona, si se implica el personal de la unidad de respiratorio del HUMS y si conseguimos que se involucre más AP teniendo una continuidad de la especializada a la primaria.

7. OBSERVACIONES.

Nuestro proyecto se ha alargado va a necesitar de otro año más por eso hemos hecho memoria de seguimiento, lo meteremos de nuevo en el contrato de gestión de este año, necesitaríamos saber si tenemos que presentarlo como proyecto del 2020 o no hace falta .Gracias

*** ===== Resumen del proyecto 2019/814 ===== ***

Nº de registro: 0814

Título
CIRCUITO DE CAPTACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA LA DESHABITUACION TABAQUICA EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGIA Y CUIDADOS RESPIRATORIOS

Autores:
GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION, ROYO TOLOSANA PATRICIA, GONZALEZ LOPEZ CARMEN, FONDEVILA MONGE JUSTA, HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR, CASTRO USED MARIA DOLORES, ALDA ALGARATE MARIA JESUS, ASENSIO VELA REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DISMINUIR EL TABAQUISMO QUE PROVOCA GRAN PARTE DE NUESTROS INGRESOS y son un gran gasto para el sistema sanitario. Necesidad de disminuir el tabaquismo en ptes respiratorios para mejorar su calidad y esperanza de vida. Hasta ahora los pactes que tienen interes en dejar de fumar se les dice que continuen en su centro de salud pero no hay un circuito lo que provoca desmotivacion y que muchos pactes no sigan

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir captar a pactes ingresados con algo de motivación para dejar de fumar y que exista una continuidad de cuidados en el proceso de deshabituación a través de un buen circuito con atención primaria. Que los pactes se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0814

1. TÍTULO

CIRCUITO DE CAPTACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PAR ALA DESHABITUACION TABAQUICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS

sientas apoyados en su proceso de deshabituacion al ser dados de alta.

MÉTODO

formar un equipo de trabajo y dividir las tareas.
reuniones con nuestra direccion de enfermeria y con la direccion de enfermeria de atencion primaria de nuestro sector
reunion con las coordinadoras de los diferentes centros de salud de nuestro sector para explicar el proyecto
definicion de los circuitos con las coordinadoras de atencion primaria
creacion de base de datos y programa para registrar los pctes y hacer los test del tabaquismo
preparacion de educaion sanitaria para el pcte y triptico motivacional para el pcte
creacion informe de continuidad de cuidados par enviar a la enfermera de primaria y a la consulta de deshabituacion
preparar plan de accion con el pcte ingresado que incluye entrevista motivacional,ejecucion de los test de dependencia de la nicotina y test de motivacion para dejar de fumar
dar al pcte informacion basica y apoyo.hablar con su medico para que empiece tratamiento farmacologico si pertinente
programar cita del pcte con su enfermera del centro de salud a traves de salud informa,avisar por telefono y mail a su enfermera del centro de salud.
Seguimiento del pcte con feedbacks al mes,3 meses y 6 meses
una vez diseñado el proyecto implementarlo con la colaboracion del equipo de enfermeria de la unidad de neumologia y con los equipos de atencion primaria
seguimiento y evaluacion

INDICADORES

nº pctes ingresados incluidos en el programa de DT/total de pctes fumadores ingresados (indicador de proceso trimestral)(fuente de datos:base de datos dt y protocolo valoracion enfermeria de la historia de enfermeria)
nº de registros del protocolo de valoracion bien cumplimentada la voz fumador -no fumador/total de pctes ingresados (indicador de estructura Mensual)(fte:protocolo de valoracion de enfermeria)
nº pctes incluidos en el programa de DT en ap que lo terminan/total pctes derivados a AP (indicador de resultado Semestral) (fte mail/telefonica,contacto con enfermeria de atencion primaria)

DURACIÓN

tiempo estimado de preparacion e implantacion 1 años
2 meses recogida informacion,preparacion base de datos,triptico,entrevista motivacional
2 meses coordinacion con AP:reuniones, creacion del circuito,presentacion del proyecto,recogida de contactos necesarios
1 mes de motivacion a los compañeros de unidad y explicacion del proyecto para poder implementarlo.
6 meses de implementacion y recogida de datos
1 mes de evaluacion y recogida de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0856

1. TÍTULO

MONITORIZACION DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE SARA GOMARA DE LA CAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO
FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA
GALLEGO CARRION BEGOÑA
GALLEGO BERMEJO CARMEN
DE DIEGO RAMOS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-----Se han seleccionado todos los casos de TEP 1º episodio ingresados a cargo del servicio de neumología desde junio de 2019 hasta noviembre de 2019 (6 meses). Inicialmente se seleccionarían los casos una vez aprobado el protocolo sobre manejo de TEP que se ha creado en el servicio de Neumología, pero dado el retraso en este trámite (fue aprobado por la comisión en octubre de 2019) se comenzó antes del verano con la recogida de datos.
-----Todos los pacientes fueron analizados desde su llegada a urgencias: constantes, pruebas realizadas en urgencias y en planta, servicio de ingreso, tratamiento recibido y manejo al alta, así como establecimiento de escalas de riesgo en la urgencia.
-----Se realizaba una ficha para cada paciente donde constaban todos estos datos, anonimizados.
-----El protocolo fue puesto en conocimiento de todos los facultativos, haciendo hincapié en la estratificación de riesgo en aquellos que hacen guardias, ya que generalmente son los primeros en atender a los pacientes en su llegada a la urgencia y los que toman decisiones acerca de los tratamientos más adecuados.
-----No se ha elaborado ningún material específico, si no la aplicación del protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han analizado un total de 69 pacientes, comprendidos entre junio y noviembre de 2019. Se compara con los totales de ingresos de 2014 que fueron 133 y los de 2004, 53; por lo tanto se observa un aumento en el diagnóstico de dicha patología.
Se ha observado que los últimos 3 meses, en los informes de ingreso constaba ya las escalas pronósticas en mayor porcentaje que al principio de la recogida de los datos, pero en menor proporción que lo esperado. También se ha observado, que cuando los pacientes no eran valorados por Neumología se procedían a los ingresos con falta de algunos perfiles analíticos importantes en la estratificación de riesgo; y por lo tanto, con una inadecuada clasificación se empezaban tratamientos no específicos.
Respecto a la posibilidad de altas precoces, en estos últimos 6 meses solo se han cuantificado dos casos. Por lo tanto, tampoco se ha establecido un registro de eventos adversos de anticoagulación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Realmente, los resultados obtenidos no han sido todo lo satisfactorios que esperábamos, ya que a pesar de haber un protocolo establecido en algunos casos se pedían más pruebas de las necesarias y en otros, faltaban datos que nos hubieran ahorrado pruebas posteriores. Esto ha servido para realizar una sesión en el servicio y recordar la necesidad de seguir el protocolo establecido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/856 ===== ***

Nº de registro: 0856

Título
MONITORIZACION DEL PROCESO DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores:
GOMARA DE LA CAL SARA, DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, ROYO MARTIN LAURA, GALLEGO CARRION BEGOÑA, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0856

1. TÍTULO

MONITORIZACION DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el año 2017 hubo un total de 112 altas de tromboembolismo pulmonar (TEP) (incidencia 29.4/100000 habitante/año en nuestro sector) con una mortalidad del 6.25% en nuestro centro. El TEP es una enfermedad cada vez más frecuente y que genera un alto consumo de recursos, tanto en su diagnóstico como en el tratamiento y seguimiento. Se ha comprobado la variabilidad en su manejo, generando en muchas ocasiones la realización de pruebas innecesarias con el retraso y coste económico que esto supone. De ahí la necesidad de implantar un protocolo que ayude a dirigir el manejo de estos pacientes y seleccionar las pruebas y tratamientos específicos de cada caso.

RESULTADOS ESPERADOS

- .- Actualizar y uniformizar el manejo del TEP optimizando el uso de recursos y disminuyendo la variabilidad en la atención a los pacientes.
- .-Valoración temprana por Neumología de los diagnósticos confirmados de TEP y/o sospecha clínica.
- .-Solicitud dirigida de pruebas complementarias destinadas a la filiación y clasificación estricta del TEP, de acuerdo a escalas de riesgo.
- .-Tratamiento según protocolo y escalas de riesgo.
- .- Planificar el seguimiento al alta y controles posteriores

Dirigido a pacientes mayores de 18 años procedentes de urgencias, neumología o cualquier otro servicio del hospital con sospecha o confirmación de TEP agudo.

MÉTODO

Una vez aprobado el protocolo y publicado en la web del hospital, se valorarán por parte de Neumología todos los TEP y/o sospecha clínica en caso de ser necesario, procedentes de cualquier servicio del hospital. Se monitorizará la implementación del protocolo de TEP y la participación de los Servicios implicados en el mismo. Se monitorizará el enfoque según riesgo del TEP riesgo de dicha patología y la realización de las pruebas y el tratamiento específico de cada caso. Se pretende identificar la posibilidad de en determinadas ocasiones con riesgos bajos plantear un alta precoz incluso con seguimiento en hospital de día de Neumología. Se iniciará un registro de eventos adversos relacionados con el tratamiento anticoagulante.

INDICADORES

- .-Altas con diagnóstico de TEP (desde cualquier servicio): año 2019 vs. anteriores
- .-Estancia media: año 2019 vs. anteriores
- .-Aplicación de escalas de estratificación de riesgo/ solicitud de pruebas complementarias/ingreso en UCI/tratamiento con fibrinólisis: año 2019 vs. anteriores
- .-Altas precoces desde Neumología: año 2019-03-13

Se utilizarán para la valoración de años anteriores las altas conocidas desde el servicio de Archivos y documentación clínica. Para el año 2019 se realizará desde el servicio de Neumología un "check list" en cada paciente con diagnóstico de TEP donde constarán todos los datos a valorar.

DURACIÓN

Se compararán los resultados obtenidos en los 6 primeros meses desde la aprobación del protocolo (actualmente en trámite). Se espera que tras el verano se evalúe este primer periodo. Después, se hará un análisis comparativo respecto a los años anteriores (2017 y 2018). Una vez se tengan los resultados se modificarán aspectos negativos que hayan podido surgir. Se pretende mantener dicho protocolo a largo plazo, como oferta del servicio de Neumología.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0856

1. TÍTULO

MONITORIZACION DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1054

1. TÍTULO

ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA MARTIN PALLAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION
PLOU GONZALEZ JANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar aclarar que aquellos pacientes que se encontraron en una situación de aislamiento de cualquier tipo dispusieron de la misma educación a través de la enseñanza individualizada en su correspondiente habitación del hospital.

USO DE INHALADORES: se llevaron a cabo diversos talleres para iniciar y/o mejorar el conocimiento y la práctica acerca del uso correcto de los distintos tipos de inhaladores. Para ello se utilizó dispositivos placebo, videos explicativos y recursos didácticos, haciendo sobre todo hincapié en el manejo añadido de cámaras espaciadoras especialmente en aquellos pacientes que tuviesen alguna dificultad a la hora de coordinar la pulsación con la inhalación.

ALIMENTACION SANA Y EQUILIBRADA: se les dieron unas pautas y material de apoyo sobre alimentación saludable (pirámide alimenticia, decálogo de dieta mediterránea...) para su estado basal, teniendo en cuenta diversos factores como por ejemplo: las kilocalorías que precisan según la fórmula de Harris-Benedict: [Mujer= 655 + (9,6 * Peso en Kg) + (1,8 * Estatura en cm) - (4,7 * Edad en años)] y [Hombre= 66 + (13,7 * P) + (5 * A) - (6,8 * E)], su grado de disnea a la hora de alimentarse según la escala de valoración de Borg, la posibilidad de encontrarse en tratamiento con algún anticoagulante vía oral que pudiese interaccionar con según qué alimentos afectando a la efectividad del mismo...

Como dificultad de cara al alta y del seguimiento óptimo de las pautas asignadas, existen diversos pacientes que viven solos o que no son del todo autónomos para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y por tanto tienen menos posibilidades de llevar a cabo una compra rutinaria de los productos indicados en la dieta acordada.

Por otra parte, existen pacientes que requieren ampliar su dieta a través de un aporte extra alimentario a base de proteínas presentadas en diferentes formatos, véase, batidos, cremas... uno de ellos es empleado especialmente en el hospital de forma puntual y es el Pulmocare®. Este suplemento nutricional es el resultado de una combinación entre un alto contenido en lípidos y una baja cantidad de hidratos de carbono. Su administración es a través de la vía oral o por sonda de alimentación y siempre según la pauta médica recomendada. Dicho producto está ideado para reducir en gran medida la producción de dióxido de carbono del organismo del paciente y disminuir su cociente de tipo respiratorio observado como resultado de esta enfermedad pulmonar obstructiva crónica como es la EPOC.

EJERCICIO: para este apartado, se seleccionaron los pacientes diana a través de la valoración de su grado de disnea según la actividad que pudieran llegar a realizar sin aparecer signos de ella, mediante la escala de disnea modificada del MRC (Medical Research Council)

A continuación, a los pacientes que quisieran se les animó a que se apuntaran a los diversos paseos que se llevaron a cabo durante el periodo de este proyecto. Se realizaron en varias fechas y horarios para ampliar la disponibilidad de asistencia de los pacientes interesados y se usaron dos recorridos ya organizados disponibles en la página web oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR):

- Puente Av. de América - Parque Grande José Antonio Labordeta.
- Distancia total del paseo: 2.840 metros.
- Nivel de dificultad: moderada, apto para pacientes con EPOC moderado (con posible suplencia de oxígeno).
- Desnivel del recorrido: recorrido llano excepto una pendiente al salir del Parque Grande.
- Tipo de recorrido: circular.
- Terreno por el que transcurre: superficie llana en perfecto estado (aceras y asfalto).
- Cómo llegar: autobuses urbanos nº 31, 33, 34, 39 y 42.
- Paisaje/entorno del paseo: el primer y último tramo transcurre paralelo al Canal Imperial de Aragón, con abundantes árboles y bancos. En el tramo del Parque Grande José Antonio Labordeta tiene igualmente abundante sombra, bancos y alguna fuente.
- Servicios:
 - o Baños: no hay baños públicos, pero se pueden utilizar los de las cafeterías cercanas.
 - o Bares y cafeterías: multitud de cafeterías cercanas en todo el recorrido.
 - o Fuentes: en el Parque Grande.

- Puente de la Almozara - Pasarela del Voluntariado.
- Distancia total del paseo: 2.000 metros.
- Nivel de dificultad: moderada, apto para pacientes con EPOC moderado (con posible suplencia de oxígeno).
- Desnivel del recorrido: recorrido completamente llano.
- Tipo de recorrido: circular.
- Terreno por el que transcurre: superficie en perfecto estado (alquitrán, cemento, enlosado urbano ...).
- Cómo llegar: autobuses urbanos de Zaragoza líneas 23, 34, 36 y 42.
- Paisaje/entorno del paseo: en todo el recorrido hay abundante sombra, así como bancos y fuentes. También se dispone de diversos establecimientos hosteleros (bares, quioscos ...).
- Servicios:
 - o Baños: No hay baños públicos. Se pueden utilizar los de los hoteles cercanos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1054

1. TÍTULO

ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA

o Bares y cafeterías: Hay varios establecimientos hoteleros durante el recorrido donde recargar los equipos.

o Fuentes: Hay diversas fuentes a lo largo del recorrido.

RECOMENDACIONES A LA HORA DE REALIZAR LOS PASEOS SALUDABLES

- Consultar la previsión meteorológica que se prevé para el día en cuestión.
- Evitar las horas de máximas y mínimas temperaturas.
- Extremar la precaución los días de niebla y de calor intenso.
- Llevar ropa y calzado adecuados a la actividad que le protejan del viento, del frío y del calor.
- Llevar agua para hidratarse y crema para el sol.
- Consultar el horario y adaptarlo a su ritmo y al número de paradas que quiera realizar.
- Llevar el teléfono móvil siempre consigo.

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA: para los pacientes en cuestión se les solicitó una hoja de interconsulta dirigida al profesional sanitario encargado de la fisioterapia respiratoria. Junto a este profesional los pacientes aprendieron los ejercicios y las técnicas respiratorias más adecuadas para cada situación en concreto y además estos ejercicios fueron enfocados también a sus diversas patologías asociadas.

Algunos de los ejercicios llevados a cabo fueron la respiración abdominodiafragmática, la respiración costal alta y baja, el ejercicio de las extremidades inferiores, el uso del inspirómetro de incentivo, aprender a controlar la respiración, ya que presentan un patrón obstructivo donde no tienen problema en coger el aire pero sí en expulsarlo.

Ha sido de vital importancia el seguimiento de estos pacientes por dicho profesional, debido a los consejos aportados tan útiles sobre todo cuando se encuentran en una situación de intensa fatiga en su día a día, ya que pueden llegar a solventarla con los ejercicios aprendidos.

SIGNOS DE ALARMA: también se les ofreció consejos y pautas acerca de cómo reconocer en su cuerpo la aparición de los posibles signos y síntomas de alarma que les pueden llegar a surgir en el transcurso de su vida diaria. Estos deben de ser fáciles de reconocer tanto por parte del paciente como por parte de sus familiares y/o cuidadores. Estos signos y síntomas de alarma serían, por ejemplo, aparecer una disnea de mínimos esfuerzos que no cede con el reposo, sentir palpitaciones, observar la aparición de cianosis en los dedos de las manos y los labios, sufrir mareos, sentir una pérdida de la estabilidad, presentar una somnolencia excesiva...

Además, se les aconsejó la posibilidad de la administración de las vacunas antigripal y/o antineumocócica, ya que se tratan de personas con un alto riesgo de padecer dichas patologías si no se les inmuniza de una manera preventiva.

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: uno de los objetivos a lograr más difíciles que se ha observado en este periodo de tiempo, es el de la deshabituación tabáquica. Es cierto que la gran mayoría de dichos pacientes son exfumadores desde hace más de 20 años, pero todavía existe un número importante de fumadores en la actualidad sin ninguna intención de cambio a la hora de eliminar por completo este hábito tan perjudicial para la salud.

A aquellos pacientes fumadores con diagnóstico de EPOC, se les realizó los siguientes test o escalas de valoración tabáquica: el Test de Richmond para la motivación de la deshabituación tabáquica y el Test de Fagerström de dependencia a la nicotina.

Tras dar más información a los pacientes mínimamente interesados acerca de cómo poder ayudar a dejar la habituación tabáquica, un bajo porcentaje de ellos ha entrado en el periodo de Contemplación, quedando el resto ni siquiera en el de Precontemplación de las fases del modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente. Actualmente, se está llevando a cabo en el servicio de neumología un proyecto en referencia a la Deshabituación tabáquica, donde aquellos pacientes que están en la etapa de Contemplación o aquellos nuevos ingresos que comuniquen que desean dejar de fumar se les incluye en dicho proyecto.

ENCUESTA DE SATISFACCION PARA LA SALUD AL ALTA: se modificó la encuesta de satisfacción para la salud al alta por una escala validada internacionalmente. Dicha escala se denomina CAT (COPD Assessment Test) y ha demostrado que es capaz de detectar cambios en el estado subjetivo de salud de los pacientes en relación con las exacerbaciones y su recuperación o durante la aplicación de tratamientos rehabilitadores respiratorios. De las 8 dimensiones que valora el CAT, 4 son síntomas relativos a la disnea, la tos y la expectoración, y el resto se refieren a limitaciones para las actividades de la vida diaria y sobre el sueño.

Por otro lado, las puntuaciones de cada apartado se gradúan entre 0 (nunca toso) y 5 puntos (siempre estoy tosiendo). La suma obtiene una puntuación total que puede ir desde 0 (mejor percepción de la calidad de vida) hasta 40 puntos (peor percepción de la calidad de vida). Se han sugerido una serie de escenarios de impacto de la EPOC sobre la calidad de vida de los enfermos atendiendo a la puntuación total obtenida en el CAT:

- Bajo impacto (1-10 puntos): la mayoría de los días son «días buenos», pero la EPOC es la causa de alguna de sus limitaciones.
- Impacto medio (11-20 puntos): existen pocos «días buenos» en una semana y la EPOC es uno de los principales problemas del paciente.
- Impacto alto (21-30 puntos): no hay «días buenos» en una semana media normal y la EPOC es el problema más importante.
- Impacto muy alto (31-40 puntos): la limitación que produce la enfermedad es máxima.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados a través del desarrollo de este proyecto han sido valorados positivamente. Como se puede observar en los distintos indicadores expuestos a continuación, existe un cierto número de reingresos hospitalarios de estos pacientes. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estamos tratando con una patología de tipo crónica y que en la mayoría de los casos evolucionará hacia un peor estado de la enfermedad, por tanto, esta situación implicará de nuevo un tratamiento inmediato en el medio hospitalario.

Se ha de reconocer que resulta bastante complicado obtener de una forma fiable y exacta de todas las cifras acerca de los ingresos de los múltiples pacientes diagnosticados de EPOC. Por este motivo, con la intención de mostrar una mayor fiabilidad en los datos recogidos y a la vez demostrar que coinciden en gran medida con los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1054

1. TÍTULO

ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA

datos obtenidos por el equipo sanitario en cuestión, hemos contado con la ayuda técnica de la Administración. En ésta se lleva a cabo un registro diario acerca de todos los ingresos hospitalarios, ordenados según los distintos tipos de diagnósticos de enfermedades.

El número de ingresos a cargo del Servicio de Neumología en el periodo del 1/6/2019 al 31/12/2019 han sido los siguientes:

Pacientes programados: 240
Pacientes trasladados: 8
Pacientes ingresados desde urgencias: 730
Pacientes procedentes de consultas externas: 8

Pacientes totales ingresados: 986. De estos, mediante los códigos de EPOC en la CIE-10: J44.0 (EPOC con infección aguda), J44.1 (EPOC con exacerbación aguda), J44.9 (EPOC no especificada), se han contabilizado 131 pacientes. Una vez teniendo estos datos, los indicadores utilizados en este caso han sido los siguientes que se muestran a continuación:

Indicadores cuantitativos:

Nº de ingresos EPOC/ Total ingresos por diversas patologías: $131/986 = 0.133$
Nº de Reingresos EPOC/ Total de ingresos EPOC: $30/131 = 0.229$
Nº de pacientes EPOC reingresados/Total pacientes con EPOC ingresados: $13/114 = 0.114$
Media de días de estancia hospitalaria: 6 días
Media de días de estancia de pacientes con un solo ingreso: 7 días
Media de días de estancia de pacientes reingresados: 5 días
Nº fumadores EPOC/ Nº no fumadores EPOC: $44/114 = 0.386$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De forma general la educación para la salud al paciente con EPOC se puede realizar en pequeños periodos durante los días de ingreso, adecuando la información a cada tipo de paciente de forma personalizada. Se les da herramientas con las que pueden trabajar (dispositivos placebo, ejercicios de fisioterapia respiratoria, inspirómetros de incentivo, consejos para reconocer los signos de alarma...) y siempre se les da la oportunidad de poder contactar con el equipo en el caso de que quieran iniciar su deshabituación tabáquica y dejen ya de estar ingresados.

A pesar de que los datos recogidos son durante 6 meses, se podrían extrapolar al resto del año ya que se recogen datos en verano-otoño y parte del invierno que serían comparables al periodo de invierno-primavera ya que se trata de pacientes crónicos que cada un periodo mayor o menor de tiempo vuelven a ingresar.

De los indicadores que queríamos medir, se observa que existe un 23% de reingresos EPOC, y que un 11,4% de los pacientes reingresa (13 pacientes de los 114). Esta cifra de reingresos varía de dos, hasta el mayor con cinco reingresos.

La estancia media fueron de 6 días, 5 en el caso de los reingresos y de 7 en el caso de ingreso único. Un dato a tener en cuenta, es que muchos de los pacientes que tienen de diagnóstico de base EPOC se pierden por el camino ya que se codifican con la patología principal que ha sido su motivo de ingreso, véase: neumonía, gripe, infección respiratoria, insuficiencia respiratoria parcial/global/aguda, hemoptisis, tromboembolismo pulmonar, asma, neoplasia a estudio..., por ello se considera que la cifra de los pacientes con EPOC es mayor a 131.

Por otra parte, se recalca la dificultad de recoger el nº de fumadores frente a los no fumadores ya que existen periodos de tiempo (especialmente en verano por la variación de los profesionales sanitarios contratados en este periodo de tiempo) donde ha sido más dificultoso recoger toda la información necesaria para el proyecto.

Uno de los objetivos específicos era la Deshabituación tabáquica; al tener un equipo específico del servicio de neumología que está trabajando en ello, el 39% de los pacientes fueron derivados a tal equipo. Muchos de ellos preguntaron por los nuevos fármacos incluidos en la seguridad social que se podrán prescribir para ello: vareniclina y bupropion.

Se explica a los pacientes que si desean utilizar de forma habitual medios como Internet, existen páginas oficiales dirigidas a la enseñanza del manejo de la EPOC, sus síntomas y tratamientos; como son SOCAMPAR, SEPAR y SADAR en Aragón. Además de Internet, si precisan ayuda in situ, por ejemplo con el manejo de los inhaladores, el personal farmacéutico también les puede brindar su colaboración.

Respecto a la Encuesta del CAT los resultados fueron en su mayoría entre 15 y 25 puntos, es decir, entre un impacto medio (11-20 puntos): existen pocos «días buenos» en una semana y la EPOC es uno de los principales problemas del paciente e impacto alto (21-30 puntos): no hay «días buenos» en una semana media normal y la EPOC es el problema más importante.

Como conclusión final se considera que la EPOC puede verse mejorada en el día a día con una correcta educación aportada tanto en el hospital, como en la atención primaria, además de contar con la voluntad del paciente ya que sin ella no puede apreciarse un cambio.

Es necesario ser realistas ya que existen comorbilidades con la EPOC pero que a pesar de ello, con una adecuada educación para la salud, mejora su vida diaria. Por todo esto, se ha de trabajar incluyendo consultas monográficas para el seguimiento de estos pacientes por parte de enfermería y de este modo poder ir disminuyendo esos signos de alarma que hacen que muchos de ellos vuelvan a ingresar.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1054

1. TÍTULO

ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1054 ===== ***

Nº de registro: 1054

Título
ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA

Autores:
MARTIN PALLAS CRISTINA, GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION, PLOU GONZALEZ JANA, FRANCO GALERA MERCEDES, QUIJADA GARCIA LAURA MARIA, PRADO MONGE CARLOS, GARRE APARICIO EVA LUISA, MARTIN SERRANO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: epoc
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras haber observado a lo largo del tiempo a pacientes con EPOC que vuelven a ingresar en planta en cortos períodos de tiempo, se plantea la necesidad de crear este proyecto.
La mejora en la calidad de vida de los pacientes con EPOC podría aumentar considerablemente partiendo de la base de una buena educación sanitaria.

Este tipo de pacientes tiene problemas comunes, principalmente los que están en tratamiento con inhaladores ya que no siempre realizan de forma adecuada la técnica, por lo que la medicación no es administrada correctamente y por tanto no es lo eficaz que debería ser. Así mismo, se deben adoptar medidas específicas para mejorar sus hábitos de vida, enfocándolos hacia un modelo más saludable y equilibrado.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL:
- Reducir el número de ingresos de los pacientes con EPOC educándolos hacia un estilo de vida saludable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
- Enseñar el uso de los diferentes tipos de inhaladores.
- Fomentar una alimentación sana y equilibrada.
- Motivarles para que realicen ejercicios adaptados a sus capacidades y habilidades.
- Enseñar a detectar una crisis y saber qué hacer.
- Tratar de eliminar o reducir el hábito tabáquico.

MÉTODO
- Taller de inhaladores (método correcto de uso y la importancia del enjuague bucal post-utilización).
- Charlas de vida saludable: dieta, actividad física (paseos saludables, ejercicios respiratorios) y descanso.
- Deshabitación tabáquica.

INDICADORES
Indicadores cuantitativos:
• N° de Reingresos EPOC/ Total de ingresos EPOC.
• N° de ingresos EPOC/ Total ingresos por diversas patologías.
• N° fumadores EPOC/ N° no fumadores EPOC.
Indicador cualitativo:
• Encuesta de satisfacción tras educación para la salud al alta.

DURACIÓN
12 meses para implementarlo.fecha prevista inicio Junio 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1054

1. TÍTULO

ESFERA EPOC: EDUCACION PARA LA SALUD AL ALTA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN CASADO PELLEJERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVERO CELADA DAVID
MARTA MORENO MARIA EUGENIA
ALARCIA ALEJOS RAQUEL
VELA MARIN ANA CARMEN
GONZALEZ GARCIA LAURA
NOVO GONZALEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha instaurado el protocolo de hidrocefalia crónica del adulto idiopática, se llevaron a cabo varias charlas acerca del mismo tanto en nuestro sector como en sector I y en sector de Huesca, todo ello cumpliendo el calendario marcado inicialmente. Se elaboró un documento para cada paciente y una base de datos conjunta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha podido llevar a cabo de momento una medición de los parámetros indicados, dado que el escaso número de pacientes no permitiría llevar a cabo conclusiones por el momento. Sí se observa una mejoría importante en los tiempos de espera desde el diagnóstico de sospecha inicial hasta la realización de los tests diagnósticos y la intervención quirúrgica, en casos necesarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Considero que el equipo de mejora ha conseguido unos resultados muy positivos, ya que se ha conseguido instaurar y poner en marcha un protocolo que se está demostrando muy útil en varios aspectos. En primer lugar, se han reducido los tiempos de espera de forma considerable, así como el número de ingresos para la realización de estudios. Por otra parte en la actualidad se realiza una mejor selección de pacientes que lleva a mejores resultados postquirúrgicos. Se ha conseguido una mayor colaboración entre servicios implicados, lo que conlleva en unas mejores condiciones de trabajo y en una información más homogénea a los pacientes. Queda pendiente una nueva reunión cuando el número de casos sea relevante, de cara a revisar los resultados. En la última reunión del grupo de mejora se valoró la posibilidad de ampliar el protocolo a hidrocefalias crónicas triventriculares.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/164 ===== ***

Nº de registro: 0164

Título
DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Autores:
CASADO PELLEJERO JUAN, RIVERO CELADA DAVID, MARTA MORENO MARIA EUGENIA, ALARCIA ALEJOS RAQUEL, VELA MARIN ANA CARMEN, COZAR BARTOS MAGDALENA, GONZALEZ GARCIA LAURA, NOVO GONZALEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Salud Mental
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

PROBLEMA

La Hidrocefalia Crónica del Adulto idiopática es una entidad creciente cuyo proceso diagnóstico es complejo y multidisciplinar: el paciente debe someterse a pruebas de imagen, tests neuropsicológicos y de la marcha y una batería de técnicas invasivas (punción lumbar evacuadora, test de infusión, monitorización de la presión intracraneal, etc) para ser considerado candidato a cirugía de derivación de líquido cefalorraquídeo.

Múltiples estudios demuestran que una cirugía temprana repercute de forma positiva en la calidad de vida de los pacientes, reduciendo los años de discapacidad de forma significativa. En el momento actual, la realización de los diferentes tests diagnósticos no se encuentra protocolizada y la atención de estos pacientes es altamente heterogénea. Por lo general, el paciente debe esperar a la realización ambulatoria de RM cerebral y, tras valoración por Neurología, esperar a ser citado con Neurocirugía. Posteriormente entra en lista de espera quirúrgica para realización de técnicas diagnósticas invasivas y, de resultar positivas, de nuevo entra en lista de espera para colocación de la derivación ventrículo-peritoneal.

Con la implementación de este nuevo protocolo pretendemos mejorar la atención sobre nuestros pacientes, ofreciendo una reducción importante en los tiempos de espera del proceso diagnóstico y terapéutico, así como la renovación y homogeneización de criterios según la más reciente evidencia científica.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Facilitar el diagnóstico de sospecha de la enfermedad a neurólogos y radiólogos de atención secundaria.
- 2) Homogeneizar las diferentes pruebas a realizar en todos los pacientes, así como los resultados considerados patológicos.
- 3) Reducir el tiempo de espera desde el diagnóstico de sospecha de la enfermedad hasta la realización de la intervención quirúrgica.
- 4) Mejorar el conocimiento sobre la patología del propio paciente y familiares.
- 5) Reducir la morbi-mortalidad y la variabilidad en el tratamiento de estos pacientes.
- 6) Facilitar al profesional el acceso a los datos relacionados con la enfermedad.
- 7) Posibilitar la creación de una base de datos que nos permita un mejor conocimiento de la patología que tratamos y la realización de publicaciones.

MÉTODO

Coincidiendo con los puntos del apartado previo:

- 1) Creación de un protocolo para radiólogos y neurólogos de centros de especialidades que les permita llevar a cabo de forma sistematizada un diagnóstico de sospecha de Hidrocefalia Crónica del Adulto y la derivación temprana a nuestro centro.
- 2) Creación de un árbol de decisión basado en la evidencia científica que sistematice y homogeneice la atención de nuestros pacientes.
- 3) Ingreso hospitalario de todo paciente con sospecha clínica y radiológica de HCAi para diagnóstico rápido de la enfermedad mediante la realización de a) RM cerebral por parte del servicio de Radiodiagnóstico, b) punción lumbar evacuadora y tests de la marcha por parte del servicio de Neurología y c) técnicas quirúrgicas de diagnóstico invasivo por parte del servicio de Neurocirugía.
- 4) Realización de nuevos consentimientos informados quirúrgicos específicos para cada una de las diferentes pruebas a las que el paciente se va a someter.
- 5) Creación de una unidad de patología licuoral en el servicio de Neurocirugía.
- 6) Creación de una "ficha" de cada paciente en la que se detalle de forma clara y ordenada cada uno de los resultados de las pruebas realizadas, así como tipo de tratamiento, etc.
- 7) Creación de una base de datos de los pacientes con sospecha de HCAi que nos permita reevaluar nuestra actividad y mejorarla en el futuro.

INDICADORES

- 1) Número de ingresos hospitalarios de pacientes con sospecha de HCA.
- 2) Tiempo (semanas) transcurrido desde el diagnóstico de sospecha de la enfermedad hasta la realización de la intervención o hasta el fin del proceso diagnóstico (en caso de resultados negativos).
- 3) Mejoría clínica del paciente a los tres y seis meses y al año y dos años de la intervención mediante el test de Kiefer.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

DURACIÓN

- Enero de 2017: finalización del protocolo (reuniones multidisciplinares) y presentación en el HUMS y centros de especialidades asociados.
- Febrero de 2017: puesta en marcha del protocolo hospitalario.
- Diciembre de 2017: primera evaluación de cumplimiento del protocolo y análisis de datos obtenidos.
- Enero de 2018: presentación del protocolo y primeros resultados a otros servicios aragoneses derivadores de patología al servicio de Neurocirugía.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE JUAN CASADO PELLEJERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVERO CELADA DAVID
MARTA MORENO MARIA EUGENIA
ALARCIA ALEJOS RAQUEL
VELA MARIN ANA CARMEN
GONZALEZ GARCIA LAURA
NOVO GONZALEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este tiempo, hemos iniciado el protocolo de manejo de la hidrocefalia crónica del adulto idiopática, en el que colaboramos las especialidades de Neurocirugía, Neurología y Radiodiagnóstico.

Se impartió una charla para los especialistas de nuestro sector para dar a conocer los cambios en el manejo de esta patología, tanto a nivel de diagnóstico y tratamiento, como en lo que respecta al intento de disminuir los tiempos de espera. Se impartieron charlas con el mismo objetivo en otros centros de la comunidad.

Todos los nuevos casos de HCAI han entrado a formar parte del protocolo y quedan reflejados en su correspondiente "ficha del paciente". Se inició una base de datos multidisciplinar para recoger todos los pacientes estudiados. Se ha disminuido la lista de espera en estos pacientes tanto para la realización de pruebas diagnósticas como para la implantación de la derivación ventrículo-peritoneal en los casos indicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dada la reciente implantación del protocolo, queda pendiente todavía la revisión de los estándares planteados. Por el momento todos los pacientes con sospecha diagnóstica de HCAI han iniciado el protocolo, cumpliéndose los indicadores previstos y disminuyendo por ello la lista de espera para el diagnóstico y tratamiento de una patología benigna pero altamente incapacitante para el paciente y cuidadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo multidisciplinar que firma este proyecto de mejora se encuentra muy satisfecho con el trabajo realizado. Quedando pendiente todavía la valoración fiable de los datos cuando contemos con más meses de experiencia, somos conscientes de que nos encontramos en el buen camino. Para empezar, hemos creado un grupo de expertos multidisciplinar para el manejo de una patología compleja. Con ello y el protocolo creado, mejoramos la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas y con ello somos capaces de obtener mejores resultados (también objetables) en los pacientes en los que se coloca una DVP. Por otra parte, hemos disminuido de forma muy considerable el tiempo de espera de acceso a las diferentes pruebas, invasivas o no, así como el tiempo de espera quirúrgico en los casos en los que la intervención es necesaria. Todo ello conlleva una mejoría en la calidad de vida del paciente y cuidadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/164 ===== ***

Nº de registro: 0164

Título
DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Autores:
CASADO PELLEJERO JUAN, RIVERO CELADA DAVID, MARTA MORENO MARIA EUGENIA, ALARCIA ALEJOS RAQUEL, VELA MARIN ANA CARMEN, COZAR BARTOS MAGDALENA, GONZALEZ GARCIA LAURA, NOVO GONZALEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Salud Mental

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Hidrocefalia Crónica del Adulto idiopática es una entidad creciente cuyo proceso diagnóstico es complejo y multidisciplinar: el paciente debe someterse a pruebas de imagen, tests neuropsicológicos y de la marcha y una batería de técnicas invasivas (punción lumbar evacuadora, test de infusión, monitorización de la presión intracraneal, etc) para ser considerado candidato a cirugía de derivación de líquido cefalorraquídeo.

Múltiples estudios demuestran que una cirugía temprana repercute de forma positiva en la calidad de vida de los pacientes, reduciendo los años de discapacidad de forma significativa. En el momento actual, la realización de los diferentes tests diagnósticos no se encuentra protocolizada y la atención de estos pacientes es altamente heterogénea. Por lo general, el paciente debe esperar a la realización ambulatoria de RM cerebral y, tras valoración por Neurología, esperar a ser citado con Neurocirugía. Posteriormente entra en lista de espera quirúrgica para realización de técnicas diagnósticas invasivas y, de resultar positivas, de nuevo entra en lista de espera para colocación de la derivación ventrículo-peritoneal.

Con la implementación de este nuevo protocolo pretendemos mejorar la atención sobre nuestros pacientes, ofreciendo una reducción importante en los tiempos de espera del proceso diagnóstico y terapéutico, así como la renovación y homogeneización de criterios según la más reciente evidencia científica.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Facilitar el diagnóstico de sospecha de la enfermedad a neurólogos y radiólogos de atención secundaria.
- 2) Homogeneizar las diferentes pruebas a realizar en todos los pacientes, así como los resultados considerados patológicos.
- 3) Reducir el tiempo de espera desde el diagnóstico de sospecha de la enfermedad hasta la realización de la intervención quirúrgica.
- 4) Mejorar el conocimiento sobre la patología del propio paciente y familiares.
- 5) Reducir la morbi-mortalidad y la variabilidad en el tratamiento de estos pacientes.
- 6) Facilitar al profesional el acceso a los datos relacionados con la enfermedad.
- 7) Posibilitar la creación de una base de datos que nos permita un mejor conocimiento de la patología que tratamos y la realización de publicaciones.

MÉTODO

Coincidiendo con los puntos del apartado previo:

- 1) Creación de un protocolo para radiólogos y neurólogos de centros de especialidades que les permita llevar a cabo de forma sistematizada un diagnóstico de sospecha de Hidrocefalia Crónica del Adulto y la derivación temprana a nuestro centro.
- 2) Creación de un árbol de decisión basado en la evidencia científica que sistematice y homogeneice la atención de nuestros pacientes.
- 3) Ingreso hospitalario de todo paciente con sospecha clínica y radiológica de HCAi para diagnóstico rápido de la enfermedad mediante la realización de a) RM cerebral por parte del servicio de Radiodiagnóstico, b) punción lumbar evacuadora y tests de la marcha por parte del servicio de Neurología y c) técnicas quirúrgicas de diagnóstico invasivo por parte del servicio de Neurocirugía.
- 4) Realización de nuevos consentimientos informados quirúrgicos específicos para cada una de las diferentes pruebas a las que el paciente se va a someter.
- 5) Creación de una unidad de patología licuoral en el servicio de Neurocirugía.
- 6) Creación de una "ficha" de cada paciente en la que se detalle de forma clara y ordenada cada uno de los resultados de las pruebas realizadas, así como tipo de tratamiento, etc.
- 7) Creación de una base de datos de los pacientes con sospecha de HCAi que nos permita reevaluar nuestra actividad y mejorarla en el futuro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

INDICADORES

- 1) Número de ingresos hospitalarios de pacientes con sospecha de HCA.
- 2) Tiempo (semanas) transcurrido desde el diagnóstico de sospecha de la enfermedad hasta la realización de la intervención o hasta el fin del proceso diagnóstico (en caso de resultados negativos).
- 3) Mejoría clínica del paciente a los tres y seis meses y al año y dos años de la intervención mediante el test de Kiefer.

DURACIÓN

- Enero de 2017: finalización del protocolo (reuniones multidisciplinares) y presentación en el HUMS y centros de especialidades asociados.
- Febrero de 2017: puesta en marcha del protocolo hospitalario.
- Diciembre de 2017: primera evaluación de cumplimiento del protocolo y análisis de datos obtenidos.
- Enero de 2018: presentación del protocolo y primeros resultados a otros servicios aragoneses derivadores de patología al servicio de Neurocirugía.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0583

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE LAURA GONZALEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIURGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NOVO GONZALEZ BEATRIZ
CASADO PELLEJERO JUAN
RIVERO CELADA DAVID
ELENWOKE NNAMDI
AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA
ALBERDI VIÑAS JUAN ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron las reuniones que se establecieron para identificar los pacientes susceptibles del uso del dispositivo de telemetría, con el objetivo de optimizar los recursos asistenciales.
Se seleccionaron dos pacientes en 2017 susceptibles de ser intervenidos para el implante del dispositivo.
Se realizaron los informes de solicitud de material quirúrgico como corresponde, siendo aceptado su uso por parte de la Dirección del Hospital.
Se procedió al implante del dispositivo en dos pacientes: diciembre de 2016 y mayo de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes portadores del dispositivo se han seguido de forma trimestral en Consultas Externas de Neurocirugía.

En el paciente 1 se logró disminuir de forma evidente la necesidad de repetición de estudios de imagen de forma radical, dado que la medición de presiones intracraneales normales ha evitado de forma drástica la realización de innumerables pruebas que habrían sido motivadas por la ansiedad del paciente con respecto a su patología de base. También ha permitido que no nunca haya sido necesario modificar las presiones del sistema de derivación ventrículo-peritoneal que porta. Así mismo se ha realizado todo el seguimiento a través de las consultas externas, evitando sobrecargar los servicios de urgencias, cosa que habitualmente ocurre en este tipo de pacientes. El dispositivo se ha dejado implantado durante un año sin producir problemas, con la satisfacción de la paciente.

En el paciente 2 se identificó una patología que motiva una segunda intervención quirúrgica que, a nuestro juicio, puede ser definitiva mediante procedimiento endoscópico. El dispositivo ha sido retirado con este objetivo.

En los dos pacientes en los que se ha implantado el dispositivo se ha reducido hasta cero el número de ingresos hospitalarios para reevaluación de la presión intracraneal; ha disminuido de forma drástica el número de estudios de imagen tanto en urgencias (TAC) como aquellos solicitados en consultas (RMN) para control de la talla ventricular, no precisándose ningún estudio urgente en ambos, y únicamente un estudio de imagen a cada uno en 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos de forma positiva los siguientes aspectos:

1. Cuidados "excelentes". Con la telemetría es posible mejorar los resultados de la atención mediante el control continuado y ambulatorio de la presión intracraneal del paciente en cualquier momento.
2. Mejorar la autonomía y responsabilidad de los pacientes sobre su salud: a través de un sistema que lleva implantado de forma permanente, que tendrá que proteger para que no sufra daños externos, y que no precisará de mantenimiento hospitalario salvo rotura o fallo técnico.
3. Mejora de la seguridad de los pacientes mediante la introducción de herramientas y procedimientos que disminuirán los riesgos derivados de los ingresos hospitalarios así como la posibilidad de sufrir infecciones nosocomiales.
4. Mejorar la utilización de recursos. El sistema pretende ser más costo-efectivo en relación al número de cirugías requeridas, el número de sensores implantados por paciente, así como en cuanto al número de estudios de imagen realizados en cada visita a Urgencias, ya que el sistema permite el registro de presiones en el acto mediante una antena y monitor que estarán disponibles en el hospital.
5. Atender las expectativas de los profesionales. Facilitando el seguimiento de los pacientes que se traslada del área hospitalaria al área de consultas ambulatorias.

Como limitaciones encontramos que, al tratarse de un sistema novedoso que solo se ha aplicado en dos pacientes, no es posible realizar estudio estadístico. La comparación de las diferentes ventajas del sistema se realizará entre las variables correspondientes y mediante los datos retrospectivos de pacientes con las mismas patologías tratados en nuestro centro hasta la actualidad.

Queda pendiente la realización de un informe de coste-efectividad del sistema a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0583

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

El proyecto seguirá adelante por nuestro máximo interés en patologías complejas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/583 ===== ***

Nº de registro: 0583

Título
OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

Autores:
GONZALEZ GARCIA LAURA, NOVO GONZALEZ BEATRIZ, CASADO PELLEJERO JUAN, RIVERO CELADA DAVID, MOLES HERBERA JESUS ADRIAN, ELENWOKE NNAMDI, AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA, ALBERDI VIÑAS JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Patología licuoral
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....: Aplicación de otras éticas llevadas a cabo con éxito. Investigación

PROBLEMA
La monitorización de la presión intracraneal (PIC) requiere un transductor invasivo que permita el registro de la presión media junto con la morfología de las ondas de presión intracraneales. Existe actualmente a disposición de nuestro servicio un dispositivo estándar que permite la monitorización de la PIC mientras el paciente se encuentra ingresado y conectado a un sistema de registro.
El sistema de medición telemétrica Raumedic Neurovent®-P-tel puede ser de utilidad como elemento diagnóstico y de seguimiento en pacientes con enfermedades crónicas y dependientes dentro de la patología licuoral compleja. El sistema permite el registro de la PIC de manera continuada y ambulatoria a lo largo de meses o años sin precisar de nuevas intervenciones quirúrgicas, nuevos implantes o nuevos ingresos hospitalarios cada vez que deba medirse la presión intracraneal.
Esta herramienta permitirá mejorar la calidad en nuestro servicio de salud en cuanto a la morbilidad del procedimiento, la estancia hospitalaria, los costes sanitarios, y aumenta la ganancia en calidad de vida y satisfacción del usuario.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejora en los cuidados del paciente. Con la telemetría será posible mejorar los resultados de la atención mediante el control continuado y ambulatorio de la presión intracraneal del paciente en cualquier momento.
2. Mejorar la autonomía y responsabilidad de los pacientes sobre su salud: a través de un sistema que llevará implantado de forma permanente, que tendrá que proteger para que no sufra daños externos, y que no precisará de mantenimiento hospitalario salvo rotura o fallo técnico.
3. Mejora de la seguridad de los pacientes mediante la introducción de herramientas y procedimientos que disminuirán los riesgos derivados de los ingresos hospitalarios así como la posibilidad de sufrir infecciones nosocomiales.
4. Mejorar la utilización de recursos. El sistema pretende ser más costo-efectivo en relación al número de cirugías requeridas, el número de sensores implantados por paciente, así como en cuanto al número de estudios de imagen realizados en cada visita a Urgencias, ya que el sistema permite el registro de presiones en el acto mediante una antena y monitor que estarán disponibles en el hospital.
5. Atender las expectativas de los profesionales. Facilitando el seguimiento de los pacientes que se traslada del área hospitalaria al área de consultas ambulatorias.

MÉTODO

- Reunión mensual del equipo de mejora para establecer planes de tratamiento y necesidades al alta para el seguimiento del dispositivo y optimizar la utilización de recursos asistenciales.
- Seguimiento trimestral en Consultas Externas de Neurocirugía de los pacientes portadores del dispositivo.
- Encuesta de satisfacción al paciente en relación con el diagnóstico y seguimiento de su enfermedad (disminución de cirugías y estudios de imagen).
- La comparación de las diferentes ventajas del sistema se realizará entre las variables correspondientes y mediante los datos retrospectivos de pacientes con las mismas patologías tratados en nuestro centro hasta la actualidad.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0583

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

- Registro en hoja de cálculo EXCEL de los datos de estos pacientes en los que se incluirán las variables: edad, sexo, diagnóstico principal, complicaciones en relación a la implantación del sistema telemétrico, si es intervenido quirúrgicamente o no, valoración postoperatoria y seguimiento trimestral.
- Reuniones mensuales del equipo de mejora para consensuar la lectura de los registros procedentes de los sensores implantados y el tratamiento óptimo para estos pacientes.
- Reuniones mensuales del equipo de mejora para revisar los resultados obtenidos en los pacientes portadores del sistema, que hayan requerido una o múltiples intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de su patología neuroquirúrgica.
- Porcentaje de pacientes en los que se ha reducido el número de estudios de imagen.
- Porcentaje de pacientes que hayan requerido un menor número de ingresos hospitalarios para reevaluación de la presión intracraneal.
- Porcentaje de informes de alta en HP doctor que incluyan estos pacientes y a derivación al alta a consulta especializada de Patología Licuoral compleja.

DURACIÓN

- Enero de 2017: Aceptación del sistema de telemetría y selección de pacientes para la indicación quirúrgica mencionada.
- Febrero de 2017: Primeros pacientes intervenidos para la implantación del sistema de telemetría.
- Diciembre de 2017: Evaluación de cumplimiento del protocolo y análisis de datos obtenidos hasta la fecha.
- Enero de 2018: Presentación de resultados.

OBSERVACIONES

El uso de la telemetría se ha llevado a cabo con éxito en otros centros o unidades en otras Comunidades Autónoma y en el extranjero.

Los centros españoles que por volumen y cartera de servicios son de categoría similar a la nuestra, en los que se está utilizando el sistema Raumedic Neurovent@-P-tel para la monitorización ambulatoria de la PIC son el Hospital Universitario-Politécnico La Fe de Valencia y el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

Otros servicios Neuroquirúrgicos Internacionales en los que también se ha utilizado: Saarland University Medical Center and Saarland University Faculty of Medicine, Homburg/Saar, Alemania. Uppsala University Hospital, 751 85, Uppsala, Suecia. Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Alemania.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Fecha de entrada: 02/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUZ NAVARRO INUÑEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASADO PELLEJERO JUAN
FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES
MARTINEZ MATILLA CARMEN
NOVO GONZALEZ BEATRIZ
MOLES HERBERA JESUS
ORDUNA MARTINEZ JAVIER
HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- FORMACION DE GRUPO DE TRABAJO INTERDISCIPLINAR: cumplido, formado por:

* CASADO PELLEJERO JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET NEUROCIRUGIA
* FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET GERIATRIA
* MARTINEZ MATILLA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
* NOVO GONZALEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
* MOLES HERBERA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
* ORDUNA MARTINEZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
* HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA

2.- ELABORAR UNA MATRIZ DAFO (ANALISI INTERNO, FORTALEZAS Y DEBILIDADES, Y ANALISIS EXTERNO OPORTUNIDADES Y AMENAZAS) CON LOS PROBLEMAS CLINICOS DETECTADOS EN LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN NEUROCIRUGIA.
Cumplido.

FORTALEZAS:

Ya se trabaja conjuntamente en equipo interdisciplinar con Geriatria (Geriatra de apoyo a sº Neurocirugia) en los mayores de 76 años así que solo sería aplicarlo al resto de pacientes de la planta.
Este trabajo ha permitido constatar que ha disminuido la estancia media, el reingreso al mes por el mismo motivo y la mortalidad al año en los mayores de 76 años.
Entendemos que si los problemas son similares e inherentes a la inmovilidad, en mayor o menor grado, deberían disminuir las complicaciones asociadas al mismo (ileos paraliticos, upp, infecciones de tracto urinario ligadas a catéter, bronco aspiraciones...)
No supone un sobrecosto de personal.

DEBILIDADES:

Variabilidad del personal en planta, que no recibe formación directamente.
Por esta variabilidad, puede existir menor compromiso con estos cuidados, al poder suponer una mayor carga de trabajo.

OPORTUNIDADES:

Debemos adaptarnos a las necesidades del paciente inmovilizado y saber detectar y tratar precozmente las complicaciones asociadas al síndrome de inmovilidad
Permite formar a todo el personal de tal manera que a su vez sean capaces de hacer partícipe al familiar de medidas a su alcance de cara al alta del paciente (a domicilio o recurso sociosanitario correspondiente) que eviten complicaciones a nivel de movilización, alimentación, medidas no farmacológicas para tratar el síndrome confusional agudo o el empleo de dispositivos que favorecen el cambio de posición.
Incorporar a esta formación al estudiante de enfermería al ser varios de los profesionales que conforman el equipo interdisciplinar, profesores asociados de la facultad de ciencias de la salud
Unificar la sistemática de trabajo.

AMENAZAS:

La inmovilidad de este paciente en concreto a veces no se puede evitar (drenajes, necesidad de contención física por síndrome confusional severo...)
Colaboración del personal implicado en los cuidados.

3.- ELABORAR ESTRATEGIAS CAME:

CORREGIR DEBILIDADES:

La variabilidad en el personal no es algo que dependa del servicio pero se seguirá haciendo hincapié en la conveniencia de que sea personal lo más formado posible y que controle las técnicas y las complicaciones inherentes a estos pacientes.
Intentar estimular a todo el personal, facilitando la información al unificar criterios y dejarlos por escrito, en ordenador accesible para todos en el control de enfermería
Manual de acogida que se entregue a todo el personal que comience trabajo en el servicio y contenga los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

puntos definidos

Charlas formativas para el personal de la planta (disfagia, manejo del estreñimiento, manejo no farmacológico del síndrome confusional agudo, úlceras por presión...)

AFRONTAR AMENAZAS:

A pesar de que mucha inmovilidad no se pueda evitar (drenajes, contención mecánica) intentar retirada y movilización lo más precoz posible de catéteres y contenciones

Tratamiento precoz del síndrome confusional (interconsulta precoz con psicopatología) y toma de medidas no farmacológicas que lo eviten.

Hacer uso de las medidas oportunas para prevenir heridas por presión y otras complicaciones en inmovilizados (valorar colchón antiescaras, medias neumáticas cuando estén indicadas, movilizaciones en cama...)

Estandarizar estos cuidados y la detección precoz de complicaciones (test disfagia al ingreso, levantar si hay autorización médica a las 24h del ingreso..)

MANTENER FORTALEZAS

Mantener el trabajo en equipo interdisciplinar.

Registro de deposiciones para detección precoz de estreñimiento.

Registro de movilización de cada paciente.

EXPLOTAR OPORTUNIDADES

Poder elaborar manuales de acogida.

Poder elaborar manuales de actuación en el paciente inmovilizado unificado y estandarizado.

4.- ELABORACION DE ENCUESTAS DE SATISFACCION: si, se han elaborado dos encuestas.

Una para evaluar la satisfacción del personal y otra para evaluar la satisfacción del paciente/familia.

Las tengo disponibles en formato pdf.

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE NEUROCIRUGIA

La utilización del cuestionario será absolutamente confidencial.

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión y en caso de desacuerdo indique él porque

Puesto de trabajo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
El trabajo en mi unidad está bien organizado				
Mis funciones y responsabilidades están definidos				
Las cargas de trabajo están bien repartidas.				
Creo que hay suficiente personal para tratar al paciente inmovilizado				
Creo que se moviliza de forma correcta y según las necesidades de cada paciente				
Creo que mi trabajo es excesivo				

¿Por qué?

Dirección de la unidad	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
La supervisora demuestra conocimiento de sus funciones.				
La supervisora soluciona los problemas de manera eficaz.				
La supervisora toma decisiones con la participación del personal de la unidad.				

¿Por qué?

Ambiente de trabajo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
La relación con los compañeros de trabajo es buena.				
Es habitual la colaboración para sacar adelante las tareas.				
Me siento parte de un equipo de trabajo.				
Me resulta fácil expresar mis opiniones en mi lugar de trabajo.				
El ambiente de trabajo me produce estrés.				

¿Por qué?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Comunicación y coordinación Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo
 acuerdo Totalmente de acuerdo
 Me resulta fácil la comunicación con mi responsable.
 Recibo la información necesaria para desarrollar correctamente mi trabajo.
 Tenemos una adecuada coordinación con otras Unidades del Hospital

¿Por qué?

Formación Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo
 acuerdo Totalmente de acuerdo
 Recibo la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo.
 El plan de formación continuada me es útil.
 El Hospital te ofrece la formación necesaria para tu desarrollo profesional.

¿Por qué?

Implicación en la mejora Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo
 acuerdo Totalmente de acuerdo
 Entre los objetivos de mi Unidad, es prioritaria la mejora de la calidad de los servicios que
 prestamos.
 El responsable de mi Unidad pone en marcha iniciativas de mejora.
 Identifico en mi actividad diaria aspectos susceptibles de mejora.
 Colaboraría en iniciativas de mejora
 En el último año he percibido una tendencia a mejorar en mi unidad.
 Consideras que las sugerencias y aportaciones que realizas para la mejora del Servicio son adecuadamente
 escuchadas y consideradas.

¿Por qué?

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Gracias por su interés y colaboración. Si cree preciso incluir alguna consideración o comentario puede hacerlo a continuación:

ENCUESTA DE SATISFACCION SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN LA UNIDAD DE NEUROCIRUGIA

Estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de los servicios ofrecidos durante su paso por la unidad.
 Le agradeceríamos que rellenara voluntariamente esta encuesta que será absolutamente anónima y puede entregarla al personal de la planta.
 Le agradecemos su interés para que mejoremos nuestro trabajo, con la seguridad de que será en beneficio de todos.

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión

- En general ¿Cómo calificaría usted la atención sanitaria recibida en este servicio?

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Qué le parecen las condiciones de la unidad (limpieza, iluminación, temperatura, material, etc.?)

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Cómo calificaría usted los servicios prestados por el personal de Enfermería?

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Cómo calificaría usted los servicios prestados por el personal Auxiliar de Enfermería?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Cómo considera la atención proporcionada por su médico?

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Cómo fue la explicación que recibió de su médico en relación a su padecimiento y tratamiento?

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

-¿Cómo considera que fueron atendidas sus necesidades de higiene (aseo personal)?

Muy buena Bueno Regular Mala

- El Personal de la unidad, ¿ha preservado su intimidad durante el aseo personal u otras asistencias (sondajes, enemas, curas...)

Siempre Alguna vez Rara vez Nunca

- ¿El Personal se ha preocupado por facilitar su descanso?

Siempre Alguna vez Rara vez Nunca

- En caso de que su familiar haya estado desorientado, inquieto o agitado ¿ha recibido información o atención por parte del personal?

Siempre Alguna vez Rara vez Nunca

-¿Considera que se ha facilitado la movilización de su familiar por parte del personal?

Siempre Alguna vez Rara vez Nunca

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión NS=NO SE

- ¿A su llegada a nuestro servicio, cree usted haber recibido la información necesaria sobre su funcionamiento?

- El Personal, ¿se ha preocupado por explicarle las modificaciones de la dieta si las ha existido (Espesantes, agua gelificada...)?

- ¿Si presentó dolor, cree usted que se le trató adecuadamente?

¿Hay algo en particular que no le haya gustado?

¿Qué podemos mejorar?

Por favor rellene las siguientes casillas con datos del paciente

Edad..... años.

Indique si es: Hombre Mujer

Indique por favor quién rellena el cuestionario

Paciente Familiar/Allegado/Representante

5.- PUESTA EN MARCHA Y REGISTRO EN EXCELL: nos encontramos en la fase de elaborar y decidir las variables que conformaran el Excell.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se objetiva un mejor ambiente de trabajo y una estandarización de los cuidados, con mayor implicación del personal responsable de cada disciplina. Para nosotros esto ya es un gran logro.

Queremos realizar el registro en Excell para poder tener claros los condicionantes de complicaciones en otros pacientes y poder prevenirlos, por ello queremos elaborar un Excell correctamente orientado.

Se ha actualizado el manual de acogida y se entrega a todo el personal.

Se ha instalado en el ordenador del control con claves accesibles al personal el manual de acogida y las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

funciones que deben realizar en cada turno de trabajo las TCAES y Enfermera/os así como la forma de realizar el Test de Disfagia. Encontramos en él los diferentes registros (Tipo de dietas, deposición, levantamiento, RHB, cambios posturales..)
Se han podido valorar las necesidades del Servicio a nivel de material para poder hacer las oportunas solicitudes como colchones anti-escaras, medias de compresión, complementos nutricionales para pacientes con disfagia (Suplementos espesados, agua gelificada, espesantes...).

Se han realizado formaciones al personal, para poder estandarizar el test de Disfagias en estos pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo interdisciplinar permite un feedback de conocimientos entre las distintas disciplinas que redundan en calidad de atención al paciente.
La estandarización de los cuidados en el paciente inmovilizado, la prevención de las complicaciones y su detección precoz permitirán presumiblemente mejorar la calidad de atención al paciente neuroquirúrgico, mejorar la satisfacción del paciente y sus cuidadores/familiares y mejorar los resultados en salud del mismo.
Continuaremos trabajando en esta línea de trabajo, para mejorar los ítems previos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1070 ===== ***

Nº de registro: 1070

Título
DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Autores:
NAVARRO INUÑEZ MARIA LUZ, CASADO PELLEJERO JUAN, FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES, MARTINEZ MATILLA CARMEN, NOVO GONZALEZ BEATRIZ, MOLES HERBERA JESUS, ORDUNA MARTINEZ JAVIER, HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la puesta en marcha de la colaboración entre Neurocirugía y Geriatria en el años 2015, se ha establecido una dinámica de trabajo global, basada en el trabajo en equipo interdisciplinar, que ha redundado en una mejora de la atención de estos pacientes, con disminución de las estancias medias y mayor preocupación general por el control de complicaciones y la recuperación funcional y cognitiva de este perfil de pacientes.
Sin embargo, esta filosofía de trabajo todavía no se ha hecho extensiva a todo el grupo de profesionales que intervienen en el cuidado del paciente Neuroquirúrgico en especial entre DUEs y TCAEs. Entre las posibles causas puede estar la variabilidad de profesionales no adscritos de manera habitual al Servicio, que pueden intervenir en el cuidado de un paciente con necesidades tan específicas.
Este modelo propuesto permitirá globalizar un enfoque unificado desde el momento del ingreso para identificar y cuantificar problemas, evaluar aspectos funcionales y psicosociales, proponer planes globales de tratamiento y optimizar la utilización de los recursos asistenciales, además de analizar el grado de satisfacción tanto del paciente/familiar como de los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
Formar grupo de trabajo interdisciplinar: médicos, DUEs y TCAEs

Elaborar una matriz DAFO (análisis interno: fortalezas y habilidades; y un análisis externos: oportunidades y amenazas) con los problemas clínico detectados en los pacientes inmovilizados ingresados en el Sº de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Neurocirugia

Establecer las estrategias a desarrollar mediante análisis CAME: Corregir las debilidades, Afrontar las amenazas, Mantener las fortalezas y Explotar las oportunidades.

Elaboración de una encuesta de satisfacción del paciente y otra para los profesionales implicados que albergue las variables sobre las que vamos a trabajar

Puesta en practica y registro electrónico mediante base de datos excell de las variables determinadas para conocer la incidencia real de dichas complicaciones médicas en estos pacientes y la satisfacción de los mismos/sus familiares y el personal

Análisis de la incidencia de las variables detectadas y de las encuestas de satisfacción del paciente y profesionales

MÉTODO

- 1.- Formación de un grupo de trabajo interdisciplinar: Neurocirujanos, Supervisora enfermería de Neurocirugía, DUE, TCAE y Geriatra de la U.de Geriatria- Unidad de Valoración Sociosanitaria HUMS. Responsable: Supervisora de Neurocirugia
- 2.- Reuniones semanales para elaborar una matriz DAFO, estrategias CAME y elaborar base de datos excell con las variables elegidas así como las encuestas de satisfacción. Responsables: FEAs Neurocirugia-Geriatria- Supervisora-DUES de Neurocirugia
- 3.- Puesta en marcha del proyecto con registro excell (a partir de Noviembre de 2018), sesiones formativas al personal de la planta sobre las variables detectadas y pase de encuestas de satisfacción. Responsable: Geriatra- Supervisora-DUES
- 4.- Análisis de los datos y de las encuestas de Satisfacción (Mayo 2019) y propuesta de mejora. Responsable: Supervisora Neurocirugia.- FEAs Neurocirugia- FEA Geriatria

INDICADORES

Formación de un Grupo de trabajo interdisciplinar: SI/NO
Elaboración de Matriz DAFO: SI/NO
Elaboración de análisis CAME: SI/NO
Elaboración de encuestas de satisfacción: SI/NO
Puesta en marcha y registro en excell: SI/NO
Análisis: SI/NO

DURACIÓN

FORMACION DEL GRUPO, DETECCION DE VARIABLES A REGISTRAR: JUNIO 2018 A OCTUBRE 2018
INICIO DE CHARLAS DE FORMACION, REGISTRO Y PASE DE ENCUESTAS: NOVIEMBRE 2018
MAYO 2019: ANALISIS DE RESULTADOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1206

1. TÍTULO

PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ NOVO GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVERO CELADA DAVID
AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA
HERRANZ ANDRES MARIA PILAR
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
SANEZ DE CABEZON ALVAREZ ALICIA
SIERRA MARTINEZ ESTER
GARCIA RUBIO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Indicadores:

1. Formación del grupo de trabajo multidisciplinar SÍ.

El grupo está compuesto por miembros del S° de Neurocirugía: David Rivero Celada, Amanda Avedillos Ruidíaz, Beatriz Novo González; miembros del S° de Anestesiología: Pilar Herranz Andrés, Marcos Polo, Leticia Oliden Gutierrez, Roberto Gómez; miembros del S° de Neurofisiología: Alicia Saenz de Cabezón Álvarez; miembros del S° de Psicología médica: Ester Sierra Martínez, María José García Rubio.

El grupo ya se ha reunido en dos ocasiones, el 23 de enero y 8 de febrero de 2019

El grupo de trabajo está en proceso de hacerse oficial a través de la unidad de Calidad de Hospital Universitario Miguel Servet.

2. Elaboración de las guías específicas de cada S°. NO.
Están en proceso de redacción y de consenso por parte del grupo

3. Revisión bibliográfica. SÍ . Se entregaría si fuera necesario

4. Inicio de registro de casos mediante hoja de cálculo excel. SÍ. Se han recogido pacientes intervenidos desde enero de 2016

5. Formación del protocolo de actuación en cirugía awake. NO
Estamos pendientes de finalizar las guías específicas de cada S°

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De momento, hemos cumplido el calendario marcado inicialmente excepto en la realización de las guías específicas de cada Servicio, debido a la complejidad que supone y a la implicación de varios Servicios.

El impacto del proyecto es alto. La creación de un protocolo de actuación mejorará la eficiencia y calidad asistencial y disminuirá la aparición de efectos adversos en este tipo de cirugías, además de, en un futuro, poder extrapolarlo a otras cirugías con paciente despierto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de no haber cumplido un indicador en el tiempo pactado, la valoración en general es buena. Hay buen ambiente de trabajo y los miembros están siendo colaboradores. La creación de un protocolo de actuación mejorará la eficiencia y calidad asistencial y disminuirá la aparición de efectos adversos en este tipo de cirugías, además de, en un futuro, poder extrapolarlo a otras cirugías con paciente despierto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1206 ===== ***

Nº de registro: 1206

Título
PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO

Autores:
NOVO GONZALEZ BEATRIZ, RIVERO CELADA DAVID, AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA, HERRANZ ANDRES PILAR, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, SAENZ DE CABEZON ALVAREZ ALICIA, SIERRA MARTINEZ ESTER, GARCIA RUBIO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1206

1. TÍTULO

PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía "awake" es un procedimiento quirúrgico en el cual el paciente permanece despierto, y que permite el mapeo neurofisiológico y control clínico durante la resección. El mapeo intraoperatorio de las funciones cerebrales utilizando estimulación eléctrica en pacientes despiertos permite, no solo la extirpación del tumor a la vez que se preserva el estado funcional de los pacientes, sino que abre una ventana a la neurociencia cognitiva. Lo que se observa durante estas intervenciones y su correlación con los exámenes neuropsicológicos pre y postoperatorios conducen a nuevos conocimientos sobre la compleja anatomía funcional del cerebro humano. Además, amplía nuestro conocimiento sobre la reorganización de la red cerebral en presencia de enfermedades, con implicaciones para todas las disciplinas de la neurología.
El Servicio de Neurocirugía lleva haciendo cirugías con paciente despierto desde hace tiempo, en los últimos años se ha mejorado el manejo de estos pacientes con la ayuda de otros Servicios, que como un puzzle, se complementan para que la cirugía sea un éxito. Consideramos por todo ello, que la creación de un protocolo de actuación mejorará aún más dicho manejo, además de mejorar la eficiencia y la calidad asistencial y disminuir los elementos adversos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Formar grupo de trabajo multidisciplinar
- Creación de un protocolo de actuación multidisciplinar para mejorar el manejo médico y quirúrgico
- Revisión bibliográfica del manejo de estos pacientes.
- Registro electrónico mediante base de datos excel de los casos seleccionados
- Definir guías específicas para cada Servicio implicado: Anestesia, Neuropsicología, Neurofisiología y Neurocirugía.

MÉTODO

1. Formar grupo de trabajo multidisciplinar: Neuropsicólogos, neurofisiólogos, anestesiólogos y neurocirujanos.
2. Creación de un protocolo multidisciplinar para la detección, manejo y seguimiento del paciente candidato a cirugía "awake", que contenga guías específicas de actuación por parte de cada Servicio implicado.
3. Revisión bibliográfica y creación de registro excel.

INDICADORES

- Formación del grupo de trabajo multidisciplinar (si/no)
- Elaboración de las guías específicas de cada servicio (si/no)
- Revisión bibliográfica (si/no)
- Inicio del registro de casos mediante hoja de cálculo excel (si/no)
- Formación de protocolo de actuación en cirugía "awake" (si/no)

DURACIÓN

- Formación del grupo, revisión bibliográfica y creación de registro: Junio-Julio 2018
- Creación de guías específicas: Julio-Diciembre 2018
- Realización de protocolo en cirugía awake: Enero-Marzo 2019
- Presentación del protocolo: Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1509

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS PACIENTES DE EPILEPSIA. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS Y DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA

Fecha de entrada: 01/03/2020

2. RESPONSABLE JESUS MOLES HERBERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO PELLEJERO JUAN
BARRERA ROJAS MIGUEL
AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA
ORDUNA MARTINEZ JAVIER
SOLA BERNAL SARA
NAVARRO INUÑEZ MARIA LUZ
GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado reuniones bimensuales para la puesta en común de dos consentimientos informados. Se ha pasado uno de los consentimientos por la U. de Calidad, estando pendiente el otro.
Se han realizado dípticos informativos sobre los estimulados del N. vago para dar información adicional tanto a la familia como al paciente.
Se ha elaborado un checklist y una encuesta de satisfacción para controlar la entrega de los consentimientos, los dípticos y la opinión de los usuarios.

Se habían planteado 6 meses de duración (empezando en julio) para la realización de los consentimientos y 2 meses para la realización del checklist y las encuestas, por lo tanto, se han cumplido con los plazos establecidos..

No se ha empleado ningún recurso para la realización del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han cumplimentado los objetivos planteados hasta ahora, la elaboración de todo el material (tanto consentimientos, como material informativo y sistemas de evaluación).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Falta iniciar la entrega a pacientes y familiares y evaluar los resultados en cuanto a satisfacción del usuario

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1509 ===== ***

Nº de registro: 1509

Título
OPTIMIZACION DE LOS PACIENTES DE EPILEPSIA. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS Y DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA

Autores:
MOLES HERBERA JESUS, CASADO PELLEJERO JUAN, BARRERA ROJAS MIGUEL, AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA, ORDUNA MARTINEZ JAVIER, SOLA BERNAL SARA, NAVARRO INUÑEZ MARIA LUZ, GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1509

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS PACIENTES DE EPILEPSIA. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS Y DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA

PROBLEMA

Tras la reciente creación puesta en marcha de la U de epilepsia refractaria, se ha iniciado el tratamiento quirúrgico en los pacientes que sufren de este tipo de patología.

Actualmente, se considera que aproximadamente un 10% de los pacientes con epilepsia refractaria son candidatos a tratamiento quirúrgico, con las consiguiente mejoría en el control de crisis y por tanto su calidad de vida, además de tratarse de un tratamiento muy eficiente desde el punto de vista costo-efectivo a medio plazo (disminución del uso de fármacos antiepilépticos, disminución del número de visitas a urgencias y de ingresos para control de crisis).

En estos momentos los pacientes no disponen de ninguna información escrita sobre los tratamientos, ni disponemos en la unidad de consentimientos informados específicos de cada tipo de intervención en este grupo de patologías, lo que puede provocar una falta de información para el paciente además de una desprotección legal ante posibles eventualidades o complicaciones en el manejo quirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS

Desarrollar y definir consentimientos informados para cada tipo de intervención quirúrgica que se realiza, así como incluir la entrega de dípticos informativos sobre el manejo postquirúrgico tanto en cirugías resectivas como en pacientes portadores de estimuladores de N.vago, con el objetivo de mejorar la información para el paciente y los profesionales que lo puedan atender en el futuro.

Irán dirigidos a todos los pacientes y/o familiares que se incluyan en lista de espera para intervención quirúrgica en relación con cirugía de la epilepsia.

Se entregará consentimiento informado específico en el momento de la inclusión de los pacientes en LEQ, así como dípticos informativos a entregar en el momento del ingreso para intervención quirúrgica.

MÉTODO

Realización de Consentimientos informados específicos para intervención quirúrgica para las siguientes intervenciones:

Se realizarán reuniones bimensuales del grupo de colaboradores para la realización y puesta en común de los diferentes consentimientos informados que se desarrollen, así como de los dípticos informativos. Desarrollo de checklist para el control de la entrega de la documentación.

Posteriormente se remitirán a U. de Calidad Asistencial para valoración por su parte.

Se realizarán reuniones con enfermería de la planta y de consultas externas para información y formación para la entrega de dípticos y CI.

No se requiere de recursos materiales.

INDICADORES

Se controlará la entrega de los documentos mediante checklist, donde constarán datos del paciente, tipo de intervención, fecha entrega de consentimiento y fecha de entrega de documentos informativos, además de una encuesta de satisfacción del paciente/familiar.

Se espera alcanzar un éxito del 100%, con la entrega de CI y documentos informativos a todos los pacientes que se intervengan por este motivo, una vez desarrollados y aprobados por la U. de Calidad Asistencial

DURACIÓN

Desarrollo de Consentimientos Informados y Dípticos informativos: 6 meses, responsable Dr. Moles Herbera

Desarrollo de Checklist, encuesta de satisfacción y realización de reuniones informativas con U. de enfermería de planta y consultas: 2meses

Fecha inicio del proyecto: Julio 2019

Fecha final del proyecto: Julio 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0876

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL DOLZ ZAERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HADDAD GARAY MARIA
ALMARCEGUI LAFITA CARMEN
SERRANO TRILLO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha sistematizado la utilización de la información del sistema de calidad.
Se ha insistido en la importancia del registro de incidencias.
Se ha hecho un aresvisión periódoca de las incidencias y se han abierto las no conformidades oportunas.
Se han realizado reuniones con el personal del servicio para poner en común las acciones realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Implicación de todo el personal del servicio.
Superación safactoria de las auditorías tanto interna como externa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La importancia del trabajo continuado para el mantenimiento del sistema de calidad ISO 9001tras la implantación del mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/876 ===== ***

Nº de registro: 0876

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Autores:
HADDAD GARAY MARIA, DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA, BARA MACHIN GLORIA, SIMON COSTEY AMPARO, PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2015.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Neurofisiología Clínica para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es: Mantener la certificación ISO 9001 obtenida en el año 2015.

RESULTADOS ESPERADOS
Una vez obtenida la certificación ISO 9001 el objetivo es conseguir mantener dicho sistema en nuestro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0876

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

servicio con el fin de lograr una mejora continua.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Insistir en la importancia del registro de incidencias. (R. Calidad, Grupo de mejora)
Revisión periódica de las incidencias y apertura de las no conformidades que se consideren oportunas.(R. Calidad).
Motivación de todo el personal del servicio en su implicación en el Sistema ISO. (R. Calidad, Grupo de mejora).

INDICADORES

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio.Octubre 2016/Octubre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Octubre 2016/Octubre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0876

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA HADDAD GARAY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOLZ ZAERA MARIA ISABEL
VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA
BARA MACHIN GLORIA
SIMON COSTEY AMPARO
PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.
Insistir en la importancia del registro de incidencias. (R. Calidad, Grupo de mejora)
Revisión periódica de las incidencias y apertura de las no conformidades que se consideren oportunas.(R. Calidad).
Motivación de todo el personal del servicio en su implicación en el Sistema ISO. (R. Calidad, Grupo de mejora).
Auditoria interna: 16 marzo 2017
Revision por la Direccion: 6 abril 2017
Auditoria Externa: 21 abril 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Obtención de la certificación ISO 9001 en el año 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez obtenida la certificación ISO 9001 el objetivo es conseguir mantener dicho sistema en nuestro servicio con el fin de lograr una mejora continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/876 ===== ***

Nº de registro: 0876

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Autores:
HADDAD GARAY MARIA, DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA, BARA MACHIN GLORIA, SIMON COSTEY AMPARO, PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0876

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

según norma ISO 9001 desde el año 2015.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Neurofisiología Clínica para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es: Mantener la certificación ISO 9001 obtenida en el año 2015.

RESULTADOS ESPERADOS

Una vez obtenida la certificación ISO 9001 el objetivo es conseguir mantener dicho sistema en nuestro servicio con el fin de lograr una mejora continua.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Insistir en la importancia del registro de incidencias. (R. Calidad, Grupo de mejora)
Revisión periódica de las incidencias y apertura de las no conformidades que se consideren oportunas.(R. Calidad).
Motivación de todo el personal del servicio en su implicación en el Sistema ISO. (R. Calidad, Grupo de mejora).

INDICADORES

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: Febrero/abril 2017

Revision por la Direccion: Abril 2017

Auditoria Externa: mayo/junio 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio.Octubre 2016/Octubre 2017

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Octubre 2016/Octubre 2017

-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0921

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LA HOJA DE SOLICITUD DE ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL DOLZ ZAERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HADDAD GARAY MARIA
VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA
BARA MACHIN GLORIA
PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL
SIMON COSTEY AMPARO
CONDE OLIVAN GLORIA
MONTAÑES GOMEZ MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con ayuda del Servicio de citas y de la UCA se ha difundido de manera adecuada la nueva hoja de estudio neurofisiológico a los distintos profesionales que soliciten nuestras pruebas. Se ha puesto a disposición de los solicitantes de nuestras pruebas, en la intranet, un formulario de solicitud de estudio neurofisiológico para poder rellenarlo on-line y otro para poder imprimirlo en formato papel. El facultativo solicitante podrá disponer de ambas formas para su adecuada cumplimentación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han empezado a recibir en el Servicio solicitudes de estudios neurofisiológicos con la nueva hoja unificada que se ajusta mucho mejor a las necesidades actuales del servicio. La evaluación se llevará a cabo verificando las hojas de estudio neurofisiológico recibidas en nuestro servicio. Primera comprobación de las solicitudes: Enero de 2017. Fecha estimada de unificación de las mismas: Junio 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pese a haber difundido el nuevo formulario entre nuestros principales peticionarios siguen recibándose algunas solicitudes con los antiguos formatos. Se insistirá con aquellos servicios de los que haya más solicitudes antiguas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/921 ===== ***

Nº de registro: 0921

Título
UNIFICACION DE LA HOJA DE SOLICITUD DE ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO

Autores:
DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, HADDAD GARAY MARIA, VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA, BARA MACHIN GLORIA, PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL, SIMON COSTEY AMPARO, CONDE OLIVAN GLORIA, MONTAÑES GOMEZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0921

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LA HOJA DE SOLICITUD DE ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO

El Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet tiene varios modelos de hojas de solicitud de estudios neurofisiológicos, que actualmente se quedan obsoletos. En algunos casos se producen duplicidades innecesarias de peticiones con los modelos antiguos, ya que algunos Items no están lo suficientemente claros.

Nuestro plantenamiento es:Unificar todos los modelos en uno solo.

RESULTADOS ESPERADOS

Recibir en el Servicio solicitudes de estudios neurofisiológicos con una nueva hoja unificada que se ajusta mucho mejor a las necesidades actuales del servicio.

MÉTODO

Con ayuda del Servicio de citaciones y de la UCA poder difundir de manera adecuada la nueva hoja de estudio neurofisiológico a los distintos profesionales que soliciten nuestras pruebas. Se pondrá a disposición de los solicitantes de nuestras pruebas, en la intranet, un formulario de solicitud de estudio neurofisiológico para poder rellenarlo on-line y otro para poder imprimirlo en formato papel. El facultativo solicitante podrá disponer de ambas formas para su adecuada cumplimentación.

INDICADORES

La evaluación se llevará a cabo verificando las hojas de estudio neurofisiológico recibidas en nuestro servicio.

DURACIÓN

-Primera comprobación de las solicitudes: Enero de 2017.
-Fecha estimada de unificación de las mismas: Junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0487

1. TÍTULO

CONSENSO PARA LA TIPIFICACION EN LA GRAVEDAD DEL STC PARA SU POSTERIOR DERIVACION A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA HADDAD GARAY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOLZ ZAERA MARIA ISABEL
ALMARCEGUI LAFITA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Consulta monográfica de patología del túnel del carpo.
Todas las solicitudes con sospecha de esta patología se han citado en esta consulta.
Estandarización en la exploración neurofisiológica: Se ha utilizado el mismo protocolo de exploración con la intención de estandarizar la técnica y disminuir la variabilidad interexplorador.
Fue Consensuado el test más sensinle de exploración entre los facultativos.
En los informes neurofisiológicos se utilizaron los mismos criterios diagnósticos de lesión recomendados por la Asociación Americana de Electrodiagnóstico y Patología Neuromuscular AANEM.
En la conclusión del informe queda establecido el grado de lesión para facilitar en Atención Primaria la continuidad del proceso.
Todo lo anterior ha permitido dejar más tiempo en el resto de consultas de EMG que requieran exploraciones de mayor complejidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En más del 90% de los pacientes con Diagnóstico neurofisiológico de STC ha sido clasificado el grado de lesión: leve, moderado o intenso.
El diagnóstico neurofisiológico, especificando el grado de lesión, aporta datos objetivos que permiten la continuidad del proceso entre Atención Primaria y especializada.
El tiempo entre el diagnóstico y el posible tratamiento ha sido disminuido.
La variabilidad en la indicación del ENG ha sido disminuida ya que deben cumplir determinados criterios clínicos cuando son solicitados desde Atención Primaria.
También se ha disminuido la variabilidad a la hora de indicación del tipo de tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los cambios en el proceso asistencial disminuyen el número de visitas a Especializada. Anteriormente de Atención Primaria los pacientes con sospecha del túnel del carpo eran derivados a Rehabilitación o Traumatología y desde especializada solicitaban el ENG; y posteriormente se citaban en especializada para el tratamiento. En la actualidad desde Atención Primaria son derivados a Neurofisiología y en función del informe neurofisiológico son derivados a Especializada.
Este proyecto ha quedado implantado en el servicio dados sus buenos resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/487 ===== ***

Nº de registro: 0487

Título
CONSENSO PARA LA TIPIFICACION EN LA GRAVEDAD DEL STC PARA SU POSTERIOR DERIVACION A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS

Autores:
HADDAD GARAY MARIA, DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, ALMARCEGUI LAFITA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0487

1. TÍTULO

CONSENSO PARA LA TIPIFICACION EN LA GRAVEDAD DEL STC PARA SU POSTERIOR DERIVACION A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Al analizar la gran prevalencia del STC con la consiguiente repercusión sobre los recursos sanitarios y las diferentes vías de procedencia se intenta concretar la derivación de los pacientes a los distintos especialistas: Atención primaria, rehabilitación, traumatología.

Con ello se pretende que cada paciente reciba el tratamiento adecuado según su grado de afectación con el menor número de visitas especializadas.

Tras una reunión con los diferentes especialistas involucrados en el proceso del túnel carpiano se llegó al acuerdo de clasificar según el grado de afectación neurofisiológica en el STC.

En función de los distintos grados se derivarán los pacientes a distintos especialistas

Para ello es necesario la unificación de criterios de los especialistas de neurofisiología clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

Los pacientes con síndrome de túnel carpiano serán clasificados en tres niveles de gravedad: leve, moderado y severo.

Con ello el paciente será derivado por el médico que solicitó la prueba a los diferentes especialistas.

MÉTODO

Se ha consensado con todos los facultativos el protocolo de exploración del síndrome del túnel carpiano. Al final de la exploración se emitirá un informe en el cual se especificará el grado de afectación: leve, moderado, grave.

INDICADORES

Número de pacientes con diagnóstico neurofisiológico de STC clasificado en : leve, moderado o grave.

DURACIÓN

Fecha de inicio de las actuaciones Abril 2018.

Duración indeterminada

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0663

1. TÍTULO

REALIZAR REGISTROS POLISOMNOGRAFICOS AMBULATORIOS (PSG) EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN ALMARCEGUI LAFITA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE FRANCISCO MOURE JORGE
ROMERO PUERTAS FERNANDA
SERRANO TRILLO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ENVÍO DE UNA NOTA INFORMATIVA A LOS DIFERENTES SERVICIOS IMPLICADOS INDICANDO LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO Y DE LA NECESIDAD DE RELLENAR UN CUESTIONARIO DE SUEÑO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LOS PACIENTES.
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE REGISTRO.
ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ESTUDIO, YA DISPONIBLE EN LA INTRANET (Z2-120-19).
SESIÓN FORMATIVA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL EQUIPO Y SUS COMPONENTE.
REORGANIZACIÓN DEL HORARIO DEL PERSONAL IMPLICADO PARA SU ADAPTACIÓN A LAS NUEVAS NECESIDADES SURGIDAS DE LA PUESTA EN MARCHA DE ESTOS ESTUDIOS.
PUESTA EN MARCHA DE LOS PRIMEROS ESTUDIOS DOMICILIARIOS A LO LARGO DEL AÑO 2019.
ANÁLISIS DE DICHS ESTUDIOS Y ELABORACIÓN DE LOS CORRESPONDIENTES INFORMES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HAN REALIZADO 29 EXPLORACIONES A LO LARGO DEL AÑO 2019 SEGÚN LA INFORMACIÓN REMITIDA POR EL SERVICIO DE CONTROL DE GESTIÓN. DE ELLOS, SE HAN TENIDO QUE REPETIR ÚNICAMENTE 4 (INFORMACIÓN OBTENIDA DE LA SECRETARÍA DEL SERVICIO). TODOS ELLOS POR PROBLEMAS TÉCNICOS, EN NINGÚN CASO POR DUDAS DIAGNÓSTICAS TRAS LA REALIZACIÓN DE LA PSG DOMICILIARIA (ESTÁNDAR 30% SEGÚN LAS PREVISIONES ENVIADAS EN EL PROYECTO DE GESTIÓN). EN EL 90% DE LAS PETICIONES DEL SERVICIO CONSTABA EL CUESTIONARIO DE SUEÑO PARA ESTABLECER LA PROBABILIDAD PREPRUEBA SEGÚN DATOS OBTENIDO DE LA SECRETARÍA DEL SERVICIO (ESTÁNDAR 100% EN LAS PREVISIONES DEL PROYECTO DE GESTIÓN). UNO DE LOS INDICADORES DEL PROYECTO DE GESTIÓN ES EL PORCENTAJE DE PACIENTES CON ALTA PROBABILIDAD PREPRUEBA A LOS QUE SE LE REALIZÓ UN PSG DOMICILIARIO. DADO QUE HASTA OCTUBRE NO SE PUDIERON EMPEZAR A REALIZAR LAS EXPLORACIONES NO HEMOS ANALIZADO ESTE DATO AL CONSIDERARLO MUY POCO REPRESENTATIVO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
TRAS UN INICIO DIFÍCIL POR DIFERENTES PROBLEMAS CON LOS EQUIPOS, FINALMENTE EN OCTUBRE DEL AÑO 2019 SE PUSIERON EN MARCHA LOS ESTUDIOS DE PSG DOMICILIARIO. A PESAR DE QUE EL NÚMERO DE EXPLORACIONES REALIZADAS NO HA SIDO MUY IMPORTANTE, YA SE HA NOTADO UN PEQUEÑO IMPACTO EN LA DEMORA DE LOS PACIENTES EN ESPERA DE LA PRUEBA. CONSIDERAMOS QUE PARA ESTE AÑO 2020 EL IMPACTO SERÁ TODAVÍA MAYOR.
EL PROYECTO HA TENIDO UNA GRAN ACEPTACIÓN ENTRE EL RESTO DE FACULTATIVOS TAL Y COMO DEMUESTRA EL ALTO ÍNDICE DE CUESTIONARIOS RELLENADOS. ESTE CUESTIONARIO ES IMPRESCINDIBLE PARA SELECCIONAR A LOS PACIENTES A LOS QUE SE REALIZARÁ LA PSG DOMICILIARIA; SIN ÉL, ESTE PROYECTO SERÍA INVIABLE.
PARA ESTE AÑO 2020 TENEMOS PENDIENTE VALORAR EL NÚMERO DE PACIENTES CON ALTA PROBABILIDAD DE PADECER UN SAHS A LOS QUE REALMENTE LE REALIZAMOS LA EXPLORACIÓN DOMICILIARIA. Y, POR SUPUESTO, AUMENTAR EL NÚMERO DE EXPLORACIONES REALIZADAS Y CON ELLO CONSEGUIR UNA MEJORA EN EL TIEMPO QUE ESPERAN LOS PACIENTES PARA REALIZARSE LA PRUEBA, MEJORANDO ASÍ LA ASISTENCIA PRESTADA POR NUESTRO SERVICIO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/663 ===== ***

Nº de registro: 0663

Título
REALIZAR REGISTROS POLISOMNOGRAFICOS AMBULATORIOS (PSG) EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO

Autores:
ALMARCEGUI LAFITA CARMEN, ROMERO PUERTAS FERNANDA, DE FRANCISCO MOURE JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0663

1. TÍTULO

REALIZAR REGISTROS POLISOMNOGRAFICOS AMBULATORIOS (PSG) EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La patología más prevalente de la demanda de estudios Polisomnográficos, tanto en población adulta como infantil, son los trastornos respiratorios. El diagnóstico de dicha patología puede realizarse mediante un PSG vigilado en el hospital y también de forma ambulante (domiciliaria). Está suficientemente demostrada la utilidad diagnóstica de los registros domiciliarios en los trastornos respiratorios. Además, son más accesibles y confortables para el paciente, sin efecto de primera noche en el laboratorio y menor coste económico. En la actualidad todos los Polisomnogramas que se realizan en Neurofisiología en los trastornos respiratorios del sueño se hacen de forma vigilada en el Hospital. El fin de este proyecto es realizar los Polisomnogramas también de forma ambulatoria y no solamente hospitalarios. Esto permitiría disminuir la demora al poder realizar mayor número de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimización de los recursos en el diagnóstico de patología respiratoria del sueño, teniendo en cuenta que en gran parte de pacientes, para el diagnóstico de esta patología no es necesario realizar un PSG vigilado (hospitalario).
- Disminuir la demora del diagnóstico de trastornos respiratorios.

MÉTODO

ACCIONES:

- Clasificación de las solicitudes de Polisomnograma para realizar vigilado o domiciliario en relación a la puntuación obtenida en el cuestionario. Este cuestionario será cumplimentado por el servicio solicitante.
- En los casos en que el solicitante especifique y justifique que se haga vigilado se realizara con el paciente hospitalizado.
- Protocolizar el tipo de registro poligráfico.
- Editar instrucciones del registro para el personal técnico.
- Elaborar Documento informativo con instrucciones para el paciente.
- Cuando el registro sea de mala calidad y no concluyente se realizará vigilado en el servicio de NF.
- Realizar todos los días que están destinados a Polisomnogramas en adultos vigilados también una poligrafía domiciliaria. En relación con los días de demora se podría también programar otra poligrafía domiciliaria los días en los que se realiza PSG a niños.
- Consensuar un informe tipo estándar entre los distintos facultativos-residentes que van a informar estos registros.
- Elaborar un circuito de derivación rápida de los pacientes diagnosticados de trastornos respiratorios graves en NFC a Neumología (Unidad de trastornos respiratorios de sueño) para recibir tratamiento y evitar consultas a especializada.
- Reservar el registro poligráfico vigilado hospitalario para los trastornos respiratorios de mayor complejidad.
- Reorganización horaria para poder desarrollar el proyecto explicado anteriormente, para lo cual sería necesario iniciar los estudios de sueño a las 21 horas en lugar de a las 22horas.

INDICADORES

- % Cuestionarios cumplimentados por los facultativos que solicitan la prueba
- % Poligrafías domiciliarias que hay que repetir de forma hospitalaria
- % de Poligrafías domiciliarias realizadas a pacientes con alta probabilidad pre prueba según el cuestionario

DURACIÓN

Es un proyecto que incluye la implantación de la técnica e inclusión de la técnica en la labor asistencial

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0663

1. TÍTULO

REALIZAR REGISTROS POLISOMNOGRAFICOS AMBULATORIOS (PSG) EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0820

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACIÓN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA HADDAD GARAY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOLZ ZAERA MARIA ISABEL
ALMARCEGUI LAFITA CARMEN
SERRANO TRILLO INMACULADA
PEÑALVER VAILLO ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Establecimiento de los objetivos del Servicio y de los indicadores necesarios para monitorizarlos. Definir y revisar el Plan de Riesgos del Servicio y establecer los planes de contingencia para cada riesgo detectado. Apertura de nuevas No conformidades, así como revisión de las existentes, cerrando aquellas que han quedado resueltas. Todo ello con el fin de lograr una mejora continua.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Superación satisfactoria de la Auditoría Interna realizada en Marzo de 2019 así como de la Auditoría Externa realizada en Mayo de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La gestión del Servicio de Neurofisiología Clínica con la norma ISO 9001:2015 obliga a una mejora continua detectando en tre todos los miembros del Servicio las posibles debilidades y riesgos. El análisis de ellos hace posible la creación de los planes de contingencia actualizados y adecuados a las necesidades detectadas.

7. OBSERVACIONES.
Se realiza la memoria como de Seguimiento al considerar que este sistema ISO seguirá vigente en el Servicio de Neurofisiología Clínica.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/820 ===== ***

Nº de registro: 0820

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA

Autores:
HADDAD GARAY MARIA, DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, ALMARCEGUI LAFITA CARMEN, SERRANO TRILLO INMACULADA, PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Neurofisiología Clínica se encuentra certificado según norma ISO 9001: 2008 desde el año 2015 El sistema ISO se ha implantado y funciona de forma progresiva en el servicio de Neurofisiología lo cual supone la necesidad de una mejora continua. Por tanto el objetivo es el compromiso del Servicio de Neurofisiología Clínica para mantener esta certificación UNE-EN ISO 9001. Al ser un sistema de gestión de calidad normalizado los procesos deben estar perfectamente documentados y actualizados. Por ello se establecen objetivos e indicadores que permiten medir periódicamente el proceso de mejora continua así como la detección y prevención de posibles errores. Para la adaptación a la nueva norma UNE-EN ISO 9001:2015 se han estudiado y definido los potenciales riesgos que pueden afectar al funcionamiento del Servicio y a la seguridad del paciente. Se han valorado así mismo Planes de Contingencia en el caso de que sucedan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0820

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACIÓN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento de la certificación ISO 9001:2015 en el Servicio de Neurofisiología clínica. Para ello:
-Alcanzar el cumplimiento de los objetivos del Servicio anuales actualmente ya definidos.
-Mejorar los indicadores del Servicio.
-Detectar y realizar acciones correctivas y preventivas necesarias en el Servicio.
-Seguir revisando y mejorando el Plan de Riesgos del Servicio.

MÉTODO

-Establecimiento de objetivos e indicadores para el 2019.
-Planificación de las actividades del servicio.
-Realización de reuniones periódicas del Grupo de Mejora de la Calidad del Servicio.
-Analizar las incidencias y no conformidades detectadas y realizar las acciones correctivas y preventivas necesarias.

INDICADORES

Los indicadores están especificados en la documentación de la Certificación ISO del Servicio. La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa.

DURACIÓN

-Auditoría Interna: Marzo 2019.
-Revisión por la Dirección: Abril 2019.
-Auditoría Externa: Mayo 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0144

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA

Fecha de entrada: 02/05/2018

2. RESPONSABLE JORGE ARTAL ROY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTA MORENO JAVIER
TEJADA MEZA HERBERT
LATORRE JIMENEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 3 reuniones entre el equipo de mejora y la coordinación del 061 para concretar programa del curso adaptado a las necesidades surgidas por ambos estamentos (061 y Plan de atención al ictus Aragón).

Una vez realizado el programa este tuvo que ser suspendido por 2 hechos fundamentales:

1.- Se programó que a partir de octubre de 2017 se crearían guardias específicas de patología neurológica vascular. Estas serían guardias semipresenciales y focalizadas en el Hospital Universitario Miguel Servet como centro de referencia de Aragón con lo que el modo de derivación de pacientes cambia completamente.

2.- En 2017 apareció un nuevo estudio donde se amplió el "periodo ventana" para la realización de tratamiento de reperusión en la fase aguda del ictus por lo que también ha cambiado el tiempo que tenemos para realizar el tratamiento lo ha repercutido en el diseño de derivación de pacientes que teníamos.

El curso fue aplazado por estos motivos hasta hacer la reingeniería del proceso de derivación con estas novedades surgidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez realizado el nuevo diseño de derivación de pacientes y tras varias reuniones del equipo de mejora y el 061, se acordó realizar el curso el 13 de Junio de 2018 (fecha aprobada, curso acreditado y abierto el plazo de matrícula).

Se mantiene el formato del curso pero dado que actualmente recibimos pacientes de todo Aragón, se ha incluido en el programa a Neurólogos de otras áreas de Salud y las coordinadoras del 061 de todo Aragón.

Por lo tanto no podemos sacar conclusiones con respecto a los estándares fijados por la demora en la realización del curso. Lo enviaremos si fuera necesario una vez concluido el curso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Adjuntamos programa del curso con los ponentes:

Fecha de impartición: 13/06/2018 Horario: 9 h a 14 h (con descanso de media hora) 15:30 a 21 h (Los alumnos se dividirán en tres grupos que rotarán de forma consecutiva por los distintos talleres para facilitar la participación) 1 hora de trabajo en casa para evaluación. Contenido:

- 9 - 9:15 h : Presentación del curso. Organización y coordinación de la asistencia para la trombectomía en Aragón

- Guardia de Neurovascular (Dr Javier Marta Moreno)

- 9:15- 10 h: Identificación de los síntomas de alarma del ictus . Exploración Neurológica. Principales síndromes clínicos en el ictus (Dra O.Alberti González)

-10:00- 10:30h: Activación de Código Ictus. Registro (Dra.Elena Garay)

-10:30-11:15 h: Guía de actuación y protocolo a seguir por parte de los servicios de emergencias ante Código Ictus (Dra.Ana Recaj)

-11:15-11:30h: Discusión y preguntas

-11:30- 12:00h: DESCANSO

-12:00-12:30 h: Neuroimagen multimodal para la selección de pacientes con ictus agudo (Dra: Maria José Gimeno

Peribáñez. Servicio de Radiología. HCUZ)

-12:30-13:00h: Tratamiento de reperusión en la fase aguda del ictus : Fibrinólisis intravenosa (Dra. Cristina Pérez Lazaro)

-13:00-13:30h : Tratamiento de reperusión en la fase aguda del ictus: Trombectomía. (Dr. Jorge Artal Roy)

-13:30-14:00h: Discusión y preguntas (FIN DE LA PRIMERA PARTE)

-15:30-16:45h: Taller de escalas neurológicas en la valoración del paciente con ictus y su utilidad para la

selección de pacientes subsidiarios de terapias de reperusión. (Dr. Herbert Tejada Meza)

-17:00-18:15h: Taller de casos clínicos reales (Dra. Marta Palacín)

-18:30-20:00 : Visita tutorizada por las distintas fases del código ictus (Dr. Jorge Artal Roy/ Dra. Cristina

Pérez Lázaro)

-20:00-21:00h: Discusión y preguntas. (CLAUSURA DEL CURSO)

7. OBSERVACIONES.

He considerado esta memoria como final, pero más debería ser de seguimiento ya que el curso se va a realizar posteriormente y no obtendré resultados hasta que este se realice.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0144

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/144 ===== ***

Nº de registro: 0144

Título
PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS. NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA

Autores:
ARTAL ROY JORGE, MARTA MORENO JAVIER, TEJADA MEZA HERBERT, RODRIGUEZ GASCON DIEGO, RECAJ IBAÑEZ ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad cerebro vascular es una de las principales causas de mortalidad en nuestra sociedad y la principal causa de discapacidad en el adulto. En los últimos años se ha producido un avance en los tratamientos de la fase aguda del ictus. Estos tratamientos (fibrinólisis intravenosa, fibrinólisis intrarterial y trombectomía mecánica) junto con la asistencia al paciente en unidades de ictus han demostrado mejorar mortalidad y pronóstico funcional de dichos pacientes, con tasas que superan el 60% de pacientes independientes a los 3 meses.

Estos tratamientos están muy influenciados por el tiempo que pasa desde el inicio de los síntomas hasta su aplicación, por lo que las tasas de recuperación disminuyen de forma exponencial cuanto más retrasamos su inicio. Los tratamientos actuales están aprobados solo para el tratamiento de casos en las 4,5 (fibrinólisis intravenosa) y 6 (intervencionismo) primeras horas del ictus. Con una organización óptima el 30% de los pacientes son candidatos al tratamiento, pero en nuestro medio sólo se consigue aplicar en un 10% de los pacientes, fundamentalmente por los retrasos que se producen.

Existen una serie de criterios clínicos de inclusión y exclusión que son revisados periódicamente introduciendo variaciones que requieren campañas de difusión entre los profesionales implicados en la cadena asistencial. Desde el Plan de atención al Ictus Aragón se han identificado algunos problemas en la fase del Código ictus extrahospitalario como son la falta de reconocimiento de los síntomas, falta de conocimiento de criterios de traslado urgente y activación del código ictus, falta de conocimiento de tratamientos alternativos que también requieren traslado urgente, escaso nº de activaciones del 061 desde los pacientes y médicos de AP, problemas en el reconocimiento del ictus como una urgencia, no activación de la llamada de preaviso, desconocer como se han jerarquizado las referencias de pacientes, desconocimiento del algoritmo al llegar, desconocimiento de los tratamientos que se ofrecen y como sus resultados dependen enormemente del tiempo. Este plan de mejora nace de la necesidad de solventar estos problemas y dar difusión entre los profesionales de las nuevas terapias de revascularización de las que actualmente se disponen para proporcionar una mejora de oportunidades a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Identificar pacientes subsidiarios de traslado urgente a centro de referencia para tratamientos de revascularización en la fase aguda del ictus. Conocer los criterios clínicos de activación de código ictus extrahospitalario y modo de actuar para optimizar tiempos. Conocer cómo proceder en el traslado urgente y actuar frente complicaciones. Conocer las distintas técnicas de revascularización (fibrinólisis intravenosa, fibrinólisis intrarterial y trombectomía mecánica) y que pacientes se podrían beneficiar de unas u otras técnicas. Conocimiento básico del manejo del paciente en Unidades de Ictus y seguimiento del paciente.

MÉTODO

Se realizará un curso dirigido a todos aquellos que participan en la asistencia extrahospitalaria al ictus. El curso constará de dos días con los siguientes contenidos y responsables de los mismos:
DÍA 1 (teórico) (Dres. Marta, Recaj, Artal): ACV epidemiología en Aragón y magnitud del problema 9:00-9:30h. Código Ictus extrahospitalario. Algoritmo para la optimización de tiempos 9:30-10:00 h. Código ictus intrahospitalario 10:00-10:30 h. Métodos diagnósticos en la fase aguda del ictus Terapias de revascularización 10:30-11:00h. Criterios de activación del código ictus extrahospitalario. Identificación de pacientes candidatos 11:30-12:00h. Derivación y Cuidados de traslado. 12:00-12:30h. Prevención y tratamiento de las complicaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0144

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA

12:30-13:00h. Unidades de ictus 13:00-13:30

DIA 2 (Práctico) Taller práctico de identificación de casos, anamnesis básica y tiempo de inicio. Escalas.

9:00-10:30 Criterios de calidad y optimización de tiempos en el Código Ictus. 10:30-11:00 Traslados secundarios entre hospitales, errores diagnósticos. 11:30-12:00 h Visita tutorizada por las distintas fases del proceso ictus a nivel intrahospitalario 12:00-13:00 h. Visita a la Unidad de Ictus del Hospital U. Miguel Servet de Zaragoza. 13:30-14:00 h.

INDICADORES

El primer día se realizará una prueba tipo test sobre el código ictus extrahospitalario y la asistencia al ictus en su fase aguda . Este mismo test se volverá a realizar una vez terminado el curso. Se considerará una valoración positiva del curso si responden a más del 80% de las preguntas de forma correcta en el segundo test. .Se realizará una encuesta de satisfacción sobre los ponentes e idoneidad del curso una vez concluido . Se registrará la asistencia al curso mediante firma diaria

DURACIÓN

Los participantes serán distribuidos en dos grupos de 8 personas cada uno. El curso tendrá lugar el martes (jornada teórica) y el miércoles (jornada práctica) en dos semanas consecutivas. El primer grupo 8 y 9 de Noviembre, el segundo grupo 15 y 16 de Noviembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0340

1. TÍTULO

EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN EXPOSITO SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FONDEVILA LOPEZ JOSEFINA
VILLAR TURON RAQUEL
VALENZUELA MENA JULIA
LAPRESTA MOROS CARLOS
PALACIOS MIGUEL YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En diversos estudios ha quedado demostrada la importancia de la desinfección de los fonendoscopios, ya que pueden ser transmisores de gérmenes patógenos. El presente trabajo se inició con una primera fase con el objetivo de evaluar los hábitos de desinfección de los fonendoscopios en nuestro hospital, identificar la presencia de gérmenes potencialmente patógenos en ellos y a partir de los datos obtenidos poder influir en el personal sanitario para mejorar los hábitos de limpieza.

Inicialmente se recogieron 87 muestras de la campana de los fonendoscopios, antes y después de limpiarlos y se analizaron en el laboratorio de Microbiología. Se usaron dos productos diferentes de limpieza con el fin de poder compararlos, alcohol 70° y toallitas comerciales destinadas a ese uso. También se recogieron datos sobre los hábitos y métodos de limpieza del fonendoscopio del personal sanitario a través de un formulario anónimo. Después del tratamiento estadístico de los datos se concluyó que el 90.8% de fonendoscopios del personal sanitario de hospitalización estaban contaminados por gérmenes, con un 4.8% de gérmenes potencialmente patógenos. En cuanto a las prácticas de desinfección, obtenidas a través de un cuestionario anónimo realizado por parte del personal sanitario, se concluyó que cerca del 65% limpiaba el fonendoscopio menos de una vez por semana.

Partiendo de estos datos obtenidos se inició la segunda y tercera fase del presente proyecto de mejora de la calidad, que han consistido en la realización de una campaña de concienciación para mejorar las prácticas de limpieza del fonendoscopio, seguida de una re-evaluación de la situación, de forma que se pudo determinar el grado de éxito de las medidas adoptadas en los hábitos de desinfección del fonendoscopio por parte del personal sanitario. Para ello realizamos:

- Un vídeo donde se reflejaba la importancia de seguir unos hábitos correctos de limpieza de los fonendoscopios. Este vídeo fue presentado en el certamen de Cine y Salud en Aragón, así como en las jornadas de calidad, y fue premiado en ambos casos (www.youtube.com/watch?v=MhzDbflsAdU)
- Se realizó una divulgación a través de la intranet del hospital y en el blog de la biblioteca médica del Hospital Miguel Servet (<https://biblioservet.blogspot.com.es>),
- Participación en sesiones clínicas de los servicios implicados en el estudio, informando al personal sanitario de los resultados obtenidos en la primera fase.
- Información a las supervisoras de las unidades para que divulguen los resultados entre el personal de enfermería.

En cuanto a la re-evaluación de la situación después de la campaña, el procedimiento es análogo al empleado en la primera fase:

- Se contactó con los servicios implicados en el estudio.
- Al personal se le entregó un formulario anónimo que recoge edad, sexo, categoría profesional, antigüedad en el puesto de trabajo, frecuencia de limpieza del fonendoscopio, método de limpieza usada y lugar donde se guarda el fonendoscopio durante y después del trabajo, a la vez que se recoge una muestra de su fonendoscopio.
- Se analizaron los resultados de los cultivos obtenidos en el laboratorio de Microbiología.
 - Se realizó una estadística con los resultados alcanzados tanto en cuestionarios anónimos como en cultivos comparando resultados pre y post intervención. El número de muestras, al igual que en la primera fase, ha sido de 87.

Desde el mes de septiembre a diciembre de 2016 se realizaron nuevas tomas de muestras de fonendoscopios. Posteriormente se elaboró un estudio estadístico, de donde se obtuvieron los resultados finales del proyecto. Se finalizó el estudio en febrero, marzo de 2017 ajustándose al calendario establecido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados iniciales:

- Inicialmente se aislaron bacterias en el 91% de las muestras y en cuatro de éstas. Se encontraron bacterias patógenas (2 SARM, 1 Pseudomona aeruginosa y 1 Acinetobacter)
- Tanto las toallitas comerciales como el alcohol de 70° demostraron una efectividad superior al 90% en la desinfección.
- La probabilidad de contaminación bacteriana de los fonendoscopios propios se mostró un 25,7% mayor que la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0340

1. TÍTULO

EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

de los fonendoscopios compartidos.

- En cuanto al lavado de manos, los resultados implican que la probabilidad de contaminación bacteriana de los fonendoscopios es inferior cuando se lavan las manos que cuando no. (RR 0,747 IC 95% 0,619-0,901)
- Y con respecto al hecho de guardar el fonendoscopio en un cajón tras el trabajo, los datos evidencian que cuando se guarda en un cajón la probabilidad de contaminación bacteriana de los fonendoscopios es inferior. (RR 0,826 con IC 95% 0,691-0,987)

Tras la fase de concienciación se realizó el análisis de los resultados obtenidos en lo que se hace referencia a la modificación de conocimientos y comportamientos a raíz de la intervención y en lo referente a la contaminación bacteriana de los fonendoscopios.

Resultados post intervención:

- Tras la intervención hay crecimiento bacteriano en el 59,77% de las muestras y en ninguna se hallaron bacterias patógenas. (RR de 0,650 y un IC 95% entre 0,541-0,781)
- El lavado de manos es mejor en el periodo pos intervención pasando de un 34,48% a un 52,33%
- La frecuencia de limpieza mensual está significativamente incrementada tras la intervención, y el número de encuestados que hacen una limpieza al menos semanal del fonendoscopio es mayor en esta segunda fase (con un RR de 1,733 y un IC entre 1,237 y 2,428). Los datos de RR se interpretan como que la limpieza semanal se ha incrementado en un 73,3% (IC 95% entre 23,7% y 142,8%). En contra no hay tan apenas diferencias en la proporción de encuestados que realizan limpieza del fonendoscopio después de cada contacto con el paciente.
- El tiempo transcurrido desde la última limpieza del fonendoscopio es significativamente inferior en los encuestados después de la campaña de concienciación contestando. Así los que contestan que han limpiado su fonendoscopio esa semana pasan a ser del 22,99% de los encuestados al 48,28% y los que contestan que lo limpian raramente han disminuido del 34,48% al 14,94%.

Se han recalculado los indicadores evaluando si después de la campaña se ha producido una mejora en los hábitos de limpieza del fonendoscopio por parte del personal sanitario y en todos los indicadores post intervención ha habido una mejora superior a la que inicialmente fijamos del 25% respecto a los resultados obtenidos en la primera fase.

1. Porcentaje de fonendoscopios con crecimiento bacteriano.

[Número de fonendoscopios con contaminación bacteriana / Número total de fonendoscopios analizados] x 100

Pre intervención: 91,95%

Post intervención: 59,77%

2. Porcentaje de fonendoscopios contaminados con agentes patógenos.

[Número de fonendoscopios contaminados con gérmenes patógenos / Número total de fonendoscopios analizados] x 100

Pre intervención: 4,60%

Post intervención: 0%

3. Porcentaje de personal sanitario que responde en la encuesta que limpia el fonendoscopio semanalmente.

[Número de sanitarios que responden en la encuesta que limpian el fonendoscopio al menos semanalmente / Número total de sanitarios encuestados] x 100

Pre intervención: 34,48%

Post intervención: 59,77%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Es necesario concienciar al personal sanitario de la importancia de la limpieza del fonendoscopio para prevenir infecciones nosocomiales.
- Los estudios ambientales y la educación basada en datos objetivos mejoran la seguridad del paciente.
- Los resultados post intervención son significativos, ha disminuido el crecimiento bacteriano en los fonendoscopios y ha mejorado la limpieza de los mismos.
- Campañas informativas periódicas y un fácil acceso a los productos de limpieza serían necesarias para mantener y reforzar en el tiempo estos hábitos adquiridos.
- A valorar también en cuanto al método o producto de elección para limpiar los fonendoscopios que en la primera fase de nuestro proyecto tanto las toallitas comerciales como el alcohol de 70° demostraron una efectividad superior al 90% en la desinfección.

VALORACION DEL PROYECTO EN RELACION A:

1. Mejorar resultados de la atención.....3 Bastante
2. Disminuir riesgos derivados de la atención.....4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos.....4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción)...3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales.....3 Bastante

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0340

1. TÍTULO

EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/340 ===== ***

Nº de registro: 0340

Título
EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

Autores:
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, FONDEVILA LOPEZ JOSEFINA, VILLAR TURON RAQUEL, RUIZ ANDRES MARIA ANGELES, VALENZUELA MENA JULIA, LAPRESTA MOROS CARLOS, PALACIOS MIGUEL YOLANDA, MILLAN LOU MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En diversos estudios previos, incluyendo la primera fase de este proyecto, se ha demostrado la importancia de la desinfección de los fonendoscopios por parte del personal sanitario, ya que pueden ser transmisores de gérmenes patógenos. Concretamente en la primera parte de este proyecto se concluyó que el 90.8% de fonendoscopios del personal sanitario de hospitalización estaban contaminados por gérmenes, con un 4.8% potencialmente patógenos. En cuanto a las prácticas de desinfección, obtenidas a través de un cuestionario anónimo realizado por parte del personal sanitario, se concluyó que cerca del 65% limpiaba el fonendoscopio menos de una vez por semana.

Tras esta primera fase de evaluación de la situación, se pasa a la segunda parte del proyecto, consistente en la realización de una campaña de concienciación para mejorar las prácticas de limpieza del fonendoscopio, seguida de una re-evaluación de la situación, de forma que se pueda determinar el grado de éxito de las medidas adoptadas en los hábitos de desinfección del personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo del proyecto es determinar si se ha producido una mejora en cuanto a las prácticas de desinfección del fonendoscopio tras la campaña de concienciación realizada.
Otros objetivos específicos son:
- Identificar la presencia de gérmenes patógenos en los fonendoscopios.
- Evaluar por medio de un cuestionario estructurado las prácticas de desinfección de los fonendoscopios del personal sanitario.

MÉTODO
El método a seguir en esta fase comprende tanto la campaña de concienciación del personal sanitario (en la cual se emplearán los resultados obtenidos en la primera fase), como la re-evaluación de la situación, con la toma de nuevos datos que se compararán con aquellos de antes de la campaña.
El procedimiento seguido a la hora de realizar una campaña divulgativa y de concienciación para cambiar prácticas de limpieza consiste en:
• Realización de un video por parte de los componentes del equipo, donde reflejábamos las prácticas inadecuadas y la importancia de seguir unos hábitos correctos. Su reducida duración facilita su visionado en las redes sociales, fomentando su difusión entre el personal sanitario del HMS y de otros centros hospitalarios
• Participación en las sesiones clínicas de los servicios con mayor implicación en el estudio (Medicina Interna, Neurología...), informando tanto al personal médico como de enfermería de los resultados obtenidos en el proyecto.
• Realización de una presentación a las supervisoras de dichas unidades, para que éstas sean las encargada de divulgar los resultados del estudio al personal de enfermería.

En cuanto a la re-evaluación de la situación después de la campaña, el procedimiento es análogo al empleado en la primera fase:
• Contactar con los servicios implicados en el estudio: Medicina Interna, Neumología, Digestivo, Cardiología, Neurología y Traumatología.
• Al personal que consienta participar en el estudio se le entregará un formulario anónimo que recoge edad,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0340

1. TÍTULO

EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

sexo, categoría profesional, antigüedad en el puesto de trabajo, frecuencia de limpieza del fonendoscopio, método de limpieza usado y lugar donde se guarda el fonendoscopio durante y después del trabajo, a la vez que se recoge una muestra de su fonendoscopio.

- Se analizarán los resultados de los cultivos obtenidos en el laboratorio de Microbiología.
- Se realizará una estadística con los resultados alcanzados tanto en cuestionarios anónimos como en cultivos. El número de muestras, al igual que en la primera fase, se ha fijado en 87.

INDICADORES

- Porcentaje de fonendoscopios contaminados con agentes patógenos.
[Número de fonendoscopios contaminados con gérmenes patógenos / Número total de fonendoscopios analizados] x 100.
- Porcentaje de personal sanitario que responde en la encuesta que limpia el fonendoscopio semanalmente o tras cada uso.
[Número de sanitarios que responden en la encuesta que limpian el fonendoscopio semanalmente o tras cada uso / Número total de sanitarios encuestados] x 100.

Se recalcularán los indicadores enumerados anteriormente, evaluando si después de la campaña se ha producido una mejora en los hábitos de limpieza del fonendoscopio por parte del personal sanitario.

Una mejora del 25% respecto a los resultados obtenidos en la primera fase se consideraría satisfactoria.

DURACIÓN

Desde el mes de septiembre a diciembre de 2016 se realizarán nuevas tomas de muestras de fonendoscopios. Posteriormente se elaborará un estudio estadístico, de donde se obtendrán los resultados finales del proyecto. Se prevé la finalización del estudio en febrero de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0391

1. TÍTULO

MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001

Fecha de entrada: 27/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE RAMON ARA CALLIZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS
MARTIN MARTINEZ JESUS
LADRON ORTEGA ASTRID
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA
ARTAL ROY JORGE
ALADREN SANGROS JESUS
RODRIGUEZ GASCON DIEGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha planificado, desarrollado y evaluado un plan de formación a través de sesiones clínicas, acreditado, con participación conjunta de facultativos y enfermeros (Responsables: Supervisora y Jefe de Servicio)
- Se ha unificado la notificación, análisis y resolución de las incidencias y no conformidades. Todas ellas se recogen en una base de datos y se analizan con las partes implicadas conjuntamente (Responsables: Supervisora de Enfermería, Responsable de Calidad y Jefe de Servicio).
- Los resultados han sido trasladados al conjunto del Servicio en sesión conjunta (Enfermería y Facultativos)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En relación con lo planificado:

- Existencia del plan de formación anual: Sí, acreditado.
- Número de reuniones formativas conjuntas/año (Estándar >3/año): 4
- Notificación de incidencias (26) y análisis conjunto de aquellas que implican a enfermeros y médicos.
- Reuniones informativas periódicas del Servicio sobre las incidencias y no conformidades (Estándar >3/año): realizadas a través de las sesiones del servicio y de las reuniones del Grupo Impulsor de la ISO (formado por 4 médicos y 4 enfermeras): >6

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado la comunicación y la integración profesional entre enfermería y facultativos en el Servicio, a través principalmente de la notificación de incidencias, de su discusión y de las actuaciones de mejora derivadas. El diseño de un programa docente con algunas sesiones conjuntas ha permitido abordar temas en los que hay una participación integrada de ambas profesiones. Además, fruto de esta mejora de comunicación y de integración de intereses se ha iniciado la planificación de actividades de investigación colaborativas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/391 ===== ***

Nº de registro: 0391

Título
MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001

Autores:
ARA CALLIZO JOSE RAMON, CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS, MARTIN MARTINEZ JESUS, LADRON ORTEGA ASTRID, ROMEO LAGUARTA ANA MARIA, ARTAL ROY JORGE, ALADREN SANGROS JESUS, RODRIGUEZ GASCON DIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0391

1. TÍTULO

MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Neurología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2015. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continua. Una de las principales causas detectadas en el análisis de las no conformidades puestas de manifiesto en la Auditoría interna y en la revisión por la Dirección es la separación existente en el desempeño profesional de médicos y enfermeros. Su origen se remonta a los diferentes inicios y desarrollos laborales y curriculares de ambas profesiones de forma que a lo largo de la historia la enfermería ha tenido un papel subsidiario dentro del conocimiento y práctica de la medicina. En la actualidad, sin embargo, también en enfermería se ha ido constituyendo una creciente base teórica que sustenta y justifica su práctica autónoma por lo que estamos en un momento propicio para mejorar la integración asistencial, docente e investigadora entre medicina y enfermería, desde posiciones conceptuales más igualitarias y respetuosas.

Nuestro planteamiento es mejorar la integración enfermería-medicina a través de 2 actividades principales que permitan la mejora de procesos clave:

- Poner en marcha un plan general de formación con actividades específicas y compartidas entre médicos y enfermeros.
- Unificar la notificación y tratamiento conjunto de incidencias y no conformidades.

RESULTADOS ESPERADOS

El plan de formación permitirá elegir, desarrollar, acordar e implementar cuestiones que se consideren prioritarias en los ámbitos de la práctica profesional: asistencia, docencia, investigación y calidad. La unificación y tratamiento conjunto de incidencias y no conformidades nos permitirá abordar la mejora continua de una forma integrada y eficaz.

MÉTODO

- 1 - Plan de formación conjunto (responsables MJ Chopo y JR Ara)
 - Formación del Grupo de trabajo (responsables MJ Chopo y JR Ara)
 - Elección de fechas (periodicidad al menos bimensual) y forma de difusión de la información
 - Selección de temas y ponentes, vgr:
 - Gestión del riesgo: cuestionario de valoración de riesgos del paciente al ingreso, información, procedimientos de limitación de tratamientos, RCP y desfibrilador, etc.
 - Protocolos clínicos: Ictus, Epilepsia, vídeo EEG, etc.
 - Evaluación de los objetivos del Servicio
 - Control de asistencia y evaluación (responsables: enfermería y neurólogo)
- 2- Incidencias y no conformidades (responsables: Supervisora, MJ Chopo y Responsable de Calidad, J Martín)
 - Formación del Grupo de trabajo (responsables: Supervisora, MJ Chopo y Responsable de Calidad, J Martín)
 - Notificación de incidencias y traslado a base de datos (responsables: MIR 2 y enfermeras 2)
 - Discusión con el Responsable de Calidad y acciones correctivas y preventivas.
 - Revisión mensual con Jefe de Servicio y Supervisora de enfermería
 - Información al Servicio (trimestral)

INDICADORES

- Existencia del plan de formación anual (Sí/No)
- Número de reuniones formativas conjuntas/año. Estándar >3/año.
- Reuniones informativas periódicas del Servicio sobre las incidencias y no conformidades. Estándar >3/año.

DURACIÓN

- 1- Plan de formación conjunto (responsables Supervisora, MJ Chopo y Jefe de Servicio, JR Ara)
 - 1a- Formación del Grupo de trabajo: enero 2017
 - 1b- Elección de fechas (periodicidad al menos bimensual) y forma de difusión de la información: enero 2017
 - 1c- Selección de temas y ponentes: enero-febrero 2017
 - vgr:
 - Gestión del riesgo: cuestionario de valoración de riesgos del paciente al ingreso, información, procedimientos de limitación de tratamientos, RCP y desfibrilador...
 - Protocolos clínicos: Ictus, Epilepsia, etc.
 - Evaluación de los objetivos del Servicio
 - 1d- Control de asistencia y evaluación (responsables: enfermería y neurólogo): control de asistencia trimestral y evaluación final en diciembre 2017.
- 2- Incidencias y no conformidades (responsables: Supervisora, MJ Chopo y Responsable de calidad, J Martín)
 - 2a- Formación del Grupo de Trabajo: enero 2017.
 - 2b- Revisión de notificación de incidencias: mensual.
 - 2c- Información al Servicio: trimestral

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0391

1. TÍTULO

MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMAS CERTIFICADO POR LA ISO 9001

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1431

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE RAMON ARA CALLIZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN MARTINEZ JESUS MANUEL
CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS
SERRANO PONZ MARTA
LAMBEA GIL ALVARO
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN
VILLAR TURON RAQUEL
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se establecieron Objetivos e indicadores del Servicio para 2018.
Se planificaron las actividades necesarias para su cumplimentación
Se han revisado periódicamente logros y problemas y se han introducido cambios en la planificación y consecución de los objetivos de acuerdo a las incidencias surgidas: en los objetivos de calidad docente se han producido cambios de tutores y hemos tenido acceso al borrador del nuevo programa de la especialidad de Neurología, lo que ha conducido a la adaptación de las fichas de evaluación al programa lo que ha supuesto cambios en la planificación de actividades. De la misma forma, la implantación e la HC electrónica ha supuesto la paralización momentánea en la implantación de la hoja de evaluación de riesgos del paciente hospitalizado ya que estaba en papel. Se ha solicitado su inclusión en la HCE y se ha facilitado el modelo, pero todavía no ha sido incorporada. Además,
Se ha continuado con las reuniones periódicas programadas del Grupo impulsor de la ISO del Servicio (ver actas), y se ha realizado un análisis periódico de incidencias y no conformidades en las reuniones de este grupo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha completado el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio.
Se ha analizado el grado de cumplimentación de los objetivos así como las dificultades que hemos tenido que afrontar en su desarrollo.
Se ha realizado la auditoría externa de la ISO 9001:2015 con ausencia de NO Conformidades.
Se ha preparado la documentación para la auditoría de la ISO 9001:2015 correspondiente a 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El modelo de la Certificación ISO supone un recurso metodológico que nos ayuda en la mejora continua del servicio que prestamos a los ciudadanos. Ayuda a mantener la "tensión" profesional necesaria para intentar ofrecer en lo posible la mejor práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1431 ===== ***

Nº de registro: 1431

Título
SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMAS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

Autores:
ARA CALLIZO JOSE RAMON, CHOPO ALCUBILLA MARIA-JESUS, MARTIN MARTINEZ JESUS, SERRANO PONZ MARTA, LAMBEA GIL ALVARO, EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, VILLAR TURON RAQUEL, ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1431

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Calidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Neurología del HUMS se encuentra certificado según norma ISO 9001:2008 desde el año 2015. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continua, basada principalmente en el cumplimiento de los objetivos del Servicio así como en el análisis de los indicadores y de las incidencias y no conformidades que se detectan junto con la introducción de las mejoras que se consideren pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Alcanzar el cumplimiento de los objetivos anuales
2. Mantenerse dentro de los estándares establecidos en el conjunto de indicadores del Servicio
3. Introducir las acciones correctivas y preventivas derivadas de las incidencias y NC que se detecten

MÉTODO

- Mantenimiento de la Certificación ISO 9001:2008

GENERALES

- 1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2017.
- 2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
- 3- Revisión trimestral de logros y problemas
- 4- Introducción de los cambios necesarios

ESPECÍFICAS

1. Creación del Grupo impulsor de la ISO del Servicio (que absorberá también las funciones del anterior Grupo de Calidad)

INDICADORES

Los objetivos e indicadores están especificados en la documentación de la ISO del Servicio

DURACIÓN

Planificación y evaluación de objetivos e indicadores establecidos en la documentación ISO del Servicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1431

1. TÍTULO

SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

Fecha de entrada: 27/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA SERRANO PONZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS
MARTIN MARTINEZ JESUS
LAMBEA GIL ALVARO
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN
VILLAR TURON RAQUEL
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA
ARA CALLIZO JOSE RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2017.
- 2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
- 3- Revisión trimestral de logros y problemas
- 4- Control de incidencias y No conformidades
- 5- Introducción de los cambios necesarios
- 6- Creación del Grupo impulsor de la ISO del Servicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Objetivos de 2017 monitorizados, evaluados y planificadas las correcciones y mejoras para 2018.
- Incidencias y No conformidades analizadas y establecidos los cambios oportunos
- Creación del Grupo Impulsor de la ISO en sustitución del Grupo de Mejora de la Calidad del Servicio el 8/8/2017
- Realización, análisis y establecimiento de cambios tras las encuestas realizadas a clientes externos en consultas y hospitalización y a clientes internos.
- Revisión de los indicadores de 2017 y introducción de cambios para 2018 una vez se disponga de la información completa.
- Programa de sesiones docentes acreditado realizado y evaluado.
- El 13 de febrero de 2018 hemos pasado la Auditoría interna sin apreciarse nuevas NO conformidades (queda pendiente de cierre una previa NC que recoge la necesidad de una enfermera en las consultas de capacitación específica)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo Impulsor de la ISO se revela como una estructura muy útil para el correcto seguimiento de los objetivos de Calidad del Servicio así como para el análisis de incidencias y no conformidades antes de su traslado al resto del Servicio. Facilita además la integración de acciones conjuntas entre enfermería y facultativos. La monitorización de los objetivos, de las incidencias, No conformidades y de los resultados de las encuestas de los clientes permite establecer los cambios necesarios para mejorar la práctica asistencial, así como la docencia e investigación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1431 ===== ***

Nº de registro: 1431

Título
SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

Autores:
ARA CALLIZO JOSE RAMON, CHOPO ALCUBILLA MARIA-JESUS, MARTIN MARTINEZ JESUS, SERRANO PONZ MARTA, LAMBEA GIL ALVARO, EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, VILLAR TURON RAQUEL, ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1431

1. TÍTULO

SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Calidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Neurología del HUMS se encuentra certificado según norma ISO 9001:2008 desde el año 2015. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continua, basada principalmente en el cumplimiento de los objetivos del Servicio así como en el análisis de los indicadores y de las incidencias y no conformidades que se detectan junto con la introducción de las mejoras que se consideren pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Alcanzar el cumplimiento de los objetivos anuales
2. Mantenerse dentro de los estándares establecidos en el conjunto de indicadores del Servicio
3. Introducir las acciones correctivas y preventivas derivadas de las incidencias y NC que se detecten
.

MÉTODO
- Mantenimiento de la Certificación ISO 9001:2008

GENERALES
1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2017.
2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
3- Revisión trimestral de logros y problemas
4- Introducción de los cambios necesarios

ESPECÍFICAS
1. Creación del Grupo impulsor de la ISO del Servicio (que absorberá también las funciones del anterior Grupo de Calidad)

INDICADORES
Los objetivos e indicadores están especificados en la documentación de la ISO del Servicio

DURACIÓN
Planificación y evaluación de objetivos e indicadores establecidos en la documentación ISO del Servicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1242

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE JORGE ARTAL ROY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERBERT MEZA HERBERT DANIEL

SERRANO PONZ MARTA

MARTA MORENO JAVIER

PUERTO BARNETO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó el curso presencial de formación en neurosonología para neurólogos y neurólogos en formación en nuestra comunidad autónoma. Fue impartido en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza en las fechas 3-4, 10 y 11 de Mayo de 2018. El día 3 y 10 se impartieron clases teóricas en horario de 17:00 a 21:00 horas. Los días 4 y 11 se realizaron las sesiones prácticas dividiendo a los alumnos por parejas de tal forma que rotaban de forma consecutiva por 5 "estaciones". En cada estación un profesor enseñaba una determinada técnica y posteriormente los alumnos realizaban dichas pruebas a pacientes ingresados en nuestro servicio previo consentimiento de los mismos y sus familiares.

Como docentes participaron profesionales del Hospital Universitario Miguel Servet, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y hospital San Jorge de Huesca.

El curso fue dotado con 4 créditos de formación continuada y quedó registrado dentro de la oferta de formación de calidad por parte del P.A.I.A.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El curso fue realizado de forma satisfactoria participando 12 adjuntos y 8 residentes en formación. Hubo una muy buena participación como en otros años en los que ha sido realizado el curso.

Se realizaron encuestas de satisfacción y se pasaron las hojas de asistencia . Todos los alumnos cumplieron con los requisitos de asistencia y con el nivel de conocimientos requeridos al final del curso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De nuevo la realización del curso tuvo una muy buena aceptación lo que refleja la necesidad por parte de los Neurólogos de nuestra comunidad de mantenerse actualizados en esta técnica.

Este curso ayuda de forma muy importante a estandarizar las exploraciones, resolver problemas técnicos y mantener comunicación entre los distintos profesionales que de forma habitual realizan esta prueba en su práctica clínica diaria.

Desde el plan de atención al ictus Aragón se promueve la realización de este curso cada 2 años como complemento en formación y actualización de los neurólogos de nuestra comunidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1242 ===== ***

Nº de registro: 1242

Título
OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

Autores:
ARTAL ROY JORGE, TEJADA MEZA HERBERT DANIEL, SERRANO PONZ MARTA, MARTA MORENO JAVIER, PUERTO BARNETO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: enfermedad cerebrovascular
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1242

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

PROBLEMA

La utilización del ecodoppler carotideo en el diagnóstico de las enfermedades cerebrovasculares se realiza desde principios de los años 90. La neurosonología ha demostrado ser una herramienta eficaz para la detección de patología cerebrovascular convirtiéndose en un recurso básico en la práctica clínica diaria evitando la utilización de otras técnicas diagnósticas como la arteriografía, angioTAC o angioRNM cerebral y de troncos supra-aórticos que son de mayor complejidad, requieren más medios técnicos, tiempo, suelen requerir la utilización de contrastes y en ocasiones resultan cruentas (como es el caso de la arteriografía) . Dicha técnica ha ido desarrollándose en los últimos años apareciendo gran cantidad de aplicaciones que requieren una formación adecuada del profesional para su correcta interpretación. Desde el comité del Programa de Atención al Ictus de Aragón (PAIA), promovido por el SALUD y en el que participan neurólogos de todos los sectores sanitarios, se están promoviendo acciones encaminadas a mejorar su utilización por parte de los Neurólogos de nuestra comunidad que, por otra parte, encuentran dificultades para obtener formación en este campo. Desde nuestro Servicio de Neurología y en concreto desde la Unidad de Patología Vascular Cerebral y en colaboración con el resto de hospitales de Aragón hemos elaborado un proyecto de mejora para la utilización de dicho recurso basado en una oferta de formación de calidad y homogeneización de procedimientos y criterios diagnósticos. Está sería la tercera edición, con éxito de asistencia y resultados en las dos anteriores. se propone promover este curso cada 2 años desde el PAIA.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es mejorar la formación en esta área de los Neurólogos de Aragón, unificar criterios diagnósticos entre los distintos hospitales de nuestra región, consensuar los protocolos de actuación en las distintas patologías y ampliar las aplicaciones de la neurosonología a otras patologías en las que actualmente no se utiliza a pesar de su indicación

MÉTODO

Los neurólogos del equipo de Ictus del Hospital Universitario Miguel Servet hemos realizado un programa formativo sobre neurosonología en el que participarán profesionales del Hospital de San Jorge de Huesca y del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. El curso irá dirigido a Neurólogos que desarrollen su ejercicio profesional en Aragón. Se contará con 10-12 plazas para el curso que se desarrollará en dos semanas consecutivas. Los jueves se realizarán charlas teóricas de formación y los viernes se realizarán las jornadas prácticas . Para las prácticas, los alumnos serán divididos en grupos de 2 que se distribuirán entre el hospital Clínico Universitario y Hospital Universitario Miguel Servet. Además de la disponibilidad de los ecógrafos de los dos servicios de Neurología, se ha conseguido la cesión de tres ecógrafos para que los alumnos puedan realizar las prácticas de manera más eficiente. Por otro lado se aportará un libro que recoge los protocolos para una correcta exploración en función de la patología estudiada. El libro ha sido editado por el HUMS con participación de neurólogos de otras áreas.

INDICADORES

Con respecto al curso se realizará una encuesta de satisfacción por parte de los alumnos y un examen para ver los conocimientos adquiridos. En la encuesta de satisfacción se considerará un resultado favorable la obtención de un 90% o más de valoraciones positivas de los distintos items. La formación se considerará realizada si el alumno supera el 80% del tiempo de asistencia y el examen teórico .

DURACIÓN

El curso se realizará en dos fases que tendrán lugar en dos semanas consecutivas, las jornadas de formación teórica serán los jueves y las jornadas prácticas los viernes. El examen y la encuesta de satisfacción se realizarán el último día del curso. Se aportará libro de neurosonología editado por nuestro hospital y manual de procedimientos de nuestra Unidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1242

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1257

1. TÍTULO

PLAN DE OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA AL ICTUS HIPERAGUDO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE HERBERT TEJADA MEZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTA MORENO JAVIER
SERRANO PONZ MARTA
ARTAL ROY JORGE
SERAL MORAL PILAR
GROS BAÑERES BELEN
BARRENA CABALLO MARIA ROSARIO
AURE VILLALBA ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones con el equipo de atención al código ictus en julio y noviembre 2018.
- Hicimos dos cursos de capacitación en octubre y noviembre del 2018 para el personal que interviene en la atención del ictus hiperagudo.
- NO pudimos terminar de implementar el sistema de sensores y balizas para la detección automática de los tiempos de atención por problemas técnicos de los dispositivos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivo: Mejorar los tiempos puerta-aguja a una mediana de 45 minutos o menos (ALCANZADO).

Indicadores:

Tiempo puerta-aguja (< o = 45 minutos) = ALCANZAMOS el objetivo con una mediana de 43 minutos.
Tiempo puerta-ingle (< o = 120 minutos) = ALCANZAMOS el objetivo con una mediana de 84 minutos.
Tiempo puerta-TC = NO ALCANZAMOS el objetivo de mediana < o = 25 minutos, pero conseguimos unos 28 minutos (en comparación con 31 minutos del 2017)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que la reingeniería de proceso realizada para mejorar los tiempos de atención ha sido eficiente, hemos conseguido resultados óptimos en los indicadores tiempo puerta-aguja (objetivo principal) y puerta-ingle. Además hemos detectado una medida de mejora para conseguir alcanzar los resultados planteados para el tiempo puerta-TC, medida que creemos factible de implementar dado que disponemos de las herramientas necesarias y consideramos un tema importante de abordar este año, en el marco de un nuevo proyecto de calidad para la optimización de la atención del ictus isquémico agudo.
Respecto a la implementación del sistema de sensores y balizas por problemas técnicos de los dispositivos, no ha podido completarse, siendo este problema, desgraciadamente, ajeno a nuestras competencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1257 ===== ***

Nº de registro: 1257

Título
PLAN DE OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA AL ICTUS HIPERAGUDO

Autores:
TEJADA MEZA HERBERT DANIEL, MARTA MORENO JAVIER, SERRANO PONZ MARTA, ARTAL ROY JORGE, SERAL MORAL PILAR, GROS BAÑERES BELEN, BARRENA CABALLO MARIA ROSARIO, AURE VILLALBA ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1257

1. TÍTULO

PLAN DE OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA AL ICTUS HIPERAGUDO

PROBLEMA

El tiempo es un componente fundamental en la atención al ictus isquémico hiperagudo, a nivel hospitalario, esto implica demorarse no más de 60 minutos (45 minutos de forma optima) entre que el paciente llega a Urgencias y se le administra la fibrinólisis intravenosa (tiempo puerta-aguja) como tratamiento reperfusor y menos de 120 minutos hasta que se inicia el tratamiento endovascular. Para lo cuál es importante una adecuada planificación y monitorización de todos los pasos que se realizan en dicha atención.

RESULTADOS ESPERADOS

Instaurar un sistema optimo de monitorización automática de los tiempos de atención al ictus isquémico hiperagudo (todo código ictus) en el HUMS
Mejorar los tiempos puerta-aguja a una mediana de 45 minutos o menos.

MÉTODO

- Reuniones con el equipo de atención al código ictus (061, enfermería, urgencias, radiología, neurología...) para exponer resultados, reforzar conceptos y proponer mejoras.
- Cursos de capacitación a lo largo del año para el personal que interviene en la atención del ictus hiperagudo.
- Implementación de sistema de sensores y balizas para la detección automática de los tiempos de atención en las distintas instalaciones del hospital por las que pasa un paciente durante la atención al ictus hiperagudo.

INDICADORES

Tiempo puerta-TC (< o =25 minutos)
Tiempo puerta-aguja (< o = 45 minutos)
Tiempo puerta-ingle (< o = 120 minutos)
Número de códigos ictus reperfundidos registrados por sensores y balizas (= o >80)

DURACIÓN

Reuniones semestrales con el equipo de atención al código ictus (061, enfermería, urgencias, radiología, neurología...) para exponer resultados, reforzar conceptos y proponer mejoras --> (SEMESTRALMENTE)
Cursos de capacitación a lo largo del año para el personal que interviene en la atención del ictus hiperagudo--> inicios de JUNIO 2018, mediados de JUNIO 2018, NOVIEMBRE 2018)
Implementación de sistema de sensores y balizas para la detección automática de los tiempos de atención en las distintas instalaciones del hospital por las que pasa un paciente durante la atención al ictus hiperagudo --> (JUNIO 2018).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0709

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

Fecha de entrada: 21/02/2020

2. RESPONSABLE JOSE RAMON ARA CALLIZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN MARTINEZ JESUS
CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS
SERRANO PONZ MARTA
LAMBEA GIL ALVARO
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN
VILLAR TURON RAQUEL
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2019.

2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación

3- Revisión trimestral de logros y problemas

4- Introducción de los cambios necesarios

5- Continuar las reuniones periódicas programadas del Grupo impulsor de la ISO del Servicio

6- Revisar y mejorar el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Ha habido problemas para alcanzar alguno de los objetivos e indicadores previstos: de los 3 objetivos marcados se han cumplido los pasos para la acreditación europea de la Unidad de Ictus (auditoría interna positiva, pendientes de la resolución de la Auditoría externa). Respecto al objetivo de Mejorar las demoras en los centros de especialidades, mediante la aplicación de técnicas de Lean, ya se tenía previsto que continuaría en años sucesivos. En lo que respecta a las actividades de este año, se han identificado 2 procesos fundamentales por su impacto en salud y prevalencia: cefaleas y deterioro cognitivo, se ha formado el grupo de trabajo de cefaleas (Dirección de AP, SubDirección médica HUMS, FEA de AP y Neurología), se han normalizado los criterios de derivación A Primaria-A Especializada y se ha normalizado la información en IC virtual y se ha realizado ya un análisis de índice de resolución por FEA de Neurología, y se continúan con las acciones previstas. En relación al último objetivo, la reacreditación de la Unidad de Esclerosis Múltiple por parte de la Sociedad Española de Neurología (SEN), se ha paralizado por estar en revisión los criterios exigidos por la SEN y no disponer de fondos actuales para el apgo del coste (3000 euros). Se mantiene la Unidad de Esclerosis Múltiple como CSUR del Sistema Nacional de Salud. Respecto a los indicadores hay un cumplimiento general de los disponibles excepto en estancia media del Servicio (actualmente 7,3 en lugar de <7 días, debido al cambio de ingresos de hospital de semana a hospital de día (que no se contabiliza como actividad de ingresados y antes sí).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El mantenimiento del sistema de gestión de la calidad mediante la certificación ISO lo consideramos una pieza fundamental para la correcta realización de nuestro labor profesional. Nos obliga y ayuda a analizar la situación, planificar objetivos, diseñar acciones, medir resultados y reflexionar constantemente sobre lo que estamos haciendo, modificando nuestros planes y acciones en función de cómo evolucionan los resultados e incidencias que surgen. Los miembros del Servicio conocen y participan activamente en las propuestas que se plantean e introducen. El análisis de incidencias y no conformidades se realiza conjuntamente con enfermería a través del grupo impulsor de la ISO lo que mejora la interrelación entre ambos colectivos. Las evaluaciones externas ayudan también a justificar puntualmente esfuerzos extra para cumplir con nuestros objetivos previstos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/709 ===== ***

Nº de registro: 0709

Título
MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0709

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

9001:2015

Autores:
ARA CALLIZO JOSE RAMON, MARTIN MARTINEZ JESUS, CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS, SERRANO PONZ MARTA, LAMBEA GIL ALVARO, EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, VILLAR TURON RAQUEL, ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Neurología del HUMS se encuentra certificado según norma ISO 9001:2008 desde el año 2015. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continua, basada principalmente en el cumplimiento de los objetivos del Servicio así como en el análisis de los indicadores y de las incidencias y no conformidades que se detectan junto con la introducción de las mejoras que se consideren pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Alcanzar el cumplimiento de los objetivos anuales (ya establecidos para 2019)
2. Mantenerse dentro de los estándares establecidos en el conjunto de indicadores del Servicio (ya establecidos para 2019)
3. Introducir las acciones correctivas y preventivas derivadas de las incidencias y NC que se detecten
4. Revisar y mejorar el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio

MÉTODO
- Mantenimiento de la Certificación ISO 9001:2015

GENERALES
1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2019.
2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
3- Revisión trimestral de logros y problemas
4- Introducción de los cambios necesarios

ESPECÍFICAS
1.Continuar las reuniones periódicas programadas del Grupo impulsor de la ISO del Servicio
2. Revisar y mejorar el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio

INDICADORES
Los objetivos e indicadores están especificados en la documentación de la Certificación ISO del Servicio

DURACIÓN
Planificación y evaluación de objetivos e indicadores establecidos en la documentación ISO del Servicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0771

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Fecha de entrada: 25/02/2020

2. RESPONSABLE ALVARO LAMBEA GIL
· Profesión MIR
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TEJADA MEZA HERBERT
LANZAN TAPIA EVA
SAGARRA MUR DANIEL
SERRANO PONZ MARTA
MODREGO PARDO PEDRO
MARRON TUNDIDOR RAFAEL
MARTA MORENO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente se hizo una revisión bibliográfica de los datos útiles en práctica clínica de cada uno de los procedimientos realizados en el laboratorio de neurosonología. Se recogieron los datos que se consideraban de utilidad y se compararon con las plantillas utilizadas hasta la fecha en HP Doctor.

Hasta antes del proyecto, sólo se disponía de una plantilla para Ecodoppler de troncos supraaórticos (EDTSA) y otra para Ecodoppler transcraneal (DTC). El resto de procedimientos son disponibles en formulario de recogida de datos. Se analizó la estructura de las dos disponibles y posibilidades de mejora: las plantillas de HP Doctor disponían de mucho texto libre, que es menos intuitivo para hacer recordar al profesional datos importantes que han de aparecer en el informe final; y hace más difícil de extraer información de forma automática.

Con todo ello se crearon nuevos formularios para su adaptación a Historia Clínica Electrónica (HCE): EDTSA, DTC, test de burbujas, test de reserva hemodinámica y control de pacientes con drepanocitosis. Estos 5 formularios incluyen >90% de toda la actividad realizada en el laboratorio de neurosonología. Otras técnicas realizadas se hacen de forma muy poco frecuente y no programadas, no siendo parte de la Sección de Neurovascular (valoración nervio óptico...), por lo que no vimos la utilidad de homogeneizar dichos informes.

Estos nuevos formularios se revisaron por tres integrantes del plan (A Lambea, H Tejada y J Marta) y se realizó una primera versión en HCE.

Problemas a destacar:

Entre la primera versión y la cumplimentación de las nuevas plantillas hubo más demora de la prevista al tener que adaptar los tiempos de los profesionales que realizan los estudios neurosonológicos con los informáticos del SALUD que se encargan de subsanar errores. Esto ha dificultado cumplimentar los objetivos 2-4 en los tiempos previstos inicialmente, como se indicó en el informe de seguimiento. No obstante, el feedback con los profesionales tras las primeras versiones nos ha permitido hacer más amigable el formulario final y prescindir de datos con menos relevancia clínica, que desanimaban a los neurólogos a usar la nueva plantilla (comparado con la versión de HP Doctor, hay muchas más posibilidades de describir los hallazgos).

Además, hemos conseguido que estas plantillas pasen a estar disponibles a todos los Servicios/Secciones de Neurología de Aragón, habiendo recibido propuestas de mejora de diferentes centros. Tras una nueva reunión en el SALUD tras los registros de diferentes centros, hemos podido cerrar los formularios definitivos en febrero de 2020, quedando ya solo la fase de registro y experiencias finales (objetivo 4).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivo 1: Cumplido al 100%.

Objetivos 2: Se cumple el 80% en la actividad programada del HUMS a partir de 2020. Para ello se ha comparado el registro manual de la auxiliar del laboratorio (E Lanzan) con las técnicas realizadas. Calatayud también nos ha remitido que usa actualmente las nuevas plantillas. Huesca ha comenzado a utilizarlas. Se prevé que con el cierre de la versión definitiva en febrero de 2020 se consoliden definitivamente los nuevos formularios y se extiendan a otros centros.

Objetivo 3: Se cumple el 80% en la actividad programada del HUMS a partir de 2020. Para ello se ha comparado el registro manual de la auxiliar del laboratorio (E Lanzan) con las técnicas realizadas.

Objetivo 4: Sí que se recogieron las propuestas de mejora de formulario que permitió describir las experiencias de actividad y ayudó a realizar la versión definitiva.

Vistos los problemas en el informe de seguimiento para conseguir los objetivos 2 y 3 para febrero de 2020, se ajustó el resultado objetivo a los estudios realizados durante 2020 (cuando ya disponíamos versiones del formulario corregidas, aunque no la definitiva). Se potenció la difusión de las nuevas plantillas al resto de Servicios/Secciones de Neurología, para "lanzarla" directamente a todos los sectores. Se ha visto un buen recibimiento, consiguiendo una fortaleza no esperada del plan inicial, pero que tiene repercusión en la actividad asistencial. Esta difusión se ha facilitado además gracias a la Guardia de Neurovascular de Aragón que tiene con centro base el HUMS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0771

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación

Ha quedado pendiente el objetivo 4 (descripción de la actividad de la unidad), al que no se ha visto de utilidad en ese momento al haber conseguido los objetivos 2 y 3 en el último mes. Será interesante como corte a lo largo del 2020, cuando dispongamos de la plantilla definitiva (prevista para finales febrero 2020 o inicios marzo 2020). Como recomendaciones para futuros planes similares, en el caso de creación de formularios con el SALUD es útil encontrar un interlocutor directo al inicio del proyecto, para hacer más ágil la actualización de las versiones. Para su replicación, los formularios están disponibles en HCE y de ahí se podrán extraer informes realizados con los mismos.

7. OBSERVACIONES.

Si tiene alguna duda o necesita aclaración, también puede escribir en este apartado. Estamos muy satisfechos con los objetivos alcanzados, al haber pasado de un proyecto del Sector II a un modelo que va a poder ser utilizado por todos los Sectores Sanitarios, con buen recibimiento. Además, el número de actividades registradas en HCE está aumentando de forma considerable en el último mes, por lo que creemos que la nueva versión se consolidará como el informe definitivo para diferentes laboratorios de neurosonología de Aragón. Aunque hay objetivos iniciales por cumplir, viendo que los nuevos formularios se están consolidando; decidimos cerrar el proyecto al finalizar en los próximos meses el contrato con el SALUD del profesional responsable.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/771 ===== ***

Nº de registro: 0771

Título
ADAPTACION DEL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Autores:
LAMBEA GIL ALVARO, TEJADA MEZA HERBERT, SAGARRA MUR DANIEL, MARTA MORENO JAVIER, SERRANO PONZ MARTA, LANZAN TAPIA EVA, MARRON TUNDIDOR RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente los informes de neurosonología se realizan a través de la plataforma HP-Doctor con unas plantillas pre-redactadas para las técnicas más frecuentes: ecodoppler de troncos supraaórticos (EDTSA) y doppler transcraneal (DTC). Estas están vigentes desde hace 5 años, pero su formato da pie a una variabilidad en el registro y dificulta la explotación de los datos para uso interno. Nuestro registro de peticiones, hasta ahora solo recoge el número de estudios realizados, sin capacidad para analizar si se trata de una actividad programada o no.

Aprovechando el cambio a la nueva plataforma de Historia Clínica Electrónica, vemos de utilidad actualizar y crear plantillas para todas las técnicas realizadas en este nuevo formato. Esto permitirá una homogeneización de la actividad, mayor eficiencia y un análisis del registro de cara a realizar recomendaciones de mejora y adaptaciones del trabajo diario del laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Revisión, actualización y creación de plantillas.
2. Registro de actividad y resultados.
3. Homogeneizar el registro y la labor asistencial de las pruebas neurosonológicas.
4. Explotar los resultados obtenidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0771

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Población diana: pacientes con solicitud de prueba neurosonológica.
Servicio al que va dirigido: Sección Neurovascular (Servicio Neurología). Mejorar el trabajo diaria del laboratorio de neurosonología.

MÉTODO

Adaptaremos nuestras plantillas ajustándonos a las recomendaciones de la Sociedad Española de Neurosonología sobre la información de interés en cada registro. Estas se adaptarán al formato de HCE y se procederá a formar en su cumplimentación a los diferentes FEAs (al menos 1 reunión conjunta y un "taller" individual a cada FEA de la sección). Tras 1 mes de eogcid de datos en la nueva plataforma, se revisarán los resultados obtenidos y en cso de apreciar errores se sugerirán cambios en la plantilla de HCE y/o volver a formar a los FEAs. Los resultados definitivos serán analizados a final de año para conocer la actividad real de nuestro laboratorio de neurosonología y poder plantear recomendaciones de mejora continua.

INDICADORES

Objetivo 1. Número de plantillas tipo / número total de técnicas habituales realizadas. Índice actual: ND.

Obejtivo: 100%.

Objetivo 2. Número de actividades registradas en HCE / número registro manual (%). Índice actual: ND. Obejtivo: 80%.

Objetivo 3. Número de registros adecuadamente cumplimentados (total y por facultativo) / número total de registros. Índice actual: ND. Obejtivo: 80%.

Objetivo 4. Un trabajo descriptivo con la actividad y resultados del laboratorio. Índice actual: No disponible. ObjEtivo: Sí (1 trabajo).

DURACIÓN

Fecha de inicio: 01 de marzo de 2019. Fecha de finalización: 01 de marzo de 2020.

1. Creación de nuevas plantillas: A LAMBEA, H TEJADA. MARZ-ABRIL
2. Adaptar las plantillas a la Historia Clínica Electrónica: H TEJADA, R MARRÓN MAYO y revisión en SEPTIEMBRE
3. Formación del personal en la cumplimentación: A LAMBEA, H TEJADA JUNIO y revisión en SEPTIEMBRE.
4. Cumplimentación de nuevas plantillas: J MARTA, H TEJADA. JULIO-DICIEMBRE
5. Análisis de la información recogida: Á LAMBEA. ENERO 2020.
6. Realizar recomendaciones y adaptaciones: H TEJADA, J MARTA. FEBRERO 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0901

1. TÍTULO

ESCUELA DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ELA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN EXPOSITO SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAPABLO LIESA JOSE LUIS
JARNE ESPARCIA AUXILIADORA
GASCON PELEGRIN JOSE MANUEL
LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO
PEZONADA UTRILLA ELVIRA
GARCIA RUBIO MARIA JOSE
BOROBIO LAZARO ALMUDENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El ámbito temporal del estudio abarcó desde el 1 de febrero hasta el 31 de octubre de 2019. La captación de los participantes diagnosticados de ELA se realizó desde la consulta de enfermería del servicio de neurología del Hospital Universitario Miguel Servet, a la cual accedían tras consulta médica.

Tras aceptar participar en el estudio, se valoró a aquellos pacientes cuyo grado de dependencia fue leve o moderado, utilizando para ello el índice de Barthel y las escalas ALSFSR-R y ALSCBS, ya descritas en el proyecto.

De la misma forma, se invitó a participar en el estudio a sus cuidadores principales. Aquellos que aceptaron, tras analizar los resultados obtenidos del grado de dependencia del paciente, fueron categorizados según el grado de atención que precisaban/demandaban, evaluando sus necesidades con la escala FNQ.

Esta captación se realizó durante los meses de febrero y marzo.

Una vez evaluadas las necesidades, tanto de los pacientes como de los cuidadores, se realizó una intervención basada en tres talleres formativos teórico - prácticos, a los cuales se invitó a participar a otros profesionales implicados en la asistencia y cuidado de estas personas, creando un grupo multidisciplinar. La planificación de los talleres (objetivos a alcanzar, contenido, fechas, lugar, hora, recursos materiales necesarios y recursos humanos disponibles) se realizó siguiendo el cronograma correspondiente.

Esta actuación se ha contemplado como una intervención piloto cuyo objetivo era valorar su eficacia y detectar puntos de mejora a aplicar en los sucesivos grupos. Así mismo, los resultados de este proyecto han sido presentados en el XXVI Congreso Anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica y II Congreso Internacional de Enfermería Neurológica, celebrado en Sevilla en noviembre de 2019.

En estos momentos, existe un manuscrito en proceso de revisión por pares para su publicación en la Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (Sedene).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La muestra del estudio piloto estuvo formada por ocho pacientes y sus cuidadores no profesionales que cumplían los criterios de exclusión y accedieron a participar en el estudio firmando el consentimiento informador.

Los resultados obtenidos según los indicadores fijados fueron:

- Para el primer indicador medido, el porcentaje obtenido ha sido del 28,57%, lo que equivale a decir que, de un total de 28 pacientes han contestado al cuestionario 8 pacientes/cuidadores.
- Respecto al segundo indicador medido, el porcentaje de necesidades resueltas tras los talleres teórico-prácticos ha sido del 90%, cifra que supera el 25% que nos habíamos planteado para este proyecto.
- El tercer indicador medido muestra que de 40 necesidades detectadas mediante la escala de FNQ, la necesidad de la información médica/salud y la necesidad de implicación en el tratamiento y cuidados de los pacientes son las que obtuvieron la puntuación más alta con un 96,25% y 99,25% respectivamente. Las dos necesidades que puntúan más bajo son las necesidades de apoyo emocional (70,5%) y apoyo instrumental (71,75%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo multidisciplinar en la aplicación de la intervención permite alcanzar los objetivos planteados desde distintas perspectivas, lo que hace más eficiente la misma.

Las principales necesidades que los cuidadores perciben como más importantes van dirigidas, en primer lugar, a recibir información médico-sanitaria adecuada, seguido de la necesidad de un aprendizaje previo para que su implicación, tanto en la administración del tratamiento como en el cuidado del paciente, sea segura.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0901

1. TÍTULO

ESCUELA DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ELA

En la mayoría de los casos los cuidadores anteponen las necesidades de los familiares cuidados a las suyas propias, lo que a la larga los lleva a adquirir patologías que, de forma indirecta, influyen en los pacientes. Por todo esto la atención de enfermería debe centrarse en el binomio paciente/cuidador como un ente indivisible.

Creemos necesario incorporar a las consultas este tipo de intervenciones directas desde el diagnóstico, por su capacidad de localizar y hacer localizables las futuras necesidades que, de no ser resueltas, acarrearán problemas derivados del cuidado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/901 ===== ***

Nº de registro: 0901

Título
ESCUELA DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ELA

Autores:
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, CAPABLO LIESA JOSE LUIS, JARNE ESPARCIA AUXILIADORA, GASCON PELEGRIN JOSE MANUEL, LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO, PEZONADA UTRILLA ELVIRA, GARCIA RUBIO MARIA JOSE, BOROBIO LAZARO ALMUDENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CUIDADORES DE PACIENTES CON ELA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad del sistema nervioso caracterizada por una degeneración progresiva de las neuronas motoras. La consecuencia de esto es una debilidad muscular que avanza hasta la parálisis. Amenaza la autonomía motora, la comunicación oral, la deglución y la respiración.

La ELA requiere de un tratamiento especializado multidisciplinar, ya que esta enfermedad produce un gran impacto en el paciente y en su entorno familiar, tanto a nivel emocional como a nivel social y económico. Se genera una labor asistencial que es asumida por los cuidadores, que generalmente son las propias familias.

Para que el cuidador no profesional pueda atender de una forma independiente al paciente, necesita de conocimientos y habilidades que le permitan satisfacer todas las necesidades de la vida diaria del paciente. Todo esto conlleva una gran carga emocional, por la responsabilidad de cuidar a un ser querido. Es una tarea que en muchos casos produce sobrecarga, con poco reconocimiento social, y lleva asociado un riesgo para la salud del cuidador que puede llegar a interferir en su vida personal, social y laboral. Desde la unidad especializada de ELA se debe aportar al paciente y a la familia una seguridad, un acompañamiento, formación e información esencial en caso de duda, y capacitar al cuidador para la atención del paciente y de su propio autocuidado. Así se podrá mejorar la calidad de la atención domiciliaria y reducir el estrés del cuidador.

RESULTADOS ESPERADOS

- Determinar las necesidades de los cuidadores no profesionales de pacientes con ELA (cuestionario de Kreutzer).
- Dotar de herramientas a un cuidador no profesional para realizar los cuidados de un paciente con ELA: actividades básicas, actividades instrumentales y comunicación alternativa.
- Identificar situaciones en el desarrollo del cuidado del paciente que precisen de ayuda profesional.
- Proporcionar a los cuidadores estrategias para su autocuidado y el bienestar, para poder cubrir la atención necesaria y de calidad de la persona afectada de ELA.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0901

1. TÍTULO

ESCUELA DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ELA

La población diana serán los cuidadores no profesionales de los pacientes con ELA, mayores de 18 años, que son atendidos en la unidad de ELA del hospital Miguel Servet.

Para alcanzar los objetivos marcados en el proyecto se realizarán:

- Identificación de las necesidades de los cuidadores: cuestionario de Kreutzer, tanto en la primera visita como tras la formación.
- Sesiones formativas individuales, estructuradas para facilitar el aprendizaje.
- Sesiones prácticas (talleres) para que los cuidadores adquieran las habilidades necesarias para el desarrollo de la atención del paciente con ELA.
- Sesiones educativas grupales. Se seleccionará a los cuidadores en base a las necesidades similares de los pacientes a quienes atienden.

La organización se realizará con un cronograma estructurado de las sesiones educativas. Los talleres y sesiones grupales serán de forma mensual, los miércoles. Por el contrario, las individuales serán charlas educativas adaptadas a las necesidades de aprendizaje del cuidador, y se realizarán en la primera visita o cuando haya cambios en las necesidades del paciente.

Para conocer las necesidades de cuidados que van a precisar tanto el paciente como el cuidador se elaborará en la primera visita un plan individualizado de atención. El enfermero/a hará una valoración de la situación actual y necesidades para ver los cuidados según el grado de afectación y autonomía de la persona dependiente, así como necesidades del cuidador, tanto en el aspecto de sus propios cuidados como a la hora de mejorar su labor de atención al paciente.

Una vez recopilada y puesta en común la información con el resto del equipo se planificará las sesiones formativas, tanto individuales como grupales, así como la necesidad de acudir a otros profesionales de forma multidisciplinar.

INDICADORES

Se evaluará el porcentaje de necesidades del cuidador en la primera visita así como las necesidades resueltas tras la formación.

- N° de pacientes con ELA a la que se le pasa el cuestionario a su cuidador principal en la primera visita / N° total de pacientes con ELA en la unidad.
- N° de necesidades de cuidadores familiares resueltas tras la formación/ N° de necesidades detectadas en la primera visita.
- Tipo de necesidades detectadas más frecuentes /N° total de necesidades

Una mejora del 25% respecto a los resultados obtenidos después de realizar sesiones/ talleres formativos se consideraría satisfactoria.

DURACIÓN

La duración del proyecto se estima que será desde mayo de 2019 a mayo de 2020 .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0228

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBSTETRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ANA PILAR BRUN VALVERDE
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAVIÑA CASTAN ANA BELEN
BERGES PEREZ RUTH
MARCHADOR PINILLOS BEATRIZ
SEBASTIAN GURRIA MARIA ISABEL
ORTEGA LACAMBRA ELENA
COMET BERNAD MACARENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Junio-Octubre 2016: Actualización de póster, revisando últimos protocolos de la unidad
Noviembre 2016: Presentación a personal implicado
Diciembre 2016: Elaboración de encuestas de utilidad
Enero- Marzo 2017: Realización de encuestas sobre utilidad del póster al personal susceptible de utilizarlo
La encuesta realizada constaba de 6 preguntas en las que se valoraba utilidad, claridad explicativa, adecuación de contenido, grado de actualización de la información y accesibilidad/visibilidad del póster. La escala utilizada en las respuestas fue tipo Likert de 5 ítems.
Tras la encuesta se realizaron mejoras pertinentes (modificación tamaño letra, resalte pauta administración...) atendiendo a las observaciones de las encuestas realizadas.

Material utilizado:

- Fotocopias encuestas
- Impresión de poster para cada uno de los Servicios (Paritorio, Plantas 5º,6º y 7º HMI). Pendiente de impresión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La encuesta realizada constaba de 6 preguntas en las que se valoraba utilidad, claridad explicativa, adecuación de contenido, grado de actualización de la información y accesibilidad/visibilidad del póster. La escala utilizada en las respuestas fue tipo Likert de 5 ítems.
El resultado de las encuestas fue satisfactorio en relación a la valoración de la utilidad, claridad explicativa, contenido adecuado y actualizado, siendo considerado por la mayoría del personal una herramienta útil en su trabajo diario. Precisaría de una mayor difusión y de una ubicación adecuadas en la 5º planta del Hospital Materno Infantil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el póster sobre administración segura de fármacos en obstetricia es una herramienta útil en nuestro trabajo diario, que precisa de una revisión y actualización continua.
Es preciso encontrar una ubicación adecuada de este recurso para que su consulta sea fácil y accesible.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/228 ===== ***

Nº de registro: 0228

Título
ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBSTETRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO

Autores:
BRUN VALVERDE ANA PILAR, LAVIÑA CASTAN ANA BELEN, BERGES PEREZ RUTH, MARCHADOR PINILLOS BEATRIZ, SEBASTIAN GURRIA ISABEL, ORTEGA LACAMBRA ELENA, COMET BERNAD MACARENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0228

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBSTETRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cambio en los protocolos de administración de algunos fármacos utilizados en nuestro medio hace imperativa la revisión y actualización del " poster sobre administración segura de fármacos en obstetricia". Como se señalo en proyectos anteriores se pretende disminuir la variabilidad en las formas de administración segura de los fármacos, lo que implica una mejora de la calidad asistencial. Así mismo se pretende conocer la utilidad de dicho poster como herramienta para el personal habitual del servicio como aquel que trabaja en el de forma más eventual.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la seguridad de la gestante/ paciente
- Disminuir la variabilidad en la administración
- Disminución incidentes/ accidentes
- Aumento de la detección de reacciones adversas
- Conocer los nuevos protocolos de administración de fármacos en obstetricia

MÉTODO

- Revisión y actualización de póster por los miembros que forman parte del proyecto
- Presentación del mismo en las diferentes unidades de Obstetricia del Hospital Miguel Servet.
- Realización de encuesta sobre utilidad del mismo a los/as profesionales implicados en la administración de estos fármacos
- Reunión para valoración global del proyecto

INDICADORES

- Conocimiento de la actualización del póster entre enfermeras y matronas de las Unidades de Obstetricia
- Enfermeras que conocen su actualización /nº total de enfermeras
- Enfermeras en formación que conocen su actualización /nº total de enfermeras
- Matronas que conocen su actualización/nº total de matronas
- Residentes de Matrona que conocen su actualización/nº total de matronas
- Enfermeras que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de enfermeras
- Enfermeras en formación que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de enfermeras en formación
- Matronas que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de matronas
- Residentes de matrona que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de residentes de matrona

DURACIÓN

Junio-Octubre 2016: Revisión y actualización de poster
Octubre: Presentación a personal implicado
Noviembre2016-Enero 2017: Uso del mismo y realización de encuestas
Febrero 2017: Evaluación de indicadores

OBSERVACIONES

Recursos económicos necesarios: Los derivados de la impresión de los poster para los servicios implicados en los cuidados de la gestante

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0254

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PUERPERAS EN LAS PLANTAS DE TOCOLOGIA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE JAVIER HERNANDEZ PEREZ
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE PARDOS MARIA SUSANA
GALE EDERRA IDOYA
ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIONES TRIMESTRALES (OCTUBRE 2016, ENERO 2017, ABRIL 2017, JULIO 2017, OCTUBRE 2017, ENERO 2018). EN CADA REUNION SE ELABORÓ UN BORRADOR SOBRE UN TEMA DEL FOLLETO EDUCATIVO Y SE PLANTEÓ EL TEMA A TRATAR EN LA SIGUIENTE REUNION.
HEMOS ELABORADO LOS SIGUIENTES TEMAS PARA EL FOLLETO: CUIDADOS PERINEALES, LACTANCIA MATERNA, LACTANCIA MIXTA, LACTANCIA ARTIFICIAL, USO DEL SACALECHES, CONSERVACION DE LA LECHE EXTRAIDA, CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, Y RECOMENDACIONES AL ALTA.
SE HA ELABORADO UN BORRADOR DEL FOLLETO QUE ESTÁ PENDIENTE DE SU REVISIÓN FINAL Y MAQUETACIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HA ELABORADO UN BORRADOR DEL FOLLETO BASÁNDONOS EN REVISIONES SISTEMATICAS DE CADA UNO DE LOS TEMAS TRATADOS. EL BORRADOR ESTA PENDIENTE DE SU REVISIÓN Y MAQUETACIÓN.
UNA VEZ FINALIZADO SE LLEVARÁ A CABO SU TRADUCCIÓN AL INGLÉS, FRANCES, ÁRABE, RUMANO Y CHINO.
SE PREVEE QUE LA ENTREGA DE LOS FOLLETOS EDUCATIVOS A LAS PUERPERAS COMIENZE EN JUNIO DE 2018. SE VALORARÁ SU ENTREGA EN FORMATO PDF PARA EVITAR GASTOS DE IMPRESIÓN.
SE INTENTARÁ EVITA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL PROYECTO HA REQUERIDO MAS TIEMPO PARA SU ELABORACIÓN DEL QUE ESTABA PREVISTO EN EL CALENDARIO INICIAL. A PESAR DE ELLO, EL PROYECTO HA SIDO MUY ENRIQUECEDOR PARA EL EQUIPO A NIVEL PERSONAL Y FORMATIVO.
QUEDA PENDIENTE LA TRADUCCIÓN DEL TEXTO, CON LA DIFICULTAD DE LA TRADUCCIÓN A LENGUAS MENOS COMUNES COMO EL CHINO Y EL ÁRABE.
EL PROYECTO SERÁ MUY POSITIVO A NIVEL DE LA PACIENTE YA QUE AYUDARÁ A FIJAR LA INFORMACIÓN VERBAL QUE SE LE DA DURANTE EL INGRESO. Y SERÁ POSITIVO PARA EL PERSONAL DE LAS PLANTAS DE TOCOLOGÍA YA QUE SUPONDRÁ UNA HERRAMIENTA EDUCATIVA PARA EL PERSONAL NUEVO EN EL SERVICIO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/254 ===== ***

Nº de registro: 0254

Título
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PUERPERAS EN LAS PLANTAS DE TOCOLOGIA

Autores:
HERNANDEZ PEREZ JAVIER, LAFUENTE PARDOS MARIA SUSANA, GALE EDERRA IDOYA, ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS MARIA LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0254

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PUERPERAS EN LAS PLANTAS DE TOCOLOGIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las mujeres que dan a luz en nuestro hospital reciben educación para el cuidado de su salud y el de su bebé durante los 2-4 días de su ingreso hospitalario. Esta información es proporcionada diariamente por una matrona de forma oral e individualizada.

Las pacientes y sus familiares nos han comunicado en varias ocasiones la posibilidad de dar esta información por escrito porque muchas veces están cansadas tras el parto y no se sienten con capacidad de asimilar toda la información dada.

Además, la carga asistencial de la matrona es muy alta, ya que da educación a las púerperas de tres plantas hospitalarias, por lo que el tiempo destinado a cada mujer es limitado.

Por ello, hemos decidido que dicha información sea plasmada en un folleto informativo, que aunque no sustituya a la educación oral diaria, sirva para que la paciente y su familia pueda recordar todo lo que se le ha explicado y fije dichos conocimientos.

Además, dicha información servirá para que el personal de la planta se forme en cuidados puerperales, consiguiendo que todos los profesionales sanitarios que trabajan en dichas plantas aporten la misma información.

RESULTADOS ESPERADOS

Reforzar la Educación puerperal de las plantas de Puerperios del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

MÉTODO

Elaboraremos un folleto informativo con las indicaciones para el cuidado tras el parto y puerperio, así como de los cuidados generales del recién nacido.

Dicha información será traducida al inglés, francés, rumano, árabe y chino, para conseguir abarcar a la mayor población no castellano parlante.

INDICADORES

A las púerperas se les realizará una encuesta en el momento del alta hospitalaria para conocer su valoración del folleto. Esta encuesta será llevada a cabo por la matrona del puerperio el primer lunes de cada mes durante el tiempo que dure el proyecto de calidad. Además, dicha encuesta recogerá sugerencias sobre nuevos temas a incorporar en el folleto informativo que serán evaluadas al finalizar el proyecto.

DURACIÓN

- Noviembre de 2016: Elaboración del folleto y su traducción a los diferentes idiomas, así como elaboración de la encuesta de evaluación.

- Desde 1 Diciembre de 2016 hasta 31 de Septiembre de 2017: Inicio del reparto de folletos informativos

- Reunión evaluadora del proyecto: Segunda quincena de Septiembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0272

1. TÍTULO

REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LACOMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA OLIVAN LAMBEA
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AMAYAS LORAO REBECA
VIÑERTA SERRANO ESTHER
LAVIÑA CASTAN ANA BELEN
SERRANO IBAÑEZ MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Análisis de las necesidades comunicativas en el Servicio con pacientes con dificultades idiomáticas y encuesta.
- Diseño del proyecto y reparto de tareas por equipos. Definición de los cuatro equipos.
- Reparto de tareas entre los miembros del equipo.
- Puesta en común posterior y presentación al resto de equipos.
- Consenso de las actividades hechas de cada miembro de cada equipo.
- Consenso de las actividades entre equipos. Con reuniones seriadas y programadas.
- Presentación del Proyecto en las Jornadas de Calidad de Junio de 2016 en formato comunicación.
- Aprobación de su impresión por parte de la Dirección de Enfermería, Gerencia y Dirección de Gestión.
- Edición de los cuadernos.
- Presentación a los profesionales y la prensa (27 de Noviembre de 2017)
- Entrevistas en Medios de Comunicación en días posteriores.
- Reparto de los Cuadernos a los distintos servicios.
- Comienzo en el uso de los Cuadernos de comunicación.
- Elaboración, compra del dominio y puesta en marcha de la página pictopartos.es

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Todavía es pronto para evaluar los resultados.
- Los cuadernos se están utilizando en estos momentos y empezando a ver si realmente son útiles tal y como se han elaborado
- Hasta la fecha actual se han utilizado al 100% de las situaciones detectadas
- Las personas a las que se les ha aplicado la comunicación con Pictogramas se han sentido informadas de sus procesos facilitándoles una asistencia integral
- Existe un uso libre de los cuadernos en la página pictopartos.es; en noviembre hubo 453 visitas, en diciembre 1254 y en enero 475, hasta fecha actual

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La valoración de todos los miembros del equipo es que está siendo una experiencia muy gratificante.
- Pensamos que este proyecto está siendo útil en la medida en que vaya siendo utilizado con una mayor frecuencia; así mismo, iremos diseñando mejoras en los cuadernos y modificándolos a medida que sea necesario, teniendo en cuenta la opinión de los profesionales que los están usando.
- En la implementación del proyecto, dependemos de la cantidad de mujeres que acudan a nuestro servicio y no hablen nuestro idioma.
- Recomendamos una mayor divulgación de los cuadernos para que puedan ser utilizados tanto en Atención Primaria como en otros hospitales de nuestra Comunidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0272

1. TÍTULO

REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/272 ===== ***

Nº de registro: 0272

Título
REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

Autores:
OLIVAN LAMBEA CRISTINA, SERRANO IBAÑEZ CARMEN, VIÑERTA SERRANO ESTHER, LAVIÑA CASTAN ANA BELEN, AMAYAS LORAO REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la sección de Puerperio del HUMS atendemos un alto número de madres extranjeras (21'33%). Nos dimos cuenta de que muchas de las señoras que vienen a parir a nuestro hospital no pueden comunicarse con nosotros.
Algunas entienden poco castellano, y hablan menos aún.
En algunos casos vienen con sus maridos haciendo de "traductores espontáneos", aunque a nosotras nos queda la duda de si realmente les transmiten la información que les damos o la que ellos entienden o la que quieren darles (sobre todo con el tema de lactancia materna o cuidados puerperales).
El puerperio es un momento tan importante en la vida de esa mujer y de esa familia que exige de nosotros el mayor cuidado.
Y la comunicación entre la madre y el equipo que la atiende (auxiliar, matrona, tocólogo y enfermera) es una parte ESENCIAL en el cuidado.
No sólo queremos que entiendan lo que nosotros les decimos.
Queremos entender lo que ellas puedan necesitar, lo que nos quieran decir, sus miedos, su dolor físico o de otro tipo.
Tenemos situaciones muy duras (la muerte fetal es la más grave) en las que nuestro acompañamiento aún debe ser más cercano.
¿Cómo podemos explicar lo que está pasando, cómo podemos decirle a esa mujer qué va a pasar, qué vamos a hacer, ... si no tenemos instrumentos para hablar?

Por eso nos planteamos crear un cuaderno de Pictogramas.
Conocíamos los materiales que se usan en otras CCAA (Andalucía, Galicia, Castilla-León...) y vimos otros que se pueden encontrar en internet.
Pero nos resultaba muy escaso, no cubría todas las necesidades que veíamos.

Así que decidimos hacer un cuaderno para la Planta de Puerperio (5ª y 7ª).

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la comunicación con las puerperas no-castellano parlantes que llegan a nuestro hospital.
- Mejorar la comunicación con las señoras que presenten limitaciones en la comprensión o expresión oral.
- Elaborar un Cuaderno de Pictogramas que explique de forma gráfica cada uno de los pasos que vamos a ir desarrollando en Plantas de Hospitalización de Puerperio).
- Recabar la información necesaria para elaborar la Historia Clínica.
- Que las pacientes puedan transmitirnos sus necesidades y sentimientos.
- Que formulen preguntas libremente.
- Mejorar la atención que les damos y disminuir su miedo.
- Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de puerperio.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0272

1. TÍTULO

REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

- Trabajo en equipo, presencial y online.
- Trabajo de campo fotografiando lugares y material, y situaciones que queremos definir.
- Reuniones con Arasaac.
- Elaboración de dibujos.
- Elaboración de un Cuaderno de Comunicación

INDICADORES

- Encuesta a los profesionales. (El 80% de ellos considerará útil esta herramienta).

DURACIÓN

Inicio: Febrero del 2016 y tenemos previsto publicar el cuaderno en Otoño-Invierno de este año.

14 de Septiembre 2016: Reunión de todos los miembros del equipo de Pictogramas.

Septiembre 2016: Reuniones por Cuadernos.

Septiembre: Reunión con Arasaac para ver la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando.

Octubre: Presentación de los Proyectos de Mejora.

Octubre-Noviembre-Diciembre: maquetación de los Cuadernos.

Diciembre: Impresión de los cuadernos.

Enero 2017: Presentación a los compañeros de nuestro Servicio y a la Dirección y Gerencia del Hospital.

Febrero: Puesta en marcha de los cuadernos.

Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMÁTICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Fecha de entrada: 23/04/2018

2. RESPONSABLE OLIVIA NOELIA BUIL CARRERA
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERDUN PUEYO JULIA
CAMPOS TROL IRENE
IZQUIERDO VILLARROYA JUAN FRANCISCO
LAENCINA LAZARO ROSARIO
MONTSERRAT CANTERA ESTHER
VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Trabajo en equipo, presencial y on-line.
-Fotografías del material y espacios de los servicios, incluyendo simulaciones de las situaciones que se quieren definir.
-Reuniones con Arasaac.
-Elaboración de dibujos.
-Elaboración de los cuatro cuadernos de comunicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Ha facilitado la comunicación y comprensión de las pacientes castellano-parlantes con el personal sanitario.
-Se ha mejorado la comunicación y comprensión del personal sanitario con la población diana.
-Se ha mejorado la atención proporcionada.
-Han disminuido los posibles fallos derivados de un mal intercambio de información.
-Ha aportado una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Actualmente en la unidad de medicina materno-fetal el porcentaje de gestantes extranjeras atendidas supone el 21,33%.
En muchos de estos casos presentan dificultades idiomáticas, interfiriendo en una adecuada relación asistencial. Puesto que la gestación es un proceso esencial en la vida de la mujer y el núcleo familiar, requiriendo del personal sanitario el compromiso de ofrecer la información pertinente y adecuada en cada momento del proceso.
La comunicación entre gestante y el equipo profesional (TCAE, Matronas, Enfermeras y Tocólogos) es una parte esencial en el cuidado.
No sólo se pretende que entiendan lo que el personal quiere transmitir. Es indispensable que los profesionales comprendan lo que la paciente puede necesitar y lo que quiere comunicar al equipo sanitario.
Resolver estas dificultades de comunicación hizo plantear el diseño de un cuaderno de pictogramas. Seguimos evaluando y poniendo en marcha este proyecto día a día en nuestro trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/282 ===== ***

Nº de registro: 0282

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMÁTICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Autores:
VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA, MONTSERRAT CANTERA MARIA ESTHER, CAMPOS TROL IRENE, IZQUIERDO VILLARROYA JUAN FRANCISCO, BUIL CARRERA OLIVIA NOELIA, BERDUN PUEYO JULIA, LAENCINA LAZARO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMÁTICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se atienden a alrededor de un 20% de gestantes cada año con las que en algunas ocasiones existen graves problemas de comunicación.
Las mujeres que están ingresadas en esta Unidad necesitan entender los signos de alarma que les explicamos al ingreso y ante cuya presencia deben avisar al personal de enfermería de la planta. Estos signos están individualizados en función de la causa por la cual está ingresada la mujer. Es importante que nos avisen de cualquier cambio que experimenten a lo largo del ingreso para poder asegurarles unos correctos cuidados de enfermería. En algunos casos la información que nos aporte la mujer será de vital importancia para el buen pronóstico de la salud tanto de la madre como del bebé.

Creemos que el diseño de unos cuadernos de pictogramas puede ayudarnos a profesionales y a pacientes a mejorar la comunicación con este tipo de pacientes garantizando unos adecuados cuidados. Dichos cuadernos englobarán diferentes fotografías y dibujos de los signos y síntomas que más a menudo presentan las mujeres ingresadas en esta unidad, cuidados que deben de llevar a cabo y actuaciones de enfermería. Dichos pictogramas estarán agrupados según los diagnósticos más frecuentes que encontramos en la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la comunicación con las gestantes en las que la barrera idiomática supone limitaciones asistenciales. Facilitar la comunicación con aquellas usuarias que presentan limitaciones en la comprensión o expresión oral. Elaborar un cuaderno de pictogramas que permita recopilar la información necesaria para una correcta cumplimentación de la historia clínica y que recoja de forma gráfica los procedimientos que se van a realizar. Promover la expresión de necesidades y sentimientos por parte de las usuarias, disminuyendo sus temores y ansiedad. Aportar una mayor calidad en la prestación de cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

MÉTODO

Trabajo en equipo del personal implicado, tanto de modo presencial como online.
Trabajo de campo: fotografías de material, entorno y situaciones a definir.
Reuniones colaborativas con personal de ARASAAC (Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa)
Diseño de pictogramas.
Elaboración del cuaderno de comunicación.
Evaluación del procedimiento y resultados.

INDICADORES

Debido al problema de comunicación con las gestantes que no hablan nuestro idioma, existe una gran dificultad en que podamos objetivar su grado de satisfacción respecto a la comunicación con el personal sanitario.

Por este motivo, se elaborará un cuestionario dirigido al personal de la Planta de Medicina Materno-fetal. Se utilizará como indicador el grado de satisfacción que los profesionales de la planta tienen sobre la comunicación con pacientes que no hablan español. Monitorizaremos otros aspectos como la percepción del profesional sobre la actitud del paciente (temor, colaboración...), la influencia que puede tener los problemas de comunicación con el cumplimiento del tratamiento prescrito, la facilidad en la elaboración de la historia clínica... Este cuestionario se compondrá de preguntas cerradas, que se responderán mediante una escala Likert de 5 valores. La misma encuesta se pasará en dos ocasiones, antes de empezar a utilizar los pictogramas y transcurrido un tiempo de su implantación en la planta. Revaluación anual de la pertinencia de los pictogramas existentes y valorar la inclusión de nuevos pictogramas que respondan a las posibles necesidades detectadas.

DURACIÓN

La distribución temporal del anteproyecto propuesto de mejora de la calidad, basada en la elaboración de pictogramas, se ha desarrollado a partir del calendario que se expondrá a continuación.
El trabajo ha sido temporalizado piramidalmente a partir de tres niveles: un primer nivel de coordinación de grupos para implantar la organización y pautas de trabajo a seguir; un segundo nivel centrado en el trabajo por plantas-cuaderno específico, y; un tercer nivel de trabajo personal y/o pequeño grupo conforme a la tarea asignada.

CRONOGRAMA:

Febrero 2016: Inicio proyecto. (Reunión 1-2): jueves 11/ jueves 25
Marzo 2016: R-3: jueves 10
Abril 2016: R-4: jueves 14

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMÁTICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Mayo 2016: R-5: miércoles 11
Junio 2016: R-6: miércoles 8
Septiembre 2016: Reuniones por cuadernos: martes 6
Reuniones con ARASAAC: martes 20/martes 27
Octubre 2016: Presentación del proyecto.
Noviembre 2016: Maquetación.
Diciembre 2016: Impresión.
Enero 2017: Presentación al Personal del Servicio, Dirección y Gerencia del Hospital.
Febrero a junio 2017: Puesta en marcha del cuaderno.
Junio 2018: Revisión y evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMÁTICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE NELIA VILLUENDAS FERNANDEZ
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTSERRAT CANTERA ESTHER
CAMPOS TROL IRENE
IZQUIERDO VILLARROYA JUAN FRANCISCO
BUIL CARRERA OLIVIA NOELIA
BERDUN PUEYO JULIA
LAENCINA LAZARO ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas en el proyecto han sido:

- Análisis de las necesidades comunicativas en el Servicio con pacientes con dificultades idiomáticas y encuesta.
- Diseño del proyecto y reparto de tareas por equipos. Definición de los 4 equipos.
- Realización de los Cuadernos por parte de cada equipo.
- Consenso de las actividades intra equipos y entre equipos. Con reuniones seriadas y programadas.
- Presentación del Proyecto en las Jornadas de Calidad de Junio 2016 en formato Comunicación.
- Aprobación de su impresión por parte de la Dirección de Enfermería, Gerencia y Dirección de Gestión.
- Edición de los Cuadernos.
- Presentación a los profesionales y Prensa. (27 de Noviembre 2017)
- Entrevistas en Medios de Comunicación en días posteriores.
- Reparto de los Cuadernos a los distintos Servicios.
- Comienzo en el uso de los Cuadernos de comunicación.
- Elaboración, compra del dominio y puesta en marcha de la página pictopartos.es

No se han cumplido los plazos previstos, los cuadernos se finalizaron en Noviembre del 2017. Debido al breve periodo de tiempo transcurrido, aun no se han repartido las encuestas de satisfacción a los profesionales.

Está pendiente hacer llegar los cuadernos al resto de los Hospitales de Aragón.

Recursos empleados: Sala de reuniones del Hospital Materno-Infantil, material informático de los miembros de cada equipo, Sala de informática de Docencia, material elaborado por arasaac. Y básicamente el tiempo y la dedicación de las personas que integran el equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido a que la finalización de los cuadernos fue en Noviembre del 2017 no se han podido evaluar resultados por el breve periodo de tiempo en el que se han utilizado en el Servicio.

Desde el primer día que se finalizaron los cuadernos, se están utilizando y se está empezando a valorar si realmente son útiles o precisan alguna mejora. Hasta la fecha actual se han utilizado al 100% de las situaciones detectadas.

Las mujeres con las que nos hemos ayudado con los pictogramas para favorecer la comunicación se han sentido informadas de sus procesos facilitándoles una asistencia integral.

En cuanto al uso libre de los cuadernos en la página pictopartos.es: en Noviembre hubo 453 visitas, en Diciembre 1254 y en Enero hasta la fecha actual, 475.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de todos los miembros del equipo es que está siendo una experiencia muy gratificante. Pensamos que este proyecto está siendo útil y conforme se vayan utilizando con mayor frecuencia, iremos diseñando mejor los cuadernos y modificándolos en la medida que sea necesario, teniendo en cuenta la opinión de todos los profesionales que los están usando.
En la implementación del Proyecto, dependemos de la cantidad de mujeres que acudan a nuestro servicio y no hablen nuestro idioma.
Recomendamos una mayor divulgación de los cuadernos para que puedan ser utilizados tanto en Atención Primaria como en otros hospitales de nuestra Comunidad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/282 ===== ***

Nº de registro: 0282

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Autores:
VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA, MONTSERRAT CANTERA MARIA ESTHER, CAMPOS TROL IRENE, IZQUIERDO VILLARROYA JUAN FRANCISCO, BUIL CARRERA OLIVIA NOELIA, BERDUN PUEYO JULIA, LAENCINA LAZARO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se atienden a alrededor de un 20% de gestantes cada año con las que en algunas ocasiones existen graves problemas de comunicación.

Las mujeres que están ingresadas en esta Unidad necesitan entender los signos de alarma que les explicamos al ingreso y ante cuya presencia deben avisar al personal de enfermería de la planta. Estos signos están individualizados en función de la causa por la cual está ingresada la mujer. Es importante que nos avisen de cualquier cambio que experimenten a lo largo del ingreso para poder asegurarles unos correctos cuidados de enfermería. En algunos casos la información que nos aporte la mujer será de vital importancia para el buen pronóstico de la salud tanto de la madre como del bebé.

Creemos que el diseño de unos cuadernos de pictogramas puede ayudarnos a profesionales y a pacientes a mejorar la comunicación con este tipo de pacientes garantizando unos adecuados cuidados. Dichos cuadernos englobarán diferentes fotografías y dibujos de los signos y síntomas que más a menudo presentan las mujeres ingresadas en esta unidad, cuidados que deben de llevar a cabo y actuaciones de enfermería. Dichos pictogramas estarán agrupados según los diagnósticos más frecuentes que encontramos en la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la comunicación con las gestantes en las que la barrera idiomática supone limitaciones asistenciales. Facilitar la comunicación con aquellas usuarias que presentan limitaciones en la comprensión o expresión oral. Elaborar un cuaderno de pictogramas que permita recopilar la información necesaria para una correcta cumplimentación de la historia clínica y que recoja de forma gráfica los procedimientos que se van a realizar. Promover la expresión de necesidades y sentimientos por parte de las usuarias, disminuyendo sus temores y ansiedad. Aportar una mayor calidad en la prestación de cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

MÉTODO
Trabajo en equipo del personal implicado, tanto de modo presencial como online.
Trabajo de campo: fotografías de material, entorno y situaciones a definir.
Reuniones colaborativas con personal de ARASAAC (Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa)
Diseño de pictogramas.
Elaboración del cuaderno de comunicación.
Evaluación del procedimiento y resultados.

INDICADORES
Debido al problema de comunicación con las gestantes que no hablan nuestro idioma, existe una gran dificultad en que podamos objetivar su grado de satisfacción respecto a la comunicación con el personal sanitario.

Por este motivo, se elaborará un cuestionario dirigido al personal de la Planta de Medicina Materno-fetal. Se utilizará como indicador el grado de satisfacción que los profesionales de la planta tienen sobre la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONES IDIOMÁTICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

comunicación con pacientes que no hablan español. Monitorizaremos otros aspectos como la percepción del profesional sobre la actitud del paciente (temor, colaboración...), la influencia que puede tener los problemas de comunicación con el cumplimiento del tratamiento prescrito, la facilidad en la elaboración de la historia clínica... Este cuestionario se compondrá de preguntas cerradas, que se responderán mediante una escala Likert de 5 valores. La misma encuesta se pasará en dos ocasiones, antes de empezar a utilizar los pictogramas y transcurrido un tiempo de su implantación en la planta. Revaluación anual de la pertinencia de los pictogramas existentes y valorar la inclusión de nuevos pictogramas que respondan a las posibles necesidades detectadas.

DURACIÓN

La distribución temporal del anteproyecto propuesto de mejora de la calidad, basada en la elaboración de pictogramas, se ha desarrollado a partir del calendario que se expondrá a continuación. El trabajo ha sido temporalizado piramidalmente a partir de tres niveles: un primer nivel de coordinación de grupos para implantar la organización y pautas de trabajo a seguir; un segundo nivel centrado en el trabajo por plantas-cuaderno específico, y; un tercer nivel de trabajo personal y/o pequeño grupo conforme a la tarea asignada.

CRONOGRAMA:

Febrero 2016: Inicio proyecto. (Reunión 1-2): jueves 11/ jueves 25
Marzo 2016: R-3: jueves 10
Abril 2016: R-4: jueves 14
Mayo 2016: R-5: miércoles 11
Junio 2016: R-6: miércoles 8
Septiembre 2016: Reuniones por cuadernos: martes 6
Reuniones con ARASAAC: martes 20/martes 27
Octubre 2016: Presentación del proyecto.
Noviembre 2016: Maquetación.
Diciembre 2016: Impresión.
Enero 2017: Presentación al Personal del Servicio, Dirección y Gerencia del Hospital.
Febrero a junio 2017: Puesta en marcha del cuaderno.
Junio 2018: Revisión y evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0345

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR MAÑAS MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ SANZ MARIA PILAR
BUIL MARTINEZ MIREIA
HERNANDEZ MORA MARIA CRISTINA
BAQUERO MUÑOZ ANA ISABEL
PERAL AROCA CONCEPCION
COSTA PEREZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Contexto

El proyecto se llevó a cabo en la planta de Ginecología que se corresponde con la segunda planta de hospitalización del Hospital Materno Infantil Miguel Servet de Zaragoza. La hipótesis de trabajo, se planteó en julio de 2016 y a partir de ese momento se comenzaron a elaborar las bases del mismo. El proyecto se presentó para su admisión en la convocatoria de proyectos de mejora del año 2017, y se implantó en la unidad tras su aprobación en febrero de 2017.

Los datos del proyecto se obtuvieron durante el periodo comprendido entre febrero y diciembre de 2017, inclusive los meses citados. Las pacientes fueron informadas de la finalidad del proyecto, y para participar en él, se solicitó la adecuada cumplimentación del consentimiento informado específico. Se trataron de manera codificada los datos recogidos, para mantener la confidencialidad y el anonimato de la participante. Tanto su recogida como procesado se realizó en la misma unidad.

Población a estudio

La población a estudio comprendió las pacientes de sexo femenino ingresadas en la planta segunda de Ginecología del Hospital Materno Infantil Miguel Servet de Zaragoza, programadas para cirugía de patología o tumor vulvar, durante el año 2017. Se reclutaron un total de veintiuna pacientes, de las cuales, tres no quisieron participar en el estudio y una se excluyó debido a su traslado a otra unidad del hospital. La muestra final obtenida fue de dieciocho participantes.

Criterios de inclusión:

- Mujer ingresada en hospitalización de Ginecología pendiente de cirugía programada de patología/tumor de origen vulvar.
- Obtención del consentimiento de la paciente para la participación en el estudio, cumplimentación del documento.

Criterios de exclusión:

- Mujer ingresada en hospitalización de Ginecología sometida a cirugía programada de patología vulvar, para exéresis de pequeña lesión (herida quirúrgica menor o igual a 2 centímetros)
- Mujer ingresada en hospitalización de Ginecología sometida a cirugía programada de patología/ tumor de origen vulvar, para la obtención de biopsias.
- Mujer ingresada en hospitalización de Ginecología pendiente de cirugía ginecológica programada que no aborda patología vulvar.
- Deterioro cognitivo grave diagnosticado.
- Paciente trasladada a otra unidad durante el postoperatorio.
- No deseo de la paciente a participar en el estudio.

Actividades desarrolladas

- Actualización de cuidados de enfermería durante el postoperatorio de cirugía vulvar, consensuados con el equipo de la unidad de Ginecología.
- Implantación de cuidados estandarizados de enfermería durante el postoperatorio de cirugía vulvar.
- Estudio observacional prospectivo, con la finalidad de valorar los aspectos clave presentes en el postoperatorio de este tipo de cirugía.
- Valoración del impacto sobre la calidad de vida ante esta nueva situación de salud, mediante la administración del cuestionario FACT V.
- Valoración del nivel de satisfacción de las pacientes intervenidas de cirugía vulvar durante la hospitalización, mediante la administración a la paciente de la encuesta de satisfacción del Sector II.
- Fomento de la autonomía de la paciente y la movilización precoz en el postoperatorio. Educación sanitaria.

Cronograma

- Hipótesis... Julio 2016
- Búsqueda bibliográfica ... Julio- Octubre 2016
- Revisión de cuidados. Septiembre- Octubre 2016
- Presentación de Proyecto de Mejora... Octubre 2016
- Preparación de documentación (HI, CI, FACT V...) ... Noviembre- Diciembre 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0345

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

- Revisión de documentación. Enero- Febrero 2017
- Aprobación Proyecto de Mejora... Febrero 2017
- Recogida de datos... Febrero - Diciembre 2017
- Procesado de datos... Enero 2018
- Análisis de resultados ... Febrero- Marzo 2018
- Redacción de informe de resultados tras análisis estadístico ... Abril- Mayo 2018

Recursos empleados

El desarrollo del proyecto se llevó a cabo gracias a la adecuada coordinación del propio equipo de mejora, y gracias a la colaboración del equipo de la planta de Ginecología, que tras conocer el proyecto de mejora se implicó en aplicar los cuidados consensuados.

Para llevar a cabo el desarrollo del proyecto en sí, se realizó un reparto de tareas entre las componentes del equipo, y se realizó un seguimiento de las actividades de forma continua, tanto de manera presencial mediante reuniones o mediante uso de TIC (Tecnologías de la información y la comunicación). También se obtuvo el apoyo y un seguimiento del proyecto por parte de la Unidad de Calidad de enfermería del HUMS.

La recogida de datos se realizó de manera secuencial y de manera estructurada mediante la cumplimentación de una ficha realizada para la ocasión. De manera semanal se comprobó el parte quirúrgico para valorar las pacientes candidatas a formar parte del proyecto, y se comunicó a los integrantes del equipo de mejora.

Como recursos materiales, se solicitó al servicio de recursos materiales del hospital la dispensación de Polihexamida acuosa (Prontosan solución®) para su uso como antiséptico local de la herida quirúrgica, y alginato en crema (Askina calgitrol paste®) en caso de dehiscencia de la misma. Debido a la situación anatómica de la herida quirúrgica, no se utilizaron apósitos de tejido para proteger la herida, y como alternativa se utilizó polímero de silicona en spray (Cutimed®). En casos de dehiscencia, se utilizaron gasas o compresas estériles sujetas con ropa interior de malla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos registrados se obtuvieron durante el año 2017. Se reclutaron a las pacientes candidatas a participar en el proyecto, y tras informarles de la finalidad del mismo y obtener su consentimiento, se obtuvieron los datos estudiados a través de una entrevista con la paciente, datos clínicos de la H²C^a, y dos cuestionarios autoadministrados (FACT V y Encuesta de satisfacción del sector). Todos los datos se trataron de manera codificada, manteniendo la confidencialidad y el anonimato.

En un primer análisis, hemos obtenido una valoración positiva de los resultados, no obstante, no se ha terminado de concluir el análisis estadístico, el cual se está llevando a cabo con la colaboración de la Unidad de Enfermería en Innovación e Investigación del Hospital Miguel Servet.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desarrollar cuidados estandarizados consensuados por el equipo que integra la unidad ha facilitado la atención a la paciente intervenida de patología vulvar y el desarrollo de la actividad asistencial. La unificación de cuidados ha permitido realizar un seguimiento más estrecho y continuado de este tipo de postoperatorio.

Como limitaciones, por un lado hemos encontrado la inestabilidad de plantilla. Para mitigar este aspecto, se ha puesto a disposición del personal de la unidad, el mapa de cuidados correspondiente al proyecto y se ha fomentado la comunicación y el trabajo en equipo. No obstante, consideramos que los cambios de personal que integra la unidad ha dificultado el desarrollo del proyecto y la continuidad del mismo. La falta de conocimientos y familiaridad con el proceso, y la variabilidad de la práctica clínica ha dificultado en ocasiones el desarrollo del mismo.

Por otro lado, la sobrecarga asistencial y la atención a pacientes pluripatológicos de diferentes especialidades también han dificultado el desarrollo del programa.

Otro aspecto a mejorar que consideramos importante, es optimizar la coordinación con equipos de colaboración. Resultaría interesante en un futuro mejorar la comunicación con profesionales que colaboran en el proceso quirúrgico de vulva, para continuar con la unificación y consenso de cuidados. De esta manera, se podría reducir la variabilidad de la práctica clínica y trabajar en equipo en la búsqueda de la mejora asistencial del paciente.

Recomendaciones

Consideramos fundamental para desarrollar un proyecto la estabilidad de plantilla para favorecer el sentido de pertenencia a un grupo y obtener un alto grado de implicación de los profesionales a proyectos de mejora asistencial. Un equipo familiarizado con el proyecto presenta un mayor grado de motivación y está más receptivo en la búsqueda de medidas para mejorar la atención asistencial del paciente.

7. OBSERVACIONES.

El PROYECTO DE MEJORA se ha llevado a cabo en el SECTOR II, en el HOSPITAL MIGUEL SERVET.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/345 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0345

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

Nº de registro: 0345

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

Autores:
MAÑAS MARTINEZ MARIA DEL MAR, RODRIGUEZ SANZ PILAR, BUIL MARTINEZ MIREIA, HERNANDEZ MORA MARIA CRISTINA, LORENTE MARTIN SILVIA, BAQUERO MUÑOZ ANA ISABEL, PERAL AROCA CONCEPCION, COSTA PEREZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tumor de vulva es en la actualidad la cuarta causa de neoplasia del tracto genital femenino, tras endometrio, cérvix y ovario. En España es la causante de 500 muertes anuales por esta patología. Habitualmente se asocia a la mujer de edad avanzada. Sin embargo, en estudios recientes se observa un segundo pico, aunque más pequeño, en mujeres de 40 - 50 años. Este aumento está en relación con el aumento de la incidencia de la lesión neoplásica vulvar intraepitelial (VIN) y a la mayor prevalencia de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) en estas pacientes.

El tratamiento de elección en el cáncer de vulva es quirúrgico. El tipo de intervención quirúrgica viene determinado por el estadio tumoral marcado por el Comité Oncológico de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO). Se realiza vulvectomía simple o radical a partir de estadio II. En los últimos tiempos se han modificado las técnicas quirúrgicas en un intento de disminuir las complicaciones en el postoperatorio. No obstante, a corto plazo la infección y la dehiscencia de la herida quirúrgica siguen apareciendo en un 40% de los casos y a largo plazo, el linfedema y la disfunción sexual.

El objetivo de nuestra Unidad es desarrollar un protocolo de actuación para la paciente intervenida de patología vulvar con o sin linfadenectomía inguinal, con el objetivo de reducir el número de complicaciones postoperatorias, centrándonos en la dehiscencia de la herida, que es la más frecuente, y de esta manera disminuir los días de estancia hospitalaria y costes asociados, mejorando de este modo la calidad y bienestar de las pacientes afectadas por este tipo de cáncer.

RESULTADOS ESPERADOS
1 - Estandarización los cuidados de enfermería durante la hospitalización de una paciente intervenida de patología vulvar para disminuir las complicaciones del postoperatorio.
2 - Estimulación de la autonomía de la paciente de forma precoz.
3 - Disminución de la estancia hospitalaria de una paciente intervenida de patología vulvar.
4 - Estudio de las pacientes intervenidas de patología vulvar para determinar cuales son los factores que más inciden en la aparición de complicaciones y por lo tanto en la demora del alta hospitalaria.

MÉTODO
Se ha realizado un mapa de cuidados a seguir durante el postoperatorio de patología vulvar. Previa a su implantación se realizará una sesión informativa con el personal de enfermería y auxiliar de enfermería de la planta para dar a conocer el proyecto y realizar un intercambio de impresiones.
- El personal de enfermería será el encargado de realizar un seguimiento del estado de la herida quirúrgica y aplicar unos cuidados estandarizados.
- También valorará de manera global el estado de la paciente, para determinar cualquier necesidad que pueda aparecer a lo largo del proceso.
- Mantendrá informado de todo el proceso al ginecólogo responsable.
- El personal de auxiliar de enfermería junto con enfermería facilitará la educación sanitaria durante todo el proceso. Ayudará a la paciente a recuperar su autonomía de la forma más adecuada y facilitará un adecuado confort.
- El ginecólogo responsable realizará el seguimiento de todo el proceso, determinará el tratamiento médico más adecuado para una correcta evolución y será el encargado de solicitar colaboración con otros especialistas.

INDICADORES
- Se revisará cada 15 días el número de pacientes intervenidas de patología vulvar a las que se les ha aplicado el mapa de cuidados para registrar su evolución.
- Se realizará una sesión mensual con enfermería y auxiliares de enfermería para monitorizar la aplicación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0345

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

del mapa de cuidados y ver problemas en la implementación.

- Al año de su puesta en marcha con los datos obtenidos de la entrevista con la paciente y los datos registrados en la historia clínica, se valorarán los siguientes factores:
- nº pacientes a las que se aplica el mapa de cuidados/nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- Días de estancia hospitalaria.
- nº pacientes que presentan dehiscencia de la herida quirúrgica / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes intervenidas tras recidiva de tumor de vulva / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes que presentan infección de la herida quirúrgica / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes que presentaron infección de orina / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes que presentan linfedema precoz / nº pacientes intervenidas de linfadenectomía inguinal.
- nº pacientes que presentan estrés por su nueva situación de salud / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- Satisfacción de la paciente durante la hospitalización.

DURACIÓN

El programa se aplicará en todas las pacientes intervenidas de patología vulvar durante su estancia hospitalaria, a partir del 1 de noviembre de 2016 hasta el 1 de noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Se realizará un seguimiento de la paciente y se recogerán datos sobre factores que pueden repercutir sobre el proceso de cicatrización. Se entregará una encuesta de satisfacción y un cuestionario que valore el nivel de estrés frente a su nuevo estado de salud. Las curas tópicas realizadas por enfermería han sido consensuadas por el equipo médico y se aplicarán bajo su prescripción. Se utilizarán los productos: Prontosan solución y Algina Calgitrol plata.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0376

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD DEL HUMS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA SAZ SIMON
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LARRAZ MIGUEL ALICIA
PASCUAL COLLADOS EVA
SANCHEZ CASTAÑO CARMEN
SOLANAS SANCHO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Análisis de las necesidades comunicativas en el Servicio de pacientes con dificultades idiomáticas y realización de encuesta.
-Diseño del proyecto y reparto de tareas por equipos. Se constituyen cuatro equipos de matronas y TCAEs divididos por servicios: Dilatación-paritorio, Puerperio (Plantas 5ª y 7ª), Fisiopatología fetal (Planta 6ª) y Urgencias (el nuestro).
-Realización de los cuadernos de pictogramas; selección de términos, diseño y definición de imágenes, organización y distribución final de los pictos por parte de cada equipo en cada servicio.
-Consenso de las actividades a llevar a cabo intra equipos y entre equipos, mediante reuniones seriadas y programadas.
-Presentación del Proyecto en las Jornadas de Calidad de Junio 2016 en formato Comunicación.
-Aprobación de su impresión por parte de la Dirección de Enfermería, Gerencia y Dirección de Gestión.
-Edición de los Cuadernos.
-Presentación a los profesionales y Prensa (27 de Noviembre 2017)
-Entrevistas en Medios de Comunicación en días posteriores.
-Reparto de los Cuadernos a los distintos Servicios.
-Comienzo del uso de los Cuadernos de comunicación.
-Elaboración, compra del dominio y puesta en marcha de la página pictopartos.es

No se han cumplido los plazos previstos, puesto que se finalizó en Noviembre de 2017. Las encuestas a los profesionales no se han podido pasar por el breve periodo de tiempo transcurrido.

Está pendiente hacer llegar los cuadernos al resto de los Hospitales de Aragón.

RECURSOS EMPLEADOS: Sala de reuniones del Hospital Materno-Infantil, material informático de los miembros de cada equipo, Sala de informática de Docencia, material elaborado por @arasaac. Y, básicamente, el tiempo y la dedicación de las personas que integran el equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es pronto todavía para evaluar los resultados, ya que el proyecto se ha puesto en marcha hace muy poco tiempo.

Los cuadernos se están utilizando y, al mismo tiempo, observando y evaluando para ver si realmente son útiles tal y como se han elaborado. Hasta la fecha actual se han empleado en el 100% de las situaciones detectadas susceptibles para su uso.
Las personas a las que se les ha aplicado la comunicación con Pictogramas se han sentido informadas de sus procesos facilitándoles una asistencia integral.

Asimismo, se ha facilitado el uso libre de los cuadernos en la página pictopartos.es con una buena acogida, ya que en Noviembre hubo 453 visitas, en Diciembre 1254 y en Enero, hasta la fecha actual, 475.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de todos los miembros del equipo es unánime en que está siendo una experiencia muy gratificante.

Consideramos que este proyecto está siendo realmente útil y conforme se vaya utilizando con mayor frecuencia, iremos diseñando mejor los cuadernos y modificándolos en la medida que sea necesario, siempre teniendo en cuenta la opinión de los profesionales que los están usando y las aportaciones que nos puedan llegar a través de pacientes o compañeros de otros servicios y centros.

En cuanto a la implementación del Proyecto, dependemos de la cantidad de mujeres que acudan a nuestro servicio y no hablen nuestro idioma.

Recomendamos una mayor divulgación de los cuadernos para que puedan ser utilizados tanto en Atención Primaria como en otros hospitales y centros de nuestra Comunidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0376

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD DEL HUMS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/376 ===== ***

Nº de registro: 0376

Título
PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

Autores:
SAZ SIMON LAURA, LARRAZ MIGUEL ALICIA, PASCUAL COLLADOS EVA, SANCHEZ CASTAÑO CARMEN, SOLANAS SANCHO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el servicio de Urgencias de maternidad del HUMS atendemos un alto número de mujeres extranjeras no castellano-parlantes, lo que conlleva serios problemas de comunicación y pérdida de información, dificultando en numerosas ocasiones la atención prestada.
La gran barrera idiomática observada junto con las traducciones "espontáneas" de sus acompañantes, que a veces no son del todo correctas, nos hicieron plantear la necesidad de elaborar una herramienta que mejorase la calidad asistencial de estas mujeres en nuestro servicio.
La primera atención prestada en urgencias es fundamental, puesto que de ahí pueden derivar numerosos miedos, dudas, ansiedad, etc. relacionados con el embarazo, parto, puerperio y procesos ginecológicos.
Por ello consideramos que la comunicación entre todos los profesionales implicados en la asistencia y las mujeres atendidas es una pieza esencial de nuestro trabajo diario.
No sólo queremos que entiendan lo que nosotros les decimos, sino que también queremos entender lo que ellas puedan necesitar, lo que nos quieran decir o transmitir; sus miedos, sus necesidades, su dolor físico o de otro tipo... Tenemos situaciones muy duras (la muerte fetal es la más grave) en las que nuestro acompañamiento aún debe ser más cercano.
¿Cómo podemos explicar lo que está pasando, cómo podemos decirle a esa mujer qué va a pasar, qué vamos a hacer, si su hijo está en riesgo y necesitamos instrumentar el parto... si no tenemos herramientas para hablar?
Todas estas razones hicieron plantearnos la creación de un cuaderno con ilustraciones que definieran los diferentes signos y síntomas, técnicas y procedimientos, así como los signos de alarma por los que acudir al servicio de urgencias.
Para ello constituyó un equipo multidisciplinar de trabajo en el que se incluyen, entre otros, auxiliares de enfermería (TCAEs), residentes de matrona y matronas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la comunicación con las mujeres no-castellano parlantes o con limitaciones en la comprensión o expresión oral que llegan al servicio de Urgencias de Maternidad.
- Elaborar un Cuaderno de Pictogramas que explique de forma gráfica cada uno de los pasos que vamos a ir desarrollando en nuestro servicio.
- Recabar la información necesaria para elaborar la Historia Clínica.
- Facilitar a las pacientes la transmisión de sus necesidades y sentimientos.
- Mejorar la atención prestada y disminuir su miedo.
- Aportar una mayor calidad en los cuidados durante la primera atención hospitalaria prestada.

MÉTODO

-Elaboración de un cuaderno de Pictogramas (ilustraciones, iconos, símbolos y gráficos que representan de forma más o menos realista, un objeto real o significado). En dicho cuaderno se definirán las situaciones que con más frecuencia se presentan en nuestro servicio. Los apartados incluidos en el cuaderno harán referencia a datos de anamnesis, técnicas, resultados y alternativas, recomendaciones, signos de alarma y síntomas ginecológicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0376

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD DEL HUMS

-El equipo multidisciplinar constituido por la responsable y sus colaboradoras se reunirá periódicamente para desarrollar cada uno de los apartados mencionados.
-Para la elaboración del cuaderno se ha contado con la colaboración de ARASAAC (Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa).

INDICADORES

-Encuesta a los profesionales implicados en la asistencia
INDICADOR: el 80% de ellos considerará útil el cuaderno de Pictogramas
-Encuesta de satisfacción de las usuarias (Escala de las caras)
INDICADOR: el 80% estarán satisfechas o muy satisfechas

DURACIÓN

Febrero 2016: Inicio del proyecto común de Pictogramas y reuniones del equipo específico de Pictogramas de Urgencias
Marzo-Junio 2016: Elaboración de los distintos apartados del Cuaderno de Pictogramas y envío a ARASAAC de fotografías, dibujos, bocetos, esquemas, explicaciones e ideas para la elaboración posterior de sus dibujos.
Septiembre 2016: Reunión con ARASAAC para ver la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando, con el fin de comprobar si los dibujos realmente expresan lo que queremos transmitir.
Octubre 2016: Presentación del Proyecto de Mejora.
Octubre-Noviembre-Diciembre 2016: maquetación del Cuaderno de Pictogramas en urgencias de Ginecología y Obstetricia.
Diciembre 2016: Impresión del cuaderno.
Enero 2017: Presentación a los compañeros de todo el Servicio de Obstetricia y Ginecología, así como a la Supervisión, Dirección y Gerencia del Hospital.
Febrero 2016: Puesta en marcha del cuaderno.
Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales y usuarias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERENOS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS ROYO VIÑADO
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARNAL GARCIA MARTA
GARCIA-LISBONA IRIARTE LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Análisis de las necesidades comunicativas en el Servicio con pacientes con dificultades idiomáticas y encuesta.
- Diseño del proyecto y reparto de tareas por equipos. Definición de los 4 equipos.
- Realización de los Cuadernos por parte de cada equipo.
- Consenso de las actividades intra equipos y entre equipos. Con reuniones seriadas y programadas.
- Presentación del Proyecto en las Jornadas de Calidad de Junio 2016 en formato Comunicación.
- Aprobación de su impresión por parte de la Dirección de Enfermería, Gerencia y Dirección de Gestión.
- Edición de los Cuadernos.
- Presentación a los profesionales y Prensa. (27 de Noviembre 2017)
- Entrevistas en Medios de Comunicación en días posteriores.
- Reparto de los Cuadernos a los distintos Servicios.
- Comienzo en el uso de los Cuadernos de comunicación.
- Elaboración, compra del dominio y puesta en marcha de la página pictopartos.es

No se han cumplido los plazos previstos, se finalizó en Noviembre del 2017. Las encuestas a los profesionales no se han podido pasar por el breve periodo de tiempo transcurrido.
Está pendiente hacer llegar los cuadernos al resto de los Hospitales de Aragón.

Recursos empleados: Sala de reuniones del Hospital Materno-Infantil, material informático de los miembros de cada equipo, Sala de informática de Docencia, material elaborado por arasaac. Y básicamente el tiempo y la dedicación de las personas que integran el equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es pronto todavía para evaluar los resultados.

Los cuadernos se están utilizando y empezando a ver si realmente son útiles tal y como se han elaborado. Hasta la fecha actual se han utilizado al 100% de las situaciones detectadas.
Las personas a las que se les ha aplicado la comunicación con Pictogramas se han sentido informadas de sus procesos facilitándoles una asistencia integral.

-Uso libre de los cuadernos en la página pictopartos.es. En Noviembre hubo 453 visitas, en Diciembre 1254 y en Enero hasta la fecha actual, 475.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de todos los miembros del equipo es que está siendo una experiencia muy gratificante.

Pensamos que este proyecto está siendo útil y en la medida en que se vaya utilizando con mayor frecuencia, iremos diseñando mejor los cuadernos y modificándolos en la medida que sea necesario, teniendo en cuenta la opinión de los profesionales que los están usando.

En la implementación del Proyecto, dependemos de la cantidad de mujeres que acudan a nuestro servicio y no hablen nuestro idioma.

Recomendamos una mayor divulgación de los cuadernos para que puedan ser utilizados tanto en Atención Primaria como en otros hospitales de nuestra Comunidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/419 ===== ***

Nº de registro: 0419

Título
PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERENOS

Autores:
ROYO VIÑADO MARIA JESUS, SEBASTIAN GURRIA ISABEL, ARNAL GARCIA MARTA, GARCIA-LISBONA IRIARTE LOURDES,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERENOS

MARTINEZ CARBALLO SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS) ATIENDE A UNA POBLACIÓN CADA VEZ MÁS DIVERSA EN CUANTO A CULTURA, NECESIDADES, IDIOMA, RELIGIÓN,... UNA CORRECTA COMUNICACIÓN CON CADA PACIENTE ES IMPRESCINDIBLE PARA PODER REALIZAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN CADA MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN. ESTE FUE UNO DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS QUE IMPULSÓ A NUESTRO GRUPO DE TRABAJO A REALIZAR UN MÉTODO DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE IMÁGENES PARA SIMPLIFICAR ESTOS PROBLEMAS DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN (DE FORMA BIDIRECCIONAL: PACIENTES-PROFESIONALES; PROFESIONALES-PACIENTES) QUE SE CONVERTÍAN EN UN OBSTÁCULO EN EL DÍA A DÍA DE LA JORNADA LABORAL..

En el servicio de paritorios del HUMS se atiende a un alto número de madres extranjeras (21'33%). Muchas de las gestantes que acuden a parir al hospital tienen graves problemas de comunicación con el personal del servicio. Algunas de ellas entienden poco castellano o tienen dificultad para poder expresarse. En ocasiones están acompañadas por sus maridos o algún familiar que se ven obligados a hacer de "traductores espontáneos", quedando la duda de si realmente se les transmite la información correcta, la que la persona acompañante entiende o la que quieren darles (sobre todo con el tema de la Anestesia Epidural). El parto es un momento muy importante en la vida de una mujer y de una familia que exige del personal sanitario el compromiso de ofrecer la información pertinente y adecuada para cada momento del proceso. La comunicación entre la madre y el equipo que la atiende (auxiliar, matrona y tocólogo) es una parte ESENCIAL en el cuidado. No sólo se pretende que entiendan lo que el personal quiere transmitir. Es indispensable que los profesionales comprendan lo que la paciente puede necesitar y lo que quiera comunicar al equipo sanitario. En el servicio de Obstetricia de un hospital de tercer nivel como es el HUMS existen momentos asistenciales muy complejos (la muerte fetal es la más grave) en las que el acompañamiento del personal que se encuentra de guardia aún debe ser más cercano. Resolver estas dificultades de comunicación hizo plantear el diseño de un cuaderno de Pictogramas. Enseguida se interesó por este proyecto un gran número de compañeros, auxiliares, residentes de matrona y matronas. En primer lugar, se revisaron materiales que utilizan "colegas" en otras CCAA (Andalucía, Galicia, Castilla-León...) y otros que se pueden encontrar en internet. Pero el resultado fue muy escaso y no cubría todas las necesidades que se objetivaron cuando se planteó el trabajo. Así, se decidió que era más práctico dividir el proyecto en cuatro cuadernos diferentes: Urgencias, Planta de Medicina Materno-fetal (6ª), Dilatación-Partos y Planta de Puerperio (5ª y 7ª).

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar los Cuadernos de Pictogramas que expliquen de forma gráfica cada uno de los procesos que se desarrollan a lo largo del parto. (Urgencias, Plantas de Hospitalización y Paritorio).
- Facilitar la comunicación y comprensión de las pacientes no castellano parlantes con el personal sanitario.
- Mejorar la comunicación y comprensión del personal sanitario con las pacientes no castellano parlantes.
- Mejorar la atención que se proporciona.
- Disminuir los posibles fallos derivados de un mal intercambio de información.
- Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

MÉTODO

- Trabajo en equipo, presencial y on-line.
- Fotografías del material y espacios de los servicios, incluyendo simulaciones de las situaciones que se quieren definir.
- Reuniones con Arasaac.
- Elaboración de dibujos.
- Elaboración de los cuatro cuadernos de Comunicación.

INDICADORES

- Elaboración de las preguntas que formarán la encuesta dirigida a los profesionales.
- Encuesta a los profesionales. (El 80% de ellos considerará útil esta herramienta).

DURACIÓN

- Inicio: Febrero del 2016 y está previsto publicar el cuaderno en Otoño-Invierno de 2016.
- 14 de Septiembre 2016: Reunión de todos los miembros del equipo de Pictogramas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERENOS

- Septiembre 2016: Reuniones por Cuadernos.
- Septiembre: Reunión con Arasaac para estudiar la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando.
- Octubre: Presentación de los Proyectos de Mejora.
- Octubre-Noviembre-Diciembre: maquetación de los Cuadernos.
- Diciembre: Impresión de los cuadernos.
- Enero 2017: Presentación de los cuadernos a los profesionales del servicio de urgencias, paritorios y plantas de hospitalización así como a la Dirección y Gerencia del Hospital.
- Febrero: Puesta en marcha de los cuadernos.
- Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERENOS

Fecha de entrada: 19/04/2018

2. RESPONSABLE MARTA ARNAL GARCIA
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEBASTIAN GURRIA MARIA ISABEL
GARCIA-LISBONA IRIARTE LOURDES
MARTINEZ CARBALLO MARIA SOFIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Trabajo en equipo, presencial y on-line.
-Fotografías del material y espacios de los servicios, incluyendo simulaciones de las situaciones que se quieren definir.
-Reuniones con Arasaac.
-Elaboración de dibujos.
-Elaboración de los cuatro cuadernos de Comunicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Facilitar la comunicación y comprensión de las pacientes no castellano parlantes con el personal sanitario.
-Mejorar la comunicación y comprensión del personal sanitario con las pacientes no castellano parlantes.
-Mejorar la atención que se proporciona.
-Disminuir los posibles fallos derivados de un mal intercambio de información.
-Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el servicio de paritorios del HUMS se atiende a un alto número de madres extranjeras (21'33%). Muchas de las gestantes que acuden a parir al hospital tienen graves problemas de comunicación con el personal del servicio. Algunas de ellas entienden poco castellano o tienen dificultad para poder expresarse. En ocasiones están acompañadas por sus maridos o algún familiar que se ven obligados a hacer de "traductores espontáneos", quedando la duda de si realmente se les transmite la información correcta, la que la persona acompañante entiende o la que quieren darles (sobre todo con el tema de la Anestesia Epidural). El parto es un momento muy importante en la vida de una mujer y de una familia que exige del personal sanitario el compromiso de ofrecer la información pertinente y adecuada para cada momento del proceso. La comunicación entre la madre y el equipo que la atiende (auxiliar, matrona y tocólogo) es una parte ESENCIAL en el cuidado. No sólo se pretende que entiendan lo que el personal quiere transmitir. Es indispensable que los profesionales comprendan lo que la paciente puede necesitar y lo que quiera comunicar al equipo sanitario. Resolver estas dificultades de comunicación hizo plantear el diseño de un cuaderno de Pictogramas. Seguimos evaluando y poniendo en marcha este proyecto día a día en nuestro trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/419 ===== ***

Nº de registro: 0419

Título
PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERENOS

Autores:
ROYO VIÑADO MARIA JESUS, SEBASTIAN GURRIA ISABEL, ARNAL GARCIA MARTA, GARCIA-LISBONA IRIARTE LOURDES, MARTINEZ CARBALLO SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS) ATIENDE A UNA POBLACIÓN CADA VEZ MÁS DIVERSA EN CUANTO A CULTURA, NECESIDADES, IDIOMA, RELIGIÓN, ... UNA CORRECTA COMUNICACIÓN CON CADA PACIENTE ES IMPRESCINDIBLE PARA PODER REALIZAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN CADA MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN. ESTE FUE UNO DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS QUE IMPULSÓ A NUESTRO GRUPO DE TRABAJO A REALIZAR UN MÉTODO DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE IMÁGENES PARA SIMPLIFICAR ESTOS PROBLEMAS DE DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN (DE FORMA BIDIRECCIONAL: PACIENTES-PROFESIONALES; PROFESIONALES-PACIENTES) QUE SE CONVERTÍAN EN UN OBSTÁCULO EN EL DÍA A DÍA DE LA JORNADA LABORAL..

En el servicio de paritorios del HUMS se atiende a un alto número de madres extranjeras (21'33%). Muchas de las gestantes que acuden a parir al hospital tienen graves problemas de comunicación con el personal del servicio. Algunas de ellas entienden poco castellano o tienen dificultad para poder expresarse. En ocasiones están acompañadas por sus maridos o algún familiar que se ven obligados a hacer de "traductores espontáneos", quedando la duda de si realmente se les transmite la información correcta, la que la persona acompañante entiende o la que quieren darles (sobre todo con el tema de la Anestesia Epidural). El parto es un momento muy importante en la vida de una mujer y de una familia que exige del personal sanitario el compromiso de ofrecer la información pertinente y adecuada para cada momento del proceso. La comunicación entre la madre y el equipo que la atiende (auxiliar, matrona y tocólogo) es una parte ESENCIAL en el cuidado. No sólo se pretende que entiendan lo que el personal quiere transmitir. Es indispensable que los profesionales comprendan lo que la paciente puede necesitar y lo que quiera comunicar al equipo sanitario. En el servicio de Obstetricia de un hospital de tercer nivel como es el HUMS existen momentos asistenciales muy complejos (la muerte fetal es la más grave) en las que el acompañamiento del personal que se encuentra de guardia aún debe ser más cercano. Resolver estas dificultades de comunicación hizo plantear el diseño de un cuaderno de Pictogramas. Enseguida se interesó por este proyecto un gran número de compañeros, auxiliares, residentes de matrona y matronas. En primer lugar, se revisaron materiales que utilizan "colegas" en otras CCAA (Andalucía, Galicia, Castilla-León...) y otros que se pueden encontrar en internet. Pero el resultado fue muy escaso y no cubría todas las necesidades que se objetivaron cuando se planteó el trabajo. Así, se decidió que era más práctico dividir el proyecto en cuatro cuadernos diferentes: Urgencias, Planta de Medicina Materno-fetal (6ª), Dilatación-Partos y Planta de Puerperio (5ª y 7ª).

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar los Cuadernos de Pictogramas que expliquen de forma gráfica cada uno de los procesos que se desarrollan a lo largo del parto. (Urgencias, Plantas de Hospitalización y Paritorio).
- Facilitar la comunicación y comprensión de las pacientes no castellano parlantes con el personal sanitario.
- Mejorar la comunicación y comprensión del personal sanitario con las pacientes no castellano parlantes.
- Mejorar la atención que se proporciona.
- Disminuir los posibles fallos derivados de un mal intercambio de información.
- Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

MÉTODO

- Trabajo en equipo, presencial y on-line.
- Fotografías del material y espacios de los servicios, incluyendo simulaciones de las situaciones que se quieren definir.
- Reuniones con Arasaac.
- Elaboración de dibujos.
- Elaboración de los cuatro cuadernos de Comunicación.

INDICADORES

- Elaboración de las preguntas que formarán la encuesta dirigida a los profesionales.
- Encuesta a los profesionales. (El 80% de ellos considerará útil esta herramienta).

DURACIÓN

- Inicio: Febrero del 2016 y está previsto publicar el cuaderno en Otoño-Invierno de 2016.
- 14 de Septiembre 2016: Reunión de todos los miembros del equipo de Pictogramas.
- Septiembre 2016: Reuniones por Cuadernos.
- Septiembre: Reunión con Arasaac para estudiar la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando.
- Octubre: Presentación de los Proyectos de Mejora.
- Octubre-Noviembre-Diciembre: maquetación de los Cuadernos.
- Diciembre: Impresión de los cuadernos.
- Enero 2017: Presentación de los cuadernos a los profesionales del servicio de urgencias, paritorios y plantas de hospitalización así como a la Dirección y Gerencia del Hospital.
- Febrero: Puesta en marcha de los cuadernos.
- Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERENOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0423

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA RECOGIDA DE GASOMETRIA CORDONAL NEONATAL Y VALIDACION DE LAS MUESTRAS ARTERIALES Y VENOSAS OBTENIDAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE SABINA MARTI GAMBOA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTAN MATEO SERGIO
LAPRESTA MOROS MARIA
CRESPO ESTERAS RAQUEL
BENITO VILLALBA MARTA
PALLARES ARNAL VICTORIA
DIAZ RABASA BEATRIZ
RODRIGO RODRIGUEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Abril 2017: Reunión del equipo de trabajo para planificar y coordinar el programa.
Mayo-Junio: Impartición de seminarios teórico-prácticos en el hospital. Resolución de posibles conflictos y dudas.
Julio: Inicio de la doble obtención de muestras
Noviembre: Evaluación prospectiva de los cinco primeros meses del proyecto. Identificación de debilidades y puntos a mejorar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Identificación de pacientes de interés a partir del libro de partos de 2017.
Estado actual: Proyecto en proceso de recogida de datos de los pacientes de interés a partir de las muestras analizadas en el pHmetro situado en la sala de paritorio durante los meses de Julio a Noviembre.
Cálculo de los indicadores alcanzados previsto en Marzo de 2018
A partir de Marzo de 2018 se prevee universalizar la toma de muestra de pH en neonatos de alto y bajo riesgo obstétrico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lecciones aprendidas: Una única charla explicativa acerca de un proyecto nuevo, no es suficiente para introducir cambios en la práctica habitual arraigada en un servicio.
Es necesario reforzar la información proporcionada a personal médico y matronas para conseguir alcanzar los objetivos del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/423 ===== ***

Nº de registro: 0423

Título
ADECUACION DE LA RECOGIDA DE GASOMETRIA CORDONAL NEONATAL Y VALIDACION DE LAS MUESTRAS ARTERIALES Y VENOSAS OBTENIDAS

Autores:
MARTI GAMBOA SABINA, CASTAN MATEO SERGIO, LAPRESTA MOROS MARIA, CRESPO ESTERAS RAQUEL, BENITO VIELBA MARTA, PALLARES ARNAL VICTORIA, DIAZ RABASA BEATRIZ, RODRIGO RODRIGUEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo Ambos sexos
Edad Niños
Tipo Patología Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .. Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0423

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA RECOGIDA DE GASOMETRIA CORDONAL NEONATAL Y VALIDACION DE LAS MUESTRAS ARTERIALES Y VENOSAS OBTENIDAS

PROBLEMA

El análisis ácido-base de la sangre de cordón umbilical fetal proporciona una medida objetiva del estado de oxigenación al nacimiento. El resultado de este análisis permite clasificar a los neonatos en distintos niveles de riesgo, determinando en conjunto con otros parámetros clínicos, tanto el grado de vigilancia precisada por parte del pediatra, como la necesidad de su ingreso en unidades específicas, señalando a aquellos que se puedan beneficiar de tratamientos preventivos de lesión neurológica, como la hipotermia terapéutica. La gasometría de cordón umbilical constituye además una prueba médico-legal irrefutable de una correcta actuación obstétrica, por lo que está indicada su realización universal.

De forma electiva, la muestra debe obtenerse de la arteria umbilical. En el caso de no poder obtenerse una muestra arterial, se debe recoger una muestra venosa. Sin embargo, el valor de los parámetros medidos en sangre venosa presenta diferencias significativas respecto a los valores obtenidos en sangre arterial.

Se ha demostrado que hasta el 25% de las muestras teóricamente "arteriales", son realmente venosas, debido a una mala identificación del vaso puncionado, a la obtención de una muestra mixta, mezcla de sangre arterial y venosa, o a una mala técnica de recogida. Por ello, en todos los casos debería realizarse una doble gasometría, procedente de la arteria y la vena umbilical. Este doble análisis se considera un criterio de calidad asistencial, puesto que no sólo asegura que el valor que estamos analizando es realmente arterial, sino que proporciona información adicional sobre la duración y tipo de hipoxia intraparto.

En varios países europeos (Suecia, Noruega, Dinamarca) la doble obtención es universal y obligatoria desde la década de los noventa. Sin embargo, en España, existe bastante variabilidad de criterio en cuanto al tipo de muestra obtenida y su técnica de recogida.

En nuestro servicio, al igual que en la mayoría de maternidades españolas, la doble obtención no está protocolizada, y no existe un proceso de validación de las muestras, asegurando su procedencia arterial o venosa.

Problema:

Diversidad de criterio en la recogida de muestras, pudiendo ser estas arteriales, venosas, o ambas.

Ausencia de proceso de verificación de las muestras recogidas.

La gasometría neonatal es una prueba médico-legal fundamental, pero la ausencia de verificación de la muestra obtenida, la convierte en una prueba de poca fiabilidad.

Posible mala identificación de aquellos neonatos que precisen una mayor vigilancia por parte de pediatría.

Posible exclusión de neonatos del uso de terapias avanzadas para la prevención de lesiones neurológicas, como la hipotermia terapéutica, cuyo requisito de administración reside en la gasometría arterial.

Falta de rigor y calidad en la obtención y procesamiento de las muestras.

RESULTADOS ESPERADOS

Universalización de la doble obtención de muestra arterial y venosa en neonatos acidémicos, con un pH arterial = 7.10 (tasa de acidemia en nuestro medio del 4% anual).

Universalización de la doble obtención de muestra arterial y venosa, en una segunda fase posterior, en neonatos de bajo riesgo.

Establecimiento de un proceso riguroso de validación.

Mejora en la identificación de neonatos que precisan de mayor seguimiento postnatal, en base a su gasometría umbilical.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo reflejando los aspectos técnicos a cumplimentar en el proceso de obtención de la gasometría umbilical neonatal.

Realización de sesiones hospitalarias teóricas para formación del personal asistencial del parto en la correcta técnica de obtención de muestras, procesamiento y validación.

Sesión clínica informativa de los resultados obtenidos entre los profesionales sanitarios.

Reunión del grupo de mejora para evaluación de los resultados.

INDICADORES

Proporción de neonatos acidémicos en los que se realiza una correcta gasometría umbilical con doble obtención de muestra arterial y venosa, correctamente validada (Proporción = 80%).

Proporción de neonatos en los que se realiza una gasometría umbilical doble, con una mala validación del proceso (Proporción < 5%).

Proporción de neonatos en los que se realiza una gasometría umbilical obteniéndose una única muestra, ya sea arterial o venosa (Proporción < 15%).

Proporción de neonatos en los que no se realiza ningún tipo de gasometría (Proporción < 1%)

DURACIÓN

- Noviembre: Reunión del equipo de trabajo para planificar y coordinar el programa. Impartición de seminarios teórico-prácticos en el hospital. Resolución de posibles conflictos y dudas.

- Diciembre: Inicio de la doble obtención de muestras.

- Abril: Se evaluarán de forma prospectiva los cuatro primeros meses del proyecto, identificando así sus debilidades y puntos a mejorar.

- Abril-Octubre: Se espera realizar la doble obtención de forma protocolizada en neonatos acidémicos en una primera fase.

- Octubre: En una segunda fase, este análisis se ofertaría a todos los neonatos, acidémicos y no acidémicos

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0423

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA RECOGIDA DE GASOMETRIA CORDONAL NEONATAL Y VALIDACION DE LAS MUESTRAS ARTERIALES Y VENOSAS OBTENIDAS

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0433

1. TÍTULO

PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DE ALTO RIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE CARLOS DE BONROSTRO TORRALBA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN
RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES
TAJADA DUASO MAURICIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2017, se ha intentado realizar una coordinación efectiva en el seno del Grupo de Trabajo en Medicina Materno-Fetal para conseguir una mejor coordinación de los procesos de canalización de pacientes procedentes de otros centros hospitalarios a través de comentarios de casos clínicos y puesta en común de las propuestas de manejo. A través de estas reuniones, se ha creado un documento básico de canalización de pacientes obstétricas entre las diferentes secciones/servicios integrantes del grupo de trabajo facilitando extensiones de contacto y personas de referencia para el proceso de derivación de pacientes entre los distintos entornos clínicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El diálogo realizado entre los integrantes del grupo, se ha materializado en una mejor relación profesional entre los distintos Servicios vinculados a la Perinatología, que finalmente redundan en una mejor asistencia sanitaria a las pacientes con patología obstétrica. Para ello, la puesta en común de los casos clínicos de interés se ha mantenido de forma quincenal salvo periodo vacacional, manteniendo por tanto un número superior a 15 sesiones durante el año 2017 (como marcaba el estándar inicialmente planificado).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La comunicación fluida entre profesionales que comparten campo de actividad clínica, redundan en una mejora asistencia sanitaria.
- El planteamiento de unos criterios adecuados de canalización de pacientes simplifica la asistencia y optimiza los resultados.
- A pesar de ser un objetivo inicial, no se ha podido realizar por motivos organizativos una integración completa de los Servicios de Hospitales diferentes al Hospital Miguel Servet, que quedará pendiente como proyecto a corto-medio plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/433 ===== ***

Nº de registro: 0433

Título
PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DE ALTO RIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON

Autores:
DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS, CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL, RITE GRACIA SEGUNDO, TAJADA DUASO MAURICIO, RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN, RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES, PEREZ PEREZ MARIA PILAR, GARRIDO FERNANDEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0433

1. TÍTULO

PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DE ALTO RIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON

PROBLEMA

La Medicina Materno-Fetal es un área de la Obstetricia encargada de la detección, tratamiento y abordaje de las complicaciones aparecidas durante la gestación y que puedan comprometer al bienestar de la madre o el feto. El mejor escenario posible de asistencia al neonato de riesgo está basado en una estrecha y fluida colaboración entre los distintos especialistas implicados en el proceso (fundamentalmente obstetras, pediatras y cirujanos pediátricos), estableciendo normas comunes de actuación para optimizar los resultados.

Debido a la necesidad de crear un entorno de diálogo entre las distintas partes implicadas en la atención perinatal de gestaciones de alto riesgo, desde la Unidad de Medicina Materno Fetal de nuestro centro, se impulsó un proyecto que recibió una excelente acogida por parte por los distintos profesionales médicos a los que se invitó a participar.

En Febrero de 2014, se iniciaron una serie de sesiones clínicas quincenales integradas por representantes del Servicio de Obstetricia, Servicio de Pediatría y Servicio de Cirugía Pediátrica. Posteriormente, estas reuniones periódicas fueron reconocidas como "Grupo de Trabajo en Medicina Perinatal" por la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Miguel Servet.

Este foro ha supuesto un gran avance en la comunicación y colaboración entre los Servicios implicados desde su puesta en marcha. Por ello, desde el Hospital Materno-Infantil Miguel Servet, se ha creído conveniente ampliar la cobertura de las sesiones clínicas integrando al resto de los centros hospitalarios de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar y estandarizar los trámites de canalización de pacientes obstétricas desde los centros hospitalarios integrantes de la red del SALUD de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Mejorar el flujo de información clínica entre los distintos centros implicados en la asistencia obstétrica, creando un cauce de comunicación que permita realizar un seguimiento periódico de la gestante y el neonato.
- Ofrecer a las gestantes una óptima asistencia obstétrica independientemente del Sector Sanitario al que pertenezcan.

MÉTODO

- Creación de un protocolo estructurado de canalización de gestantes de riesgo al Hospital Universitario Miguel Servet desde otros centros de asistencia obstétrica de la Comunidad Autónoma (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).
- Difusión a los centros emisores de los criterios y cauces de remisión de gestantes de alto riesgo obstétrico (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).
- Integración de todos los hospitales con asistencia obstétrica en un foro de intercambio de información clínica vehiculado a través de la experiencia del "Grupo de Trabajo en Medicina Perinatal" (Responsables: Todos los integrantes del grupo).
- Designación de profesionales de referencia en cada centro hospitalario como interlocutores habituales en los intercambios de información, de cara a facilitar el seguimiento de las actuaciones (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).
- Creación de unos cauces de comunicación eficaz entre centros receptores y emisores de pacientes (teléfonos e e-mails de contacto, sistemas de videoconferencia, etc...) (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).

INDICADORES

- Porcentaje de gestantes con situaciones de riesgo obstétrico contempladas en el documento que son remitidas al Hospital Miguel Servet siguiendo el cauce previsto en el presente proyecto sobre el total de remisiones (Objetivo > 80%)
- Número de sesiones al año del Grupo Interdisciplinar de Medicina Perinatal integrando al resto de centros de la Comunidad Autónoma que son efectuadas (Objetivo > 15)

DURACIÓN

- Creación de un protocolo de canalización de gestantes de riesgo al Hospital Universitario Miguel Servet (Octubre - Diciembre 2016)
- Creación de cauces de comunicación entre centros receptores y emisores de pacientes (Octubre - Diciembre 2016)
- Difusión a los centros remitentes de pacientes de criterios y cauce de remisión de gestantes de alto riesgo obstétrico (Enero 2017)
- Designación de profesionales de referencia de cada centro hospitalario como interlocutores habituales (Enero 2017)
- Aplicación del proyecto y evaluación de resultados (Febrero-Junio 2017)

OBSERVACIONES

Modificación de proyecto nº 297 por exceso de caracteres.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0433

1. TÍTULO

PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DE ALTO RIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0445

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ANDRES OROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN
CASTAN MATEO SERGIO
GONZALEZ BALLANO ISABEL
LAPRESTA MOROS MARIA
ACERO CACHO ROBERTO
SANCHEZ PEREZ NOELIA
CABRERO PEREZ DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha diseñado una hoja de ingreso específica para Obstetricia, en el entorno la Historia Clínica Unificada del SALUD Aragón, que de forma automática permite la descarga de los datos más relevantes sobre el control gestacional de la paciente. Se han realizado charlas informativas para los usuarios de esta herramienta en el Hospital Miguel Servet - Servicio de Obstetricia.
Como actividades secundarias, en primer lugar, se ha extendido el uso de la cartilla electrónica a los centros del Sector Uno y una vez que se ha comprobado el buen funcionamiento de la misma se ha extendido a otros sectores de la Comunidad Autónoma de Aragón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de ingresos de obstetricia realizados en la plataforma HCE/ total de ingresos obstétricos x 100 = 25%
Número de primeras visitas de embarazo en las que se realiza cartilla electrónica /total de primeras visitas x 100 = 100%
Datos aportados por el CGIPC y revisión de los datos asistenciales del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Miguel Servet

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La hoja de ingreso está comenzando a despuntar como un elemento útil, ágil y que aporta seguridad en la transmisión de la información.
La implementación de la hoja de ingreso sufrió retraso con respecto al organigrama inicial en parte debido al mal funcionamiento de los antiguos equipos informáticos de la urgencia de maternidad. Este problema ha sido recientemente resuelto gracias el cambio de los mismos.
La principal dificultad de uso encontrada ha sido la coexistencia de dos plataformas diferentes para su uso en urgencias: PCH y HCE y la interconexión entre ambos. Se están diseñando, junto a los miembros del CGIPC, mejoras en este aspecto. Se están definiendo e indicando los casos en los que es clara su utilidad.
Con respecto a la extensión de la cartilla de embarazo a otros sectores su éxito ha sido claro y está ampliándose su uso en otros sectores de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Para completar esta herramienta se está trabajando en aumentar la información recogida de forma que todo lo relativo al proceso del embarazo y el parto de la gestante quede reflejado en el entorno de HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/445 ===== ***

Nº de registro: 0445

Título
IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

Autores:
ANDRES OROS MARIA PILAR, RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN, CASTAN MATEO SERGIO, GONZALEZ BALLANO ISABEL, LAPRESTA MOROS MARIA, ACERO CACHO ROBERTO, SANCHEZ PEREZ NOELIA, CABRERO PEREZ DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0445

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras el desarrollo de una cartilla de embarazo informatizada para Aragón, asociada a la plataforma de la Historia Clínica Electrónica (HCE) del SALUD y su pilotaje en el Sector II, se plantea su extensión a todos los centros de Especialidades del Sector II y del Sector I. De esta forma se mejorará la calidad de la atención a todas las gestantes cuyo control dependa del Servicio de Obstetricia del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. En el tiempo que llevamos de utilización de la cartilla electrónica se han observado las mejoras esperadas, tanto en el control como en la seguridad de la paciente, pero también un inconveniente derivado de la falta de medios técnicos para su correcto funcionamiento. Este problema ha sido especialmente acusado cuando las gestantes debían ser ingresadas desde urgencias ya que con los sistemas actuales resulta laborioso ver la cartilla en el entorno de HCE y realizar el ingreso en el PCH. Asociado a la cartilla de embarazo electrónica y utilizando el entorno que proporciona la plataforma de intranet del SALUD, se propone desarrollar una hoja de ingreso estructurada que recoja, de forma automática, los datos de más relevantes de la gestación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Diseño de una hoja de ingreso unificada para el Servicio de Obstetricia utilizando las herramientas de la Historia Clínica Informatizada, de forma que permita la descarga automática de los datos ya recogidos en la Cartilla Electrónica.
- Extensión de la cartilla de embarazo informatizada en los centros de Especialidades que dependen del Servicio de Obstetricia del Hospital Miguel Servet, incluyendo el Sector I.
- Acceso a los datos, desde todo Aragón, del ingreso de la gestante y de los datos de la Cartilla de embarazo. Disponibilidad de la información de forma automática desde cualquier ordenador del SALUD, sin precisar que la paciente lo lleve en formato papel.
- Unificar la información dada, en los diferentes sectores, sobre hábitos higiénico-dietéticos y recomendaciones de prevención de infecciones durante el embarazo.
- Mejora en la seguridad del paciente. Se evitan errores de transcripción al descargar de forma automática el resumen del control gestacional y al tener en la plataforma digital todo el seguimiento realizado del embarazo.
- Optimización del trabajo del personal implicado tanto en el área de Urgencias de Obstetricia del Hospital Miguel Servet como en los centros de especialidades.
- Disminución de costos y contribución a la preservación medioambiental
- Conocer los datos referentes a los ingresos de obstetricia para poder mejorar en la calidad del servicio.

MÉTODO
- Diseño de la hoja de ingreso adaptada al ingreso de obstetricia en al que se descarguen automáticamente los datos relevantes de la gestación. - Rodríguez Solanilla, Belén; Andrés Orós M^a Pilar; Acero Cacho, Roberto; Cabrerizo Pérez, David; Sánchez Pérez, Noelia
- Revisión de las medidas higiénico dietéticas que se le indican a la gestante. Castán Mateo, Sergio; Lapresta Moros, María
- Sesiones informativas a los facultativos del Hospital. Formación práctica a los profesionales implicados en su utilización tanto de la Cartilla de Embarazo informatizada como de la hoja de ingreso de obstetricia. Andrés Orós, M^a Pilar; González Ballano, Isabel; Cabrerizo Pérez, David.
- Sesiones en los centros de especialidades. Formación y tutelaje en el uso de la Cartilla de embarazo electrónica. Rodríguez Solanilla Belén; Sánchez Pérez, Noelia; Andrés Oros, M^a Pilar

INDICADORES
- Indicador 1: Número de ingresos de obstetricia realizados en la plataforma HCE / Total de ingresos obstétricos x 100.
Se obtendrá mediante los datos aportados por el CGIPC
- Indicador 2: N^o de primeras visitas de gestación en las que se realiza cartilla electrónica en los centros de especialidades / Total de primeras visitas en centros de especialidades x 100
Se obtendrá mediante los datos aportados por el CGIPC y los datos de asistencia del Servicio de Obstetricia.

DURACIÓN
-Octubre - Noviembre 2016: Diseño de la hoja de ingreso y pilotaje de la misma. Formación de los profesionales en la utilización de la cartilla de embarazo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0445

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

-Diciembre 2016: Uso de la cartilla de embarazo en todas las gestantes de primer día en el Sector I. Corrección de errores de la hoja de ingreso y formación de los profesionales en su utilización
-Mayo-Junio 2017: Desaparición de la cartilla de embarazo en formato papel en todos los centros de especialidades que dependen del servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0493

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SOSPECHA CLINICA DE GRIPE EN GESTANTE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL GONZALEZ BALLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la puesta en marcha de este proyecto de mejora se ha conseguido el objetivo de mejorar la calidad asistencial de las pacientes que acuden a Urgencias de Maternidad con la sospecha de gripe.

Se siguió el plan de trabajo establecido con la formación de un equipo de trabajo multidisciplinar con facultativos de los servicios de Obstetricia, Neumología, Microbiología y Farmacología.

Tras evaluar la evidencia científica se elaboró el Protocolo de actuación ante sospecha clínica de gripe en gestante en urgencias de Maternidad del HUMS en febrero de 2017.

Se estableció el circuito correcto a través de la colaboración con el Servicio de Farmacia para la dispensación de Oseltamivir a las pacientes con criterios de tratamiento ambulatorio.

Según el calendario previsto, tras la elaboración del protocolo se impartió una sesión a los miembros del Servicio incluyendo, los médicos internos residentes y todo el personal que realiza guardias en la Maternidad con el fin de que conocieran el protocolo realizado y el circuito correcto de actuación, así como, para establecer las acciones de salud necesarias para actuar en todos los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En relación a los resultados alcanzados, se ha logrado que de las pacientes que acuden a Urgencias de Maternidad con sintomatología gripal se les aplique correctamente el protocolo al 95,2 % de los casos. Con esto, se ha logrado que la tasa de complicaciones respiratorias graves en gestantes haya disminuido considerablemente.

Se realizó un frotis de gripe al 98,7% de las gestantes que acudieron a urgencias con criterios clínicos de sospecha de gripe.

En cuanto a las pacientes ingresadas en la planta de Medicina Materno-Fetal, se aplicó correctamente el protocolo al 97% de las gestantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este proyecto ha supuesto una mejora en la satisfacción de los facultativos implicados, fomentando el trabajo en equipo y consiguiendo un protocolo con un enfoque multidisciplinar.

Este proyecto, ha tenido una gran acogida entre los facultativos del servicio de Obstetricia ya que mejora y facilita el correcto manejo diagnóstico-terapéutico de una enfermedad tan prevalente en nuestro medio durante los meses de invierno

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/493 ===== ***

Nº de registro: 0493

Título
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN GESTANTES CON SOSPECHA DE GRIPE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

Autores:
GONZALEZ BALLANO ISABEL, FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA, MARTINEZ SAPIÑA PEREZ ANA, CRESPO ESTERAS RAQUEL, HERRERO SERRANO REBECA, LABORDA GOTOR RAMIRO, TEJERO CABREJAS EVA LUCIA, GOTOR COLAS MARIA LUZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0493

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SOSPECHA CLINICA DE GRIPE EN GESTANTE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el año 2012 la OMS recomienda que se priorice la vacunación frente a la gripe en gestantes, ya que está aumentada tanto la morbilidad como la mortalidad en comparación con las no gestantes, especialmente en segundo y tercer trimestre.

Los síntomas son, generalmente, los mismos que en mujeres no embarazadas. Las principales características clínicas de la gripe son: fiebre > 38°C, dificultad respiratoria, tos y malestar general. Puede coexistir una linfopenia significativa y alteraciones de las enzimas hepáticas.

La mayoría de síndromes gripales en las mujeres embarazadas son de carácter leve y cursan sin complicaciones. Sin embargo, en algunos casos la enfermedad puede progresar a una insuficiencia respiratoria grave, neumonía y/o aparecer complicaciones secundarias como las sobreinfecciones bacterianas.

Los tratamientos antivirales, pueden frenar la enfermedad, ya que disminuyen la replicación viral, moderan la agresividad de los síntomas y reducen las complicaciones de la gripe. En el momento actual, la OMS recomienda el oseltamivir (inhibidor de la neuraminidasa) como fármaco de elección.

Dada la importancia y alta prevalencia de la gripe en nuestro medio en determinadas épocas del año se considera importante la realización de un protocolo conjunto con los Servicios de Neumología, Microbiología y Farmacia, para establecer el correcto circuito asistencial y procesamiento rápido de las muestras biológicas.

Nuestro objetivo principal es evitar la variabilidad interobservador, ya que hasta ahora no existe ningún protocolo al respecto, con lo que queda a criterio de cada facultativo el modo de actuación y tratamiento. También es importante establecer la continuidad asistencial del proceso en Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora de la calidad y continuidad asistencial:

- Implementación de un protocolo multidisciplinar, junto al Servicio de Neumología, Microbiología y Farmacología, de manejo de la gestante con sintomatología de gripe en Urgencias de Maternidad.
- Sistematización en el diagnóstico y tratamiento ante la sospecha de gripe en la embarazada que acude al Servicio de Urgencias.
- Establecimiento del correcto circuito asistencial y enlace con Atención Primaria

Mejora de la seguridad clínica:

- Disminución de la variabilidad en la práctica clínica al protocolizar la conducta a seguir ante gestante que llega a Urgencias con sintomatología gripal.
- Estandarización de los criterios de ingreso en planta de Medicina Maternofetal.
- Estandarización de los criterios de seguimiento domiciliario.

Establecer las acciones de salud necesarias para actuar en todos los niveles de prevención:

- Prevención primaria: informar a la paciente de las medidas para evitar el contagio en su entorno próximo y a otras gestantes. En control hospitalario: medidas de aislamiento en planta de Medicina Maternofetal.
- Prevención secundaria: Diagnóstico precoz para evitar la progresión de enfermedad.
- Prevención terciaria: Evitar complicaciones graves con el correcto diagnóstico y tratamiento.

Mejora de la satisfacción del personal implicado en el proceso:

- Elaboración de un protocolo multidisciplinar con otros Servicios (Neumología, Microbiología y Farmacología) y mejora de capacitación del personal

Mejora de la satisfacción de las usuarias:

- Aumento de la confianza de la paciente
- Mejora de la calidad de la información transmitida a la gestante.

MÉTODO

- Formación de equipo multidisciplinar, constituido por representantes de todos los servicios implicados en la elaboración del protocolo. (Dra. González Ballano)

- Revisión de la evidencia científica existente. (Dra. Rodríguez Solanilla)

- Diseño de un protocolo de actuación para el diagnóstico y tratamiento de la paciente con sospecha de gripe en Urgencias de Maternidad del Hospital Universitario Miguel Servet (Dra. Andrés, Dra. Crespo, Dra. Lapresta, Dra. González Ballano, Dra. Rodríguez Solanilla, Dr. Castán)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0493

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SOSPECHA CLINICA DE GRIPE EN GESTANTE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

- Realización de una sesión para presentar el protocolo a los facultativos de los Servicios implicados (Dra. Crespo)
- Realización de una sesión para presentar el protocolo a los médicos internos residentes que realizan guardias en la Maternidad del Hospital Universitario Miguel Servet. (Dra. Andrés)
- Revisión y presentación periódica de resultados. (Dra. Lapresta)

INDICADORES

Tasa de pacientes que acuden a Urgencias de Maternidad con sintomatología gripal y correcta aplicación del protocolo.

Tasa de pacientes ingresadas en planta de MMF con sintomatología gripal y correcta aplicación del protocolo.

DURACIÓN

Octubre 2016: formación del equipo de trabajo y revisión de la evidencia científica

Noviembre- Diciembre 2016: diseño de protocolo de actuación

Enero 2017: sesión para presentación del protocolo

Mayo 2017: Presentación de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0580

1. TÍTULO

ADECUACION Y CONSENSO EN LA SOLICITUD DE MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA FETAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA MATERNO FETAL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE EVA LUCIA TEJERO CABREJAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS
ENVID LAZARO BLANCA
FRANCO ROYO MARIA JESUS
ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT
BENITO VIELBA MARTA
HERRERO SERRANO REBECA
PALLARES ARNAL VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tal y como se expuso en el proyecto, en los últimos años se había objetivado entre los profesionales implicados una falta de consenso en cuanto al inicio de esta técnica (monitorización cardiotocográfica) y su indicación. Así que las actividades que se han realizado han sido principalmente la decisión en común y consensuada en cuanto a cuáles son los criterios que marcan el inicio de esta técnica y su frecuencia. Se ha realizado a través de reuniones periódicas y conjuntas de todos los facultativos participantes en el proyecto, a través de las cuales se han puesto en común dichos criterios, se han tenido en cuenta de forma individual cada posible factor de riesgo, y en función de los mismos se ha consensuado inicio y frecuencia de esta técnica. Para facilitar el cumplimiento del mismo se ha elaborado una "descripción detallada" y esquemática por escrito de todo esto para que esté presente en ambas consultas de Medicina Materno Fetal a modo de consulta por parte del profesional en todo momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con respecto a los objetivos marcados se ha conseguido llegar a un consenso en cuanto al ajuste de la indicación y frecuencia de la realización de esta técnica. Todos los facultativos implicados actúan de una misma manera. De tal manera que se ha registrado un total de 78% de indicaciones de registros cardiotocográficos con respecto al total de partos en el año 2017. Mientras que en años anteriores el porcentaje de indicaciones ha llegado hasta un 88%, por ejemplo en el año 2015 (indicador: disminución del 10% de peticiones de registros cardiotocográficos realizados en consultas de Medicina Maternofetal)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades para la consecución de los objetivos se han cumplido fielmente. Han existido reuniones periódicas (>10). Todos los facultativos nos reunimos asiduamente por diferentes motivos, por lo que una de las cuestiones a debatir y a consensuar ha sido ésta. Quizá sería mejorable el inicio de puesta en marcha del proyecto en la práctica diaria en consulta, así se hubiera llegado a unos resultados más consistentes. Ya que por diferentes motivos asistenciales, se ha demorado en el tiempo... y la puesta en marcha real con cumplimiento estricto del mismo fue en Agosto 2017, por lo que los resultados corresponden a un periodo de tiempo de 5 meses, menor al estimado en el proyecto inicial (calendario previsto: 9 meses). Así que aunque a priori hemos objetivado un descenso subjetivo y real en el número de indicaciones, creemos que sería conveniente alargar el tiempo de evaluación para poder sacar conclusiones más significativas. De la misma manera, convendría también la revisión del cumplimiento de las peticiones ajustadas a estos criterios establecidos en el proyecto (indicador de evaluación).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/580 ===== ***

Nº de registro: 0580

Título
ADECUACION Y CONSENSO EN LA SOLICITUD DE MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA FETAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA MATERNO FETAL

Autores:
TEJERO CABREJAS EVA LUCIA, DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS, ENVID LAZARO BLANCA MAR, FRANCO ROYO MARIA JESUS, ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT, BENITO VIELBA MARTA, HERRERO SERRANO REBECA, PALLARES ARNAL VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0580

1. TÍTULO

ADECUACION Y CONSENSO EN LA SOLICITUD DE MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA FETAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA MATERNO FETAL

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: GESTION DE RECURSOS

PROBLEMA

La monitorización cardiocográfica fetal es un método que ha demostrado utilidad para evaluar el bienestar fetal en gestaciones de riesgo. En las consultas de Medicina Materno Fetal es una práctica habitual por las características de su población. El momento de comienzo del control en la consulta, está en función de la patología concomitante o factores de riesgo asociados y se encuentra perfectamente delimitado en los criterios de remisión.

En función de cuáles sean estos factores de riesgo y la edad gestacional, se iniciará la monitorización cardiocográfica fetal y se establecerá la frecuencia de repetición. En la mayoría de los casos existe consenso respecto a cuándo iniciar esta técnica y en qué patologías específicas. Pero en los últimos años, se ha detectado un aumento progresivo del número de monitorizaciones realizadas. Estimamos que aproximadamente el 10% de las monitorizaciones se realizan con una falta de consenso entre los profesionales implicados, lo que supone una sobreutilización del recurso. Sería útil por tanto ajustar y consensuar la indicación de esta técnica para las gestantes controladas en las consultas de Medicina Materno Fetal, entre los miembros de la Sección. El resultado previsible es un funcionamiento más ágil de las consultas, evitando la sobreutilización y aumentando la satisfacción de las usuarias.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos del proyecto son:

- El ajuste de la indicación y frecuencia en la realización de monitorización cardiocográfica fetal a las gestantes controladas en las consultas de Medicina Materno Fetal.
 - La estandarización del inicio de esta técnica en función de la edad gestacional y los factores de riesgo.
- Los resultados previsibles serían una disminución en la utilización innecesaria de recursos hospitalarios, fundamentalmente humanos, y una mejora en la percepción de la paciente sobre la asistencia recibida.

MÉTODO

- Realización de reuniones conjuntas entre los facultativos integrantes del proyecto, encargados de la consulta de Medicina Materno Fetal, para acordar las pautas de actuación.
- Establecimiento del circuito con los facultativos de centros de especialidades para delimitar las peticiones.

INDICADORES

- Disminución del 10 % de peticiones de registros cardiocográficos realizados en las consultas de Medicina Materno Fetal
- Cumplimiento del 90 % de las peticiones ajustadas a los criterios establecidos.
- Reuniones-sesiones conjuntas entre los integrantes del proyecto para ajustar y evaluar objetivos. (>10)

DURACIÓN

La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente de 9 meses. Una vez desarrollado el proyecto se analizarán los resultados obtenidos para valorar posibles fallos en su implantación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0664

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA RODRIGUEZ LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se llevaron a cabo dos reuniones con facultativos encargados del seguimiento de la gestación. La posibilidad de reunir a todos fue complicada por trabajar en diferentes centros de asistencia. (Noviembre-Diciembre 2016).

Se elaboró un documento explicativo acerca del screening de cromosomopatías y de las ecografías realizadas a lo largo del embarazo. Asimismo se realizó una encuesta para evaluar el grado de satisfacción de las pacientes (Enero-Marzo de 2017).

Se llevó a cabo la distribución por los centros de especialidades (Abril 2017).

Evaluación del documento y grado de satisfacción de las gestantes. (Mayo- Diciembre 2017).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El grado de satisfacción de las gestantes no pudo ser evaluado correctamente, debido a que tan solo al 50% de las mismas se les entregó el documento destinado para ello. No obstante, la puntuación obtenida estuvo por encima de 6 puntos.

El 80% de las gestantes acudieron a las consultas con el documento leído.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las reuniones con los facultativos que trabajaban en distintos centros fueron dificultosas. Este podría ser el motivo por el cual las encuestas de satisfacción no fueron entregadas correctamente a todas las gestantes.

El documento resulta útil como soporte informativo en la primera visita de gestación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/664 ===== ***

Nº de registro: 0664

Título
ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS

Autores:
RODRIGUEZ LAZARO LAURA, MARTI GAMBOA SABINA, MARTINEZ SUÑER SILVIA, PEREZ GONZALEZ JESUS, REDRADO GIMENEZ OLGA, RUIZ SADA JULIA, CHOLIZ EZQUERRO MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0664

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS

PROBLEMA

El control gestacional de bajo riesgo es llevado a cabo en los Centros Médicos de Especialidades (CME) adscritos al Hospital Universitario Miguel Servet (CME Ramón y Cajal, CME San José, CME Grande Covián).

En la primera visita del control gestacional, la paciente recibe información acerca de:

Visitas y seguimiento de la gestación en el Centro de Especialidades.

Exploraciones ecográficas y Diagnóstico Prenatal.

Infecciones TORCH.

Alimentación y estilos de vida saludables.

Medicación y suplementos necesarios.

Control gestacional concomitante con la Matrona de Área.

Cribado oportunista de patología cervical.

La ecografía obstétrica y el screening de cromosomopatías son una parte fundamental del control gestacional de bajo y alto riesgo. En nuestro centro se realizan actualmente tres exploraciones ecográficas en la gestante de bajo riesgo, cada una de ellas con finalidad y tiempos de exploración diferentes.

La primera ecografía se realiza en el primer trimestre de la gestación, en torno a la semana 12. En esta misma visita se realiza también el screening de cromosomopatías y se informa a la paciente en ese mismo momento del resultado obtenido. La segunda ecografía se realiza en la semana 20 de gestación y en ella se estudia detalladamente la morfología fetal. Y la tercera, en torno a la semana 35, cuyo objetivo principal es la valoración del estado y del crecimiento fetal, la situación y presentación, las características de la placenta y el volumen del líquido amniótico.

La gran cantidad de información que se expone en la primera visita de la gestación, hace necesaria la elaboración de documentos que la paciente pueda llevarse a su domicilio a fin de releerlos, comprenderlos y consultarlos cuando lo necesite a lo largo del embarazo.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocimiento del documento informativo por parte de los facultativos que trabajan en los Centros de Especialidades.

Facilitar información a las gestantes antes de acudir a las exploraciones ecográficas.

MÉTODO

Consensuar el documento con los facultativos encargados del seguimiento de la gestación en los CME. (Dr. Pérez, Dra. Martínez)

Elaboración del documento informativo de ecografía obstétrica y diagnóstico prenatal. (Dra. Rodríguez, Dra. Chóliz)

Elaboración de una encuesta para poder evaluar el grado de satisfacción de la paciente. La nota de los apartados irá de 1 a 10 donde 10 será "completamente satisfecho" y 1 "nada satisfecho". (Dra. Redrado)

Distribución y difusión del documento en los Centros de Especialidades adscritos. (Dra. Ruiz)

Evaluación del documento y grado de satisfacción de las gestantes. (Dra. Martí)

INDICADORES

Porcentaje de gestantes que acuden a la ecografía obstétrica con el documento leído. En la encuesta de satisfacción se preguntará a la paciente si recibió el documento informativo antes de acudir a las ecografías. Se considerará aceptable una cobertura inicial del 80%, esperando llegar al 100% en el plazo de un año.

Grado de satisfacción de las pacientes. Se considerará aceptable una puntuación por encima de 6.

DURACIÓN

Reunión de la Sección de Diagnóstico prenatal y lluvia de ideas para la elaboración del documento. (Octubre 2016)

Reunión con los facultativos especialistas de los diferentes Centros de Especialidades para poner en común el documento y valorar modificaciones. (Noviembre 2016)

Elaboración final del documento informativo. (Diciembre- Enero 2016-2017)

Distribución por los diferentes Centros de Especialidades. (Febrero 2017)

Evaluación de la difusión del documento y grado de satisfacción de las gestantes. (Marzo 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0664

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:	: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0703

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Fecha de entrada: 04/05/2017

2. RESPONSABLE ESTHER VIÑERTA SERRANO
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ CARBALLO MARIA SOFIA
GOTOR COLAS MARIA LUZ
GALLEGO CARNICER JAVIER
MARTINEZ SANTISTEBAN PILAR
ROYO VIÑADO MARIA JESUS
ORTEGA LACAMBRA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Recogidas de datos de todas las mujeres inmigrantes procedentes de los países de riesgo según manpa donde se practica la MGF.
Aviso de su estancia hospitalaria en este centro a la organización Médicos del Mundo a través de telefonía fija y/o móvil.
Facilitación del acceso de las mediadoras culturales adjuntándoles documentación sobre talleres de educación para la salud para población inmigrante, encuesta de satisfacción, y documento informado sobre consentimiento para realizar revisiones a recién nacidas en nuestro país.
Realización de un análisis estadístico con los datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han identificado a todas las mujeres procedentes del África Subsahariana de países de riesgo de prácticas de MGF que se les ha realizado en el libro de registro del parto como en la historia clínica.
Se ha proporcionado documentación informativa para la asistencia a talleres y cursos para un correcto uso del sistema sanitario, adecuado control prenatal, planificación familiar y salud materno-infantil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se sigue observando que la captación de mujeres se realiza al 100 %, pero que su transmisión a la asociación Médicos del mundo, sigue fallando en los meses estivales, debido al período vacacional de las participantes, siendo hasta el 50 % en algunos meses.
Mejora de la comunicación con las mediadoras por vía telefónica con móvil a través del envío de mensajes los fines de semana. Se captan más mujeres que por teléfono ordinario que los fines de semana está cerrada la sede.

7. OBSERVACIONES.

Se va a hacer una sesión clínica en Junio a través de las residentes de matrona, exponiendo el proyecto y la problemática de las mujeres con MGF.
Se ha hecho algún curso formativo con Médicos del Mundo al que han asistido alguna matrona del hospital así como residentes.
Se va a solicitar a través de la Unidad Docente una formación anual para las residentes.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/703 ===== ***

Nº de registro: 0703

Título
MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Autores:
VIÑERTA SERRANO ESTHER, MARTINEZ CARBALLO SOFIA, GOTOR COLAS MARIA LUZ, GALLEGO CARNICER JAVIER, MARTINEZ SANTISTEBAN PILAR, SOLA CORROZA PILAR, ROYO VIÑADO MARIA JESUS, ORTEGA LACAMBRA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0703

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

La Mutilación Genital Femenina incluye todas las prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones a los órganos genitales femeninos, ya sea por motivos culturales, religiosos, o por cualquier otra razón terapéutica. Las sociedades occidentales actuales se caracterizan por la integración y convivencia de diferentes culturas. Fruto de los flujos migratorios, la riqueza multicultural es una de las señas de identidad de sociedades avanzadas. En España, esta práctica se considera una violación de los derechos de las mujeres y en ninguna circunstancia se puede justificar basándose en el respeto de las tradiciones culturales. Desde el H.U. Miguel Servet, tratamos de identificar a aquella población incluida como factores de riesgo, es decir, ser mujer y pertenecer a una etnia y/o país en los que es admitida la práctica de la MGF, o bien ser una mujer adulta con MGF practicada. La detección se realiza en los servicios de Obstetricia, en concreto en Paritorio. Las fuentes de información para recabar datos serán a través de la propia inspección en el momento del parto, y a través de la encuesta que se les formula para reconocer el país de origen de la población inmigrante.

RESULTADOS ESPERADOS

Hasta el momento, forma parte de la continuidad de un proyecto de calidad de mejora que se inició en el año 2008.

- Identificación de aquellas mujeres inmigrantes incluidas como factores de riesgo.
- Inclusión de documentación con datos personales de la mujer, fecha de parto, sexo del recién nacido, país de origen, nº de habitación, así como folleto informativo sobre prácticas saludables, encuesta de opinión de la MGF, compromiso de Prevención de la MGF e información sobre Talleres de Promoción de la Salud y derechos humanos, y Prevención de la MGF.
- Colaboración en la difusión de actuaciones orientadas a la formación en las comunidades a través de los talleres realizados en la sede de Médicos del Mundo.
- Incorporación de las residentes de matrona en la formación continuada y en la difusión del programa de calidad fomentando su participación.
- Identificación de mujeres que dan a luz en el H.U. Miguel Servet a las que se les ha practicado alguna MGF en su infancia y/o pertenecen a algún país de riesgo.
- Sensibilizar al colectivo masculino del núcleo familiar para que no se produzca dicha práctica en su entorno.
- Ofrecer herramientas a través de talleres y cursos para un acceso correcto al sistema sanitario, adecuado control prenatal, planificación familiar y salud materno-infantil, aprovechando ésto para el abordaje de la MGF.
- Sensibilizar a las residentes de matrona, ginecología y pediatría sobre la MGF mediante la incorporación de seminarios en su formación.

MÉTODO

Identificación y registro a través del libro de partos de aquellas mujeres con algún país de riesgo o con alguna MGF

- Comunicar a Médicos del Mundo de los datos registrados y del ingreso de alguna mujer de riesgo.
- Preparar material informativo para proporcionar a las Mediadoras Culturales y éstas a su vez a las pacientes Ingresadas
- Organizar o cooperar en la realización de cursos de formación continuada para personal sanitario

INDICADORES

- Nº de mujeres identificadas pertenecientes a algún país de riesgo y/o con alguna MGF practicada.
- Nº de mujeres captadas.
- Nº de mujeres que asisten a los talleres impartidos por Médicos del Mundo.
- Nº de cursos de formación continuada realizados para personal sanitario.
- Nº de asistentes a los cursos de formación continuada.
- Nº de casos nuevos detectados de MGF practicadas.

DURACIÓN

Como es una continuidad del proyecto actual, no existe fecha de inicio porque se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0703

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

está realizando en la actualidad. Lo mismo ocurre con la finalización.

OBSERVACIONES

EL MATERIAL DIVULGATIVO ES PROPORCIONADO POR MÉDICOS DEL MUNDO : INFORMACIÓN DE TALLERES, INFORMACIÓN SOBRE PRÁCTICAS SALUDABLES, CONSENTIMIENTO ESCRITO Y ENCUESTA SOBRE MGF.
LOS CARNETS IDENTIFICATIVOS DE LAS MEDIADORAS SERÁN PROPORCIONADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0715

1. TÍTULO

AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PUERPERIO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ANDREA AGUSTIN OLIVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PADIN FABEIRO MARTA
EZQUERRA GIMENEZ ANA
TABUENCA VICIEN CRISTINA
SERRANO VIÑUALES ITZIAR
PARDO JORDAN MARIA JOSE
ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS LUZ
LAHOZ FUERTE JOAQUINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este periodo los diferentes profesionales se han coordinado para conseguir el objetivo del proyecto. Las pacientes seleccionadas por su bajo riesgo han sido dadas de alta antes de las 12 horas de la mañana, facilitando la disponibilidad de camas en las plantas de puerperio y permitiendo que no se acumulen los ingresos a última hora de la mañana. No han sido necesarios recursos económicos, ya que toda la infraestructura y personal necesario estaba disponible previamente, únicamente se han optimizado su utilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dentro del grupo seleccionado para el alta precoz, hasta un 55% de ellas han podido ser dadas de alta antes de las 12 h.
Inicialmente se propuso un standard del 50%, por lo que se ha cumplido y superado el objetivo propuesto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los integrantes del equipo que atiende a las pacientes puerperas han colaborado para la consecución de este proyecto.
Este proyecto puede mantenerse dada la elevada satisfacción de las pacientes y la predisposición de los profesionales sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/715 ===== ***

Nº de registro: 0715

Título
AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PUERPERIO

Autores:
AGUSTIN OLIVA ANDREA, PADIN FABEIRO MARTA, EZQUERRA GIMENEZ ANA, TABUENCA VICIEN CRISTINA, SERRANO VIÑUALES ITZIAR, PARDO JORDAN MARIA JOSE, ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS MARIA LUZ, LAHOZ FUERTE JOAQUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: AGILIZACIÓN DEL SISTEMA DE ALTAS

PROBLEMA

En el Hospital Universitario Miguel Servet tienen lugar más de 4000 partos anualmente, lo cual supone un elevado número de ingresos y de altas hospitalarias, la mayor parte de ellas de forma precoz (a partir de las 48 horas tras un parto vaginal y a los 4 días tras una cesárea si no existen complicaciones). En este proceso se encuentran involucrados varios profesionales: auxiliares, enfermeras, personal de limpieza, secretarías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0715

1. TÍTULO

AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PUERPERIO

administrativas, ginecólogos, pediatras y matronas. Por ello el proceso debe realizarse de forma conjunta y organizada para optimizar los recursos. Hasta la implantación del plan de mejora de agilización de las altas hospitalarias en el puerperio en 2016 todas las altas se producían entre las 12 y las 15 horas. A partir de la implantación de este proyecto, aquellas pacientes que cumplían los criterios de inclusión posteriormente explicados fueron dadas de alta antes de las 12 h del mediodía.

El objetivo de este proyecto es continuar secuenciando las altas hospitalarias en dos bloques horarios: uno antes de las 12 horas y otro entre las 13 y 14 horas, facilitando la disponibilidad de camas a primera hora de la mañana para nuevos ingresos, evitando la sobrecarga de altas a última hora de la mañana y mejorando la satisfacción de las pacientes al poder irse a casa más precozmente.

RESULTADOS ESPERADOS

Alta de las pacientes en dos franjas horarias:
-1º antes de las 12 horarias
-2º entre las 13-14 horarias.

MÉTODO

Inicialmente hay que seleccionar aquellas pacientes que puedan ser dadas de alta en la primera franja horaria, considerando los siguientes criterios de inclusión:

- Transcurso de 48 horas tras un parto vaginal o 4 días tras una cesárea antes de las 8h de la mañana
- Pacientes sin patología de base
- Recién nacidos a término con peso adecuado para su edad gestacional

El ginecólogo seleccionará las pacientes candidatas en el pase de visita el día anterior y le consultará a la paciente si desea irse a casa al día siguiente antes de las 12 horarias. Si la paciente acepta, el ginecólogo, el pediatra y la matrona el día del alta del pasarán visita a estas pacientes a primera hora de la mañana y la enfermera les entregará la documentación para que pueda abandonar el hospital antes de las 12 horarias.

INDICADORES

Se considerará que se han cumplido los objetivos si al menos el 50% de las pacientes seleccionadas para el alta precoz abandonan el hospital antes de las 12h. La evaluación se realizará de forma anual.

DURACIÓN

Aplicación durante un año a partir de la fecha de aprobación del proyecto y valoración de los resultados de forma anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0725

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UNPROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE IGNACIO ADIEGO CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE GOMEZ ISABEL
COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO
VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER
RUBIO CUESTA PATRICIA
MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN
FRANCO JIMENEZ LORENA
PASTOR CABALLERO PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se llevó a cabo la elaboración del triptico informativo, motivo de esta línea de mejora, en el que se informa de los procesos a los que va a ser sometida la paciente durante su ingreso hospitalario: forma de ingreso, hospitalización, pruebas complementarias accesorias a su proceso quirúrgico y que profesionales van a atender su postoperatorio.

Se elaboró además una encuesta de satisfacción, de cara a evaluar el impacto en la paciente de este triptico, así como a las actividades de monitorización de su entrega.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha incorporado a nuestra práctica habitual la entrega del triptico informativo a la paciente en la visita preoperatorio. Dado que esta se realiza entre 7 y 14 días de la cirugía, ha sido entregada en la totalidad de los casos. Por lo tanto, la cobertura ha sido cercana al 100% y la acogida por parte de todo el personal de Consultas Externas, encargados de su impresión y entrega ha sido excelente. Este dato se vio ya en la monitorización a los 6 meses. [OBJETIVO: 85% a los 6 meses, 100% al año] Solo una paciente manifestó no haber recibido el triptico durante este tiempo.

La encuesta de satisfacción recibió una acogida menor en sus inicios. Entregada en la Planta de Hospitalización, con el fin de ser entregada y recogida durante el mismo proceso. Al primer mes se entregaron los cuestionarios al 58% de las pacientes, cifra que subió hasta el 74% a los 3 meses, alcanzando el 93% a los 6 meses. El porcentaje de cumplimentación es ligeramente menor, del 90% de las pacientes a las que se les entrega el cuestionario.

En concepto de:

- satisfacción con la información recibida, la nota media fue de 8,63.
- Utilidad para su ingreso hospitalario: mayor de 8.
- Disminución la ansiedad previa al ingreso: mayor de 8.
- Concordancia con la experiencia vivida: mayor de 9.

[Objetivo > 6]

Destaca que una paciente manifestó haberlo perdido y otra haberlo olvidado sin leerlo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La información a las pacientes es un hecho fundamental en la asistencia sanitaria. En muchos casos, al tratarse de nuestra actividad laboral habitual es que probablemente ese ingreso hospitalario sea una de las situaciones vitales más estresantes que van a vivir, tanto por la propia cirugía como por la naturaleza de su diagnóstico.

Un "pequeño" triptico es suficiente para disminuir la ansiedad de la paciente para afrontar su intervención, además de aportar beneficios para nuestra práctica diaria habitual. Han disminuído, hasta prácticamente desaparecer las dudas/conflictos para realizar el ingreso hospitalario. Además, las pacientes conocen de antemano que profesionales les van a atender durante el ingreso y conociendo de antemano la atención integral que ya se venía dando sin la "publicidad" adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/725 ===== ***

Nº de registro: 0725

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0725

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UN PROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA

Título
ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UN PROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA

Autores:
ADIEGO CALVO IGNACIO, VICENTE GOMEZ ISABEL, COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO, VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER, RUBIO CUESTA PATRICIA, MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN, FRANCO JIMENEZ LORENA, PASTOR CABALLERO PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El diagnóstico de una neoplasia mamaria coloca a la mujer en una situación francamente vulnerable. Con el inicio ya hace muchos años del Proceso Asistencial de Patología Mamaria se ha conseguido encauzar muchas de las actuaciones favoreciendo la situación personal tanto del paciente como de sus familiares al sentirse "acompañados" en ese proceso.

A pesar de ello, hemos detectado a lo largo de los años, que uno de los puntos que más ansiedad genera, por su desconocimiento, es qué les espera en su ingreso hospitalario.

Es el miedo a lo desconocido lo que hace que afronten de esa manera esta circunstancia y creemos que al verse convenientemente subsanada, ayudaría a estas pacientes (y sus familias) a superar de mejor manera este paso en el tratamiento del cáncer de mama.

Además, la situación de estrés que acompaña al diagnóstico, impide en muchas ocasiones afrontar el proceso como sería conveniente e impide fijar información comentada verbalmente en la consulta. La repetición de preguntas similares por parte de las mismas pacientes así como la identificación de preguntas repetitivas por parte de prácticamente la totalidad de las pacientes que se enfrentan a este problema nos han llevado a proponer este proyecto de mejora, con el fin de resolver las dudas/desconocimientos más frecuentes con la intención de mejorar su atención y facilitar el proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es conseguir aportar la información necesaria a la paciente que se va a someter a una cirugía por proceso oncológico de mama para que conozca aquello que debe conocer para conseguir evitar la ansiedad. Es la información lo que nos va a permitir que los pacientes se enfrenten a esta situación libres del miedo a lo desconocido, con los beneficios que ello aporta

De manera secundaria:

Facilitar el trabajo del personal de la Unidad (admisión, recepción en planta por Enfermería, celadores, ...) al hacer conocedores de los procesos a los pacientes y familiares.

Cuantificar el beneficio aportado por esa información en las pacientes.

MÉTODO

Se elaborará un tríptico informativo (coordinado por Ignacio Adiego y Francisco Villalobos) con la información necesaria para las pacientes en materia de: cómo realizar el ingreso, qué procedimientos van a ser realizados dentro del ingreso, dónde va a llevarse a cabo la intervención, qué profesionales van a visitarle durante el ingreso, ... Este será entregado a la paciente en la visita preoperatoria, con el fin de servir de apoyo a la resolución de dudas que no haya podido o recordado preguntar en la consulta.

Información al resto de profesionales que pudieran verse involucrados en la instauración de este tríptico (Lorena Franco en Consultas Externas y Patricia Rubio en Hospitalización).

Elaboración (Luis Fernando Colmenarejo) de encuesta de satisfacción para poder cualificar el impacto en la paciente y familia de la información que ha recibido. La nota de los apartados irá codificada entre 1 a 10 donde 10 es "completamente satisfecho" y 0 "nada satisfecho".

Recogida de encuesta de satisfacción (Paula Pastor).

Procesamiento de datos procedentes de las encuestas de satisfacción (Isabel Vicente)

Monitorización del nivel de Cobertura (Ana Carmen Marcuello y Francisco Villalobos)

Elaboración de propuestas de mejora (Ana Carmen Marcuello)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0725

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UNPROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA

INDICADORES

Grado de satisfacción: En una escala de satisfacción de 1 a 10, numerica, consideramos aceptable una puntuación mayor de 6 como punto de partida para nuestro proyecto.

Cobertura: en la encuesta de satisfacción, se le preguntará a la paciente si recibió antes del ingreso el triptico informativo, contestable con SI/NO/NO LO RECUERDO. En un inicio, consideramos aceptable la cobertura inicial del 85%, con la intención de alcanzar el 100% en el plazo de un año.

DURACIÓN

Octubre 2016: reunión de los profesionales para evaluar los puntos fundamentales que aparecerán en el tríptico informativo.

Finales de Octubre: Maquetación y elaboración del documento.

2 de Noviembre: Inicio de la entrega del documento informativo en consulta preoperatoria de Unidad de Mama.

A los 6 meses, reevaluación de los parámetros de satisfacción y cobertura.

A los 6 meses, tras esa reevaluación, reunión para propuestas de mejora.

Al año, si el grado de satisfacción y cobertura son buenos, planificar instaurar tripticos adecuados a cada modalidad de intervención (Mastectomía, Cirugía conservadora, Radioterapia intraoperatoria, ...)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0750

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE YASMINA JOSE GUTIERREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BAQUEDANO MAINAR LAURA
MOROLLON LORIZ ISABEL
BORQUE IBÁÑEZ AMPARO
DE PABLO SORIANO DANIEL
RODRIGO CONDE CESAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la puesta en marcha del proyecto, se han unificado las pautas de actuación de los facultativos del Servicio que pasan la consulta de Oncología Ginecológica a la hora de realizar el seguimiento de las pacientes tratadas por cáncer de endometrio, ovario, cérvix, vulva y vagina. Se ha protocolizado, en función de las recomendaciones de las principales sociedades científicas, los intervalos de seguimiento durante los primeros años post-tratamiento, de forma individualizada para cada tipo de tumor, consensuando el tipo de exploraciones y pruebas complementarias se deben realizar en cada tipo de tumor, evitando en muchos casos maniobras innecesarias y molestas para las pacientes, con el coste económico asociado que suponen pero sin minimizar la capacidad de detección de posibles recidivas.

Hemos cumplido el calendario de actividades previsto.

Material desarrollado:

Se han creado unos algoritmos de seguimineto para cada tipo de tumor en función de las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en ellos consta la periodicidad de seguimiento y pruebas y exploraciones a realizar en cada tipo de tumor. Estos algoritmos están disponibles en las 2 consultas de Ginecología Oncológica. (Onco A y B). Existen bases de datos de los tumores ginecológicos para registrar las posibles recidivas detectadas y la supervivencia libre de enfermedad y global de las pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados del proyecto han sido muy positivos ya que hemos conseguido unificar pautas de actuación entre todos los miembros del servicio, logrando disminuir visitas y pruebas complementarias innecesarias. Revisando al azar 100 historias de pacientes oncológicas atendidas en consulta tras la instauración del protocolo, el 90% cumplía las nuevas recomendaciones establecidas. El número de recidivas de enfermedad fue similar a los años previos, con lo que confirmamos que la optimización de exploraciones y recursos no va en detrimento de la salud de las pacientes y si supone un ahorro económico considerable. Las pacientes mediante encuestas anónimas se encuentran más satisfechas por la asistencia recibida, estando el 95 % satisfechas o muy satisfechas con la atención prestada por los facultativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora es muy positiva, ya que únicamente unificando criterios de actuación hemos logrado mejorar nuestra labor asistencial diaria. Se trata de un proyecto completamente sostenible por utilizar los recursos disponibles en las consultas no necesitando de ningún material nuevo. Todos los facultativos implicados se han mostrado muy colaboradores con la iniciativa y han aportado ideas con la finalidad de mejorarla.

Quedaría pendiente, mejorar la coordinación con los otros Servicios implicados en el seguimiento de estas pacientes como Oncología médica y Radioterapia, para intentar ver a las pacientes el mismo día y ahorrar visitas hospitalarias y desplazamientos a las pacientes. Esto ya se ha empezado a realizar con buenos resultados por el momento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/750 ===== ***

Nº de registro: 0750

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0750

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

Autores:

JOSE GUTIERREZ YASMINA, BAQUEDANO MAINAR LAURA, MOROLLON LORIZ ISABEL, PUIG FERRER FERNANDO, HORNO OCTAVIO MARIANO, BORQUE IBAÑEZ AMPARO, DE PABLO SORIANO DANIEL, RODRIGO CONDE CESAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Cánceres ginecológicos
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Ginecología del Hospital Miguel Servet es centro de referencia en el diagnóstico y tratamiento del cáncer ginecológico de la Comunidad Autónoma de Aragón, incluyendo en su Cartera de Servicios todos los procesos malignos del tracto genital.

Una vez realizado el tratamiento primario de cada tipo de tumor: endometrio, cérvix, ovario, vulva y otros menos frecuentes es preciso realizar un correcto seguimiento, más intenso durante los primeros años, que se podrá ir espaciando si las pacientes continúan libres de enfermedad.

El seguimiento deberá ser distinto en cada tipo de tumor por las características de los mismos, ya que difieren en el lugar y periodo más frecuente de recidiva.

En la actualidad no disponemos de un protocolo de seguimiento instaurado. Por ello con la finalidad de corregir y mejorar esta situación, proponemos esta línea de mejora que pretende facilitar el trabajo a los integrantes de nuestro Servicio para obtener un resultado final óptimo tanto para nosotros como para nuestras pacientes.

Se protocolizará, en función de las recomendaciones de las principales sociedades científicas, los intervalos de seguimiento durante los primeros años post-tratamiento, de forma individualizada para cada tipo de tumor y estableceremos el momento en el que se considera prudente dar el alta de las consultas hospitalarias para continuar las revisiones en las consultas de los CME. También consensuaremos que tipo de exploraciones y pruebas complementarias se deben realizar en cada tipo de tumor, evitando en muchos casos maniobras innecesarias y molestas para las pacientes, con el coste económico asociado que suponen pero sin minimizar la capacidad de detección de posibles recidivas.

RESULTADOS ESPERADOS

Por todo lo anteriormente expuesto pretendemos actualizar y unificar las pautas de actuación en relación al seguimiento de las pacientes oncológicas en nuestras consultas externas especializadas (Ginecología Oncológica Ay B).

Pretendemos utilizar estrategias validadas desde la evidencia científica, con la finalidad de obtener el máximo rendimiento, con criterios de coste-eficacia aceptables y teniendo en cuenta los recursos existentes.

Comenzaremos en una 1º fase del proyecto con la implementación de este protocolo en las consultas hospitalarias de nuestro centro para de forma progresiva extenderlo a los CME. De esta forma tras los años determinados para cada tipo de tumor, las pacientes podrán realizar sus revisiones de forma ambulatoria, sin tener que acudir al centro Hospitalario de referencia.

MÉTODO

1. Diseño de un protocolo de actuación para el seguimiento de las pacientes oncológicas en el Servicio de Ginecología, basado en los protocolo de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).
2. Presentación del protocolo a los miembros del Servicio implicados en estas consultas específicas.
3. Instauración del protocolo de forma inicial en las consultas externas hospitalarias de ginecología.
4. Extensión del protocolo en los siguientes años a los CME dependientes de nuestra área.
5. Control de calidad del protocolo, con registro del número de recidivas detectadas.
6. Control de la eficiencia del nuevo protocolo.

INDICADORES

INDICADORES:

1. % de aplicación del nuevo protocolo de seguimiento en las consultas externas hospitalarias, deseable por encima del 80%.
2. Número de recidivas detectadas mediante el nuevo protocolo de seguimiento.
3. Ahorro económico asociado, al disminuir el número de procedimientos, análisis y pruebas innecesarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0750

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

4. Evaluación del grado de satisfacción de las pacientes.

Para la evaluación y seguimiento:

• Creación de reuniones y sesiones de trabajo trimestrales para detectar posibles problemas en el desarrollo del proyecto.

• Elaboración de base de datos informatizada para conocer la incidencia de recidivas en cada tipo de cáncer ginecológico detectadas.

• Realización de un proceso de auditoría interna para la valoración de los resultados obtenidos tras la aplicación del nuevo protocolo.

• Detección de posibles debilidades del protocolo y aspectos que puedan ser mejorados.

• Elaboración de una memoria anual con la actividad asistencial realizada en relación al procedimiento.

• Elaboración y distribución de encuestas anónimas para conocer el grado de satisfacción de las usuarias.

DURACIÓN

1. Elaboración del protocolo de actuación: octubre 2016.

2. Presentación a los miembros del Servicio: octubre 2016.

3. Inicio de aplicación del protocolo en las consultas externas hospitalarias: octubre 2016.

4. Creación de base de datos informatizada: octubre 2016.

5. Actualización periódica de la base de datos, de forma continuada desde octubre del 2016.

6. Elaboración de reuniones periódicas: trimestralmente.

7. Elaboración de memoria anual del proyecto: noviembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0822

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE JARA PASCUAL MANCHO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TAJADA DUASO MAURICIO
ABENIA USON PILAR
BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO
VILLACAMPA ALONSO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han realizado reuniones multidisciplinarias mensuales salvo verano. Con creación de actas.
- Se han realizado reuniones de carácter extraordinario en casos especiales de carácter urgente por los plazos de interrupción gestacional y por ser pacientes procedentes de otras provincias y comunidades autónomas para optimizar las consultas en un solo viaje.
- Hemos creado un circuito de comunicación oficial y escrito entre los distintos especialistas y mejorado la información transmitida a los pacientes.
- Hemos creado una base de datos para el seguimiento de los indicadores del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han creado figuras interlocutoras de cada subespecialidad que facilitan la colaboración interdisciplinaria.
 - N° de reuniones realizadas: 8 (mensuales salvo periodo estival que se suplieron por extraordinarias en función de los casos diagnosticados).
- Reuniones: 1°. Patología urológica fetal (17/01/2017) 2°. Psicología clínica (03/02/2017) 3°. Cromosomopatías sexuales (15/02/2017) 4°. Neuropediatría y patología fetal (29/03/2017) 5°. Interrupción Legal del Embarazo (19/06/2017) 6°. Cardiología fetal (29/09/2017) 7°. Genética clínica (04/10/2017) 8°. Retraso crecimiento intrauterino (20/12/2017).
- Se disponen de actas de las reuniones pero dado el espacio en este formulario no se adjuntan.
- Se ha creado una base de datos operativa que permitirá un control de calidad.
 - De las 195 malformaciones ecográficas diagnosticadas durante el 2017, el 21% realizaron ILE. 76 fueron atendidas por miembros del comité multidisciplinario (39%). 11 pacientes por el nuevo circuito de Psicología Clínica (el 100% de estas pacientes realizaron ILE).
- El 88% de las pacientes eran del Sector II, 12% de otras áreas de referencia (Teruel, Huesca, La Rioja, Barbastro, Área III)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración sobre las actividades realizadas por parte del equipo de mejora es muy positiva. Ha permitido mejorar la comunicación de la sección de Diagnóstico Prenatal con otras especialidades. Ha permitido mejorar la información proporcionada a las pacientes con fetos malformados previo a la ILE o al parto.

Aspectos pendientes: Estimar la valoración de las pacientes sobre este nuevo circuito a través de una encuesta de satisfacción y/o percepción del proceso. Proponemos realizarlo en la continuación del proyecto.

Este proyecto ha tenido muy buena acogida por los profesionales pero es de difícil replicación en otros centros de la comunidad que no cuenten con la cartera de especialistas necesarios. Esperamos en años sucesivos aumentar el porcentaje de pacientes externos a nuestra área susceptibles de beneficiarse de este circuito a través de la difusión de este programa.

7. OBSERVACIONES.

Se realizó una sobreestimación del porcentaje de pacientes con fetos malformados que se beneficiarían del proyecto (85 sobre 38%). Esto es debido a que los fetos con malformaciones mayores (acráneos, encefaloceles...) no entran en este circuito porque tienen un pronóstico ominoso y se prolonga la decisión de la ILE.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/822 ===== ***

Nº de registro: 0822

Título
COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0822

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores:
PASCUAL MANCHO JARA, TAJADA DUASO MAURICIO, GARRIDO FERNANDEZ MARIA PILAR, GARCIA ASENSIO LAURA, ABENIA USON PILAR, LASARTE LOPEZ ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- El cribado de las malformaciones fetales se realiza por parte de los obstetras ecografistas. Salvo en patología cardíaca, el resto de las malformaciones son comunicadas a los futuros padres por los propios obstetras.
- No hay establecido un circuito ágil y rápido de derivación de estos pacientes a los propios especialistas implicados en el seguimiento postnatal, siendo que estas situaciones requieren una atención temprana antes de las 22 semanas de gestación.
- Se ha visto aumentada la necesidad de traslados de gestantes a centros extracomunitarios para tratamiento intraútero y postnatal que son subsidiarios de soporte y seguimiento por parte de la trabajadora social.
- También se ha visto aumentado el número de parejas que deciden continuar la gestación con diagnósticos neonatológicos desfavorables e incompatibles con la vida. Dichas gestaciones son candidatas a tratamientos paliativos perinatales que requieren una planificación prenatal, mayor seguimiento y mayor soporte tanto médico como psicológico y social. Estos casos también se beneficiarían de un circuito establecido para la evaluación de los recursos sociales y familiares de forma prenatal.

Por todo ello, el establecimiento de un circuito ágil de derivación de dichos pacientes, que a demás sirva como canal de comunicación prenatal entre los distintos especialistas involucrados, será una oportunidad de mejora en la atención clínica de estos casos. Dicho marco favorece la puesta en común de los hallazgos, la mejora y unificación de la información suministrada a los padres para una toma de decisiones autónoma, el seguimiento evolutivo de los casos por parte de los especialistas y las pautas posibles de control y tratamiento tanto prenatal como postnatal.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar un circuito asistencial multidisciplinar ágil para los pacientes diagnosticados de malformaciones fetales.
- Consensuar y unificar la información suministrada a los padres para una toma de decisiones autónoma y plena.
- Consensuar y unificar la planificación y pauta de controles prenatales.
- Mejorar el soporte tanto psicológico, informativo, como social de los futuros padres tanto si deciden continuar la gestación como interrumpirla.
- Elaborar una base de datos que integre los casos en curso, accesible para conocimiento de todos los especialistas implicados y permita el control de calidad.
- El análisis de la evolución de los casos a medio y largo plazo.

MÉTODO

- Selección y nombramiento de los representantes de las diferentes subespecialidades implicadas en el equipo de mejora.
- Creación del circuito de derivación.
- Instauración de reunión multidisciplinar (inicialmente su periodicidad pretende ser mensual o bimensual).
- Se contemplan reuniones de carácter extraordinario con la parte interesada del equipo multidisciplinar según la urgencia que requiera cada caso particular (dado los plazos de la ley de Interrupción Legal del Embarazo), optimizando así la coordinación y el manejo de casos que requieren controles y tratamientos especiales.
- Un objetivo adicional es mejorar la comunicación entre los distintos especialistas de los casos para una derivación fluida, mejora en la información transmitida a los pacientes y por ende su satisfacción percibida.

INDICADORES

- Equipo constituido con nominación de representante y suplente para cada subespecialidad.
- Nº de reuniones realizadas, su periodicidad y participación de los miembros o suplentes del comité prenatal
- Nº de pacientes atendidas mediante dicho circuito sobre el total de pacientes diagnosticadas de malformaciones fetales (>85%)
- Base de datos operativa común que permita un control de calidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0822

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

DURACIÓN

- Diciembre 2016: Elaboración del circuito oficial de derivación y presentación de éste a los integrantes y colaboradores del proyecto de mejora.
- Diciembre 2016: Planificación y coordinación de las reuniones con los distintos especialistas.
- Diciembre 2016: Elaboración de un soporte informático hospitalario común de libre acceso por los distintos especialistas involucrados para su consulta.
- Enero 2017: Instauración de las reuniones y circuito.
- Junio 2017: Evaluación de los resultados mediante el análisis de los indicadores.

OBSERVACIONES

- Este plan de mejora abarca como ámbito más novedoso la incorporación del apoyo social y de recursos que estos pacientes pueden necesitar mediante el trabajador social y enfermería especializada (matrona), así como especialistas en psiquiatría.
- El establecimiento de dicho circuito asistencial se pondrá en conocimiento de los distintos responsables de los hospitales aragoneses cuyo centro de referencia en Diagnóstico Prenatal es el Hospital Materno Infantil para facilitar una derivación mucho más rápida y fluida de los casos por parte de los especialistas que los han iniciado.
- Finalmente, la comunicación y el trabajo en equipo con facultativos de distintas especialidades médicas, es en sí mismo una oportunidad de mejora que permite el trato a estos pacientes de una forma integral.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0828

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE RAUL BOLEA TOBAJAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NEGREDO QUINTANA ISABEL
COTAINA GRACIA LAURA
RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL
MARRON TUNDIDOR RAFAEL
DIAZ RABASA BEATRIZ
PUYUELO SAMITIER ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En un principio el grupo mediante varias reuniones diseñó y planificó las variables que debían de ser introducidas en el libro. También se discutió quién o quienes debían ser los encargados y como debería ser el acceso de los profesionales al libro quirúrgico.

Se estudiaron posibles herramientas informáticas ya en el mercado que pudieran satisfacer nuestras necesidades y que pudieran estar disponibles en nuestro centro.

El libro inicial era una réplica del usado en la actualidad usando una agenda básica de Excel. La información debía ser introducida manualmente (no se podía descargar de la Intranet del hospital) y aunque se mejoró la legibilidad y claridad de los datos y permitía ciertas búsquedas rápidas para no duplicar pacientes, por ejemplo, no cumplía con las expectativas del proyecto.

El proceso quirúrgico se inicia en el momento en el que el facultativo detecta la necesidad de aplicar un procedimiento quirúrgico a la paciente y se produce la inclusión en la lista de espera.

En los últimos meses del 2017 el servicio de Ginecología ha comenzado a realizar la inclusión de las pacientes que precisan una intervención quirúrgica en el HP Doctor. Esta tarea es fundamental para la programación de los diferentes quirófanos ya que se trata de la puerta de entrada o primer paso del proceso y ya estaría informatizada.

Gracias a los datos registrados y sobre la base de la información parametrizada de los tiempos predefinidos por procedimiento quirúrgico, así como la disponibilidad y reparto de quirófanos por día (agendas de quirófano) se facilitaría la planificación/programación de las intervenciones en el día y quirófano que mejor se ajuste a las necesidades del servicio-paciente.

En todos los procesos se ha de registrar la información clave, que incluiría además de los diagnósticos y procedimientos, los cirujanos, la información relacionada con la anestesia (tipo y anestesista responsable), los recursos de radiología necesarios, biopsias asociadas y tipos, recursos de Banco de Sangre necesarios, recursos de técnicas especiales, materiales y prótesis necesarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El desarrollo de informatizar la gestión de la programación quirúrgica del servicio se ha iniciado con la inclusión de nuestras pacientes en la red hospitalaria.

Actualmente existe un registro de todas las pacientes que precisan una intervención con los datos sobre diagnóstico y procedimiento así como la prioridad.

Para el siguiente proceso de planificación de las agendas quirúrgicas, el diseño y definición de las variables ya está estudiado y definido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que el proyecto está en una fase muy inicial, en estos momentos, es imperativo disponer de herramientas informáticas que nos ayuden en nuestra actividad diaria y especialmente en la gestión de la información.

El siguiente paso es continuar trabajando en el diseño de las agendas y buscar algún software que permita el desarrollo del proceso quirúrgico a partir de las necesidades del servicio ya desarrolladas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/828 ===== ***

Nº de registro: 0828

Título
DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

Autores:
BOLEA TOBAJAS RAUL, NEGREDO QUINTANA ISABEL, COTAINA GRACIA LAURA, TOBIAS GONZALEZ PABLO, RUIZ CONDE MIGUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0828

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

ANGEL, MARRON TUNDIDOR RAFAEL, PUYUELO SAMITIER ELENA, DIAZ RABASA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las intervenciones quirúrgicas forman parte importante de nuestra labor asistencial diaria. El servicio de Ginecología del HUMS cuenta con 2 quirófanos diarios con una media de 3 intervenciones quirúrgicas en cada uno de ellos, así como un quirófano a la semana en la UCSI y una Sala Blanca en área de consultas donde se realizan 4-5 histeroscopias al día. Por ello cualquier cambio en la organización de esta práctica sería de gran relevancia en nuestra práctica diaria.

La informatización del área quirúrgica permitiría gestionar de forma más adecuada y más eficiente todos los procesos clínicos y administrativos incluidos en esta área, tales como la programación de las intervenciones quirúrgicas, la gestión de materiales necesarios, la coordinación con antelación de las necesidades en materia de banco de sangre, anatomía patológica, recursos radiológicos, la colaboración con otros servicios quirúrgicos, la realización de programas formativos (FOCUSS) y la organización del destino posterior de la paciente (hospitalización, REA, UCI)

Actualmente se usa una agenda en papel para la programación quirúrgica con todos los inconvenientes que este hecho conlleva. Al completar de forma manual existe dificultad para la interpretación de registros manuscritos, problemas para la localización de pacientes o intervenciones, duplicación de fechas, etc, así como la posibilidad de pérdida de datos.

La informatización de los datos del libro de Quirófano tiene un efecto altamente beneficioso. Además, la importancia en la informatización de un proceso sanitario ya quedó reflejada por el Ministerio de Ciencia e Innovación al ser una prioridad y objeto de ayuda incluyéndose en los "Proyectos de Ayudas de la Acción Estratégica en Salud".

RESULTADOS ESPERADOS

? Organización y programación de la actividad quirúrgica del servicio, facilitando la distribución de las cirugías, en función de su complejidad y tiempo estimado.
? Visualización simultánea de la programación por varios miembros del servicio en diferentes ubicaciones.
? Codificación de los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos.
? Fiabilidad de los datos recogidos informáticamente por una mejoría en la legibilidad, orden y claridad de los datos.
? Facilidad de acceso a los datos y posibilidad de elaborar estudios de forma rápida y práctica.
? Agilización en la recogida de datos para estadística sanitaria hospitalaria, disminuyendo la dificultad en la interpretación de los datos.
? Conocimiento de la demora actual para realizar un proceso.

MÉTODO

? Reunión del grupo de trabajo para diseño del libro de programación quirúrgica.
? Definición de variables y plataforma informática para el desarrollo del programa.
? Puesta en marcha del libro informático.
? Evaluación y control del funcionamiento del mismo y solución de los problemas surgidos.
? Implantación definitiva de la programación quirúrgica del servicio a través del soporte informático.

INDICADORES

? Porcentaje de pacientes incluidas en el programa informático.
? Listado de errores detectados en el manejo y su incidencia.

DURACIÓN

? Reunión y diseño del libro antes de Diciembre de 2016.
? Inicio de la programación quirúrgica en Enero 2017.
? Tras 3 meses de prueba se realizará una primera evaluación para detectar errores y buscar soluciones.
? A los 6 meses se volverá a reevaluar y se comprobarán los indicadores establecidos.
? Al año informe final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0828

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0836

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA RODRIGUEZ LEON
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALVAREZ ALONSO BEATRIZ
CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL
CARRASCO GARCIA MARIA ANGELES
LORDA ABADIAS ESTHER
MANGLANO ALONSO FLAVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han elaborado los siguientes documentos dentro del calendario previsto

Recomendaciones y consejos para profesionales

Algoritmo

Distintivo Cabecera

Distintivo para documentación

Check List

Díptico

Encuesta a profesionales

Se han utilizado recursos con fotocopias en blanco y negro y a color, así como en papel autoadhesivo para identificación de documentos.

Se han celebrado 2 reuniones de difusión de información a profesionales y paralelamente otra a padres y asociaciones (a petición de estos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Difusión entre profesionales: Standard 100%

Se han celebrado dos reuniones para difusión de información a profesionales.

Conocimiento del protocolo: Standard 30%

Posteriormente el personal de plantilla (61) y las residentes de matrona (11) han cumplimentado una encuesta de valoración (51 encuestas cumplimentadas, lo que supone un 70,83%)

Utilidad percibida por profesionales: Standard 30%

Tan solo dos de las 72 encuestas valoran con utilidad <5 o sea, 97,22% lo valoran útil >5

Registro de casos: Standard 35%

Se comenzó a registrar datos en un cuadro para tal fin en Julio de 2015. SE registraron 21 casos desde esa fecha.

En 2016 hubo 33 casos registrados en el cuaderno

En 2017 hubo 35 casos registrados en el cuaderno

Cumplimentación Hoja de Registros: Standard 35%

En 2017, ya instaurado el protocolo, tan solo se han cumplimentado 6 Hojas de Registro, lo que supone sólo un 17,14%. Sin embargo, se puede suponer que algunas de estas han sido adjuntadas en la HC indebidamente y serán tomados como casos perdidos. Podrían recuperarse con la complicación que ello conlleva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tanto desde el equipo de mejora como desde el grueso de la plantilla se concluye que el protocolo es útil para el desempeño profesional. No se puede medir objetivamente el grado de satisfacción de las familias afectadas, sin embargo la retroalimentación verbal por su parte es positiva.

Se debe insistir en la cumplimentación y adecuado archivo de las Hojas de Registro para valorar datos de manera más controlada con posterioridad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/836 ===== ***

Nº de registro: 0836

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0836

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

Título

PROTOCOLO ASISTENCIAL EN GESTANTES CON OBITO FETAL MAYOR DE 22 SEMANAS DE GESTACION EN DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

Autores:

RODRIGUEZ LEON MARTA, ANDRES OROS MARIA PILAR, FUENTES ULIAQUE CARMEN PILAR, FUSTERO ORTIZ CRISTINA, LORDA ABADIAS MARIA ESTHER, SANCHEZ GIL MARTA, TEBAN PONCE MARIA VANESSA, VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El concepto de muerte intrauterina en la gestación es amplio, engloba pérdidas de muy diferente número de semanas gestacionales.

* Muerte fetal temprana (aborto): comprende fetos de menos de 22 semanas de gestación o menos de 500 g. de peso. Se refiere, por tanto, a los abortos.

* Muerte fetal intermedia: comprende a los fetos de entre 22 y 28 semanas de gestación o entre 500 y 999 g. de peso.

* Muerte fetal tardía: incluye muertes fetales de más de 1000 g de peso o de más de 28 semanas de gestación completas.

* Muerte neonatal precoz: la muerte ocurre antes de los 7 días postnatales (menos de 168 horas).

AL sufrir una pérdida (ni el peso del niño ni la edad gestacional van a tener implicación en la intensidad del dolor que van a sufrir esos padres) se ponen en marcha una serie de mecanismos que conforman el proceso de elaboración del duelo. Este duelo no constituye una enfermedad en sí misma, sin embargo, su evolución puede derivar en un curso patológico.

La experiencia de los padres y la evidencia científica, afirman que el trato y atención que reciben los padres por el equipo obstétrico es determinante en la evolución posterior del duelo y que cuando se ha actuado adecuadamente, el recuerdo de la experiencia por los padres puede ser tan reconfortante que da luz a sus vidas.

Si bien es cierto que en el caso de aborto precoz (antes de la semana 12) el proceso asistencial está bien sujeto a protocolos hospitalarios actualizados, la muerte fetal temprana, intermedia y la muerte fetal tardía (a partir de la semana 28), así como la neonatal precoz, sufren una atención con notable variabilidad asistencial, unido esto a la baja incidencia del problema resulta una esporádica atención que dificulta la coordinación entre profesionales.

Estas dificultades repercuten en la paciente y su familia, ya que pueden recibir informaciones contradictorias, recibir actuaciones de forma repetida que les resultan dolorosas o, incluso, dejar de recibir alguna que pudiera ser pertinente.

También afecta a los profesionales, siendo su reacción el factor modificable que más pueda afectar al proceso. Nos solemos centrar en la esfera física, evitando la implicación psicológica, pues, por nuestra escasa formación sobre el tema, nos puede llevar a experimentar fracaso, resentimiento o sensación de culpa. Así intentamos controlar nuestra ansiedad evitando la situación. Los profesionales sanitarios demandan más formación.

En 2014 se registraron 22 casos en nuestro hospital, 30 casos en 2015 y alrededor de 16 casos a fecha 30/09/2016. Se podría decir que nos enfrentamos a la posibilidad de más de dos casos al mes, frecuencia que debe ser tomada en cuenta y, por tanto, impulsar la puesta en marcha de este programa.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL: Elaborar un protocolo asistencial dirigido a gestantes con muerte fetal intrauterina para desarrollar en Dilatación, Partos y Despertar.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

* Crear una herramienta de trabajo útil que normalice la atención y cuidados de los profesionales.

* Maximizar la información prestada a pacientes y familiares.

* Incrementar la satisfacción de los profesionales implicados en el proceso.

MÉTODO

Elaboración de un algoritmo visual y de sencilla interpretación, acompañado de una serie de anexos en los que se detallarían:

* El concepto obstétrico, psicológico y asistencial de muerte fetal.

* Una relación detallada de los diferentes supuestos, según la edad de gestación a la que se produce la muerte fetal, y lo que implican a nivel obstétrico, psicológico y asistencial.

* Las posibles variantes que pueden surgir de la generalidad, según la voluntad de la familia respecto a las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0836

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

diferentes opciones ofrecidas por el sistema sanitario.

* Los momentos adecuados, para cada parte del proceso.

Participación en el proyecto de profesionales que mayoritariamente prestan sus servicios en Dilatación, Partitorios y Despertar.

Presentación del documento en el Servicio citado.

Realización de encuestas a los diversos profesionales sobre la comprensión, utilidad y satisfacción respecto al protocolo.

Reunión para valoración global y actualización posterior.

INDICADORES

Existencia del protocolo en el Servicio

Difusión entre los profesionales implicados

Utilidad percibida por los profesionales

DURACIÓN

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO: noviembre 2016 a febrero 2017

ELABORACIÓN DEL ALGORITMO: marzo 2017

DISTRIBUCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL SERVICIO: abril 2017

ENCUESTA SOBRE UTILIDAD A PROFESIONALES: mayo 2017

RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS: junio 2017

MEDIDAS CORRECTORAS DE PROBLEMAS DETECTADOS: septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0864

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE SILVIA MARTINEZ SUÑER
. Profesión MEDICO/A
. Centro H MIGUEL SERVET
. Localidad ZARAGOZA
. Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
. Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RODRIGUEZ LAZARO LAURA
JASCUAL MACHO JARA
AGUSTIN OLIVA ANDREA
LABORDA GOTOR RAMIRO
PUENTE LUJAN MARIA JESUS
RODRIGUEZ VALLE ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las gestantes acuden a la Unidad de Ecografías para realizar la primera eco entre la semana 11 y 13+6. Previamente se han realizado una analítica en la semana 10 para cribado bioquímico.

Tras realizar la eco, se calcula el riesgo individual de cromosomopatía 21 y 18 gracias al programa. "LyfeCicle" de Perkin Elmer que tiene en cuenta determinados factores maternos, los niveles sanguíneos de PAPP-A y B-HCG y la medida de la translucencia nucal y la longitud craneocaudal fetal.

Los resultados que podemos obtener son: (según el protocolo regional de Aragón):

. Riesgo menor o igual de 1 en 1000: BAJO RIESGO de trisomía 21 y 18. Se cita para ecografía de segundo trimestre.

. Riesgo mayor o igual de 1 en 50: ALTO RIESGO de trisomía 21 y 18. Se envía a la Consulta de Diagnóstico Prenatal

para realizar una prueba invasiva.

. Riesgo entre 1 en 50 y 1 en 1000: RIESGO INTERMEDIO DE TRISOMÍA 21 y 18. Se indica NIPT.

Actualmente, se les informa verbalmente del resultado y del procedimiento a seguir. Además, se les entrega una hoja informativa explicativa para aclarar dudas. En esta misma consulta, se les dice día exacto, hora y lugar en el que se tienen que realizar el ADN fetal, consiguiendo reducir el número de consultas explicativas adicionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2017, en nuestra maternidad se han registrado un total de 3906 recién nacidos. Se han realizado un total de 3810 cribados de cromosomopatías; de los cuales; 3362 son de primer trimestre (86%) y 446 (11,4%) son de segundo trimestre.

De todos ellos, riesgo intermedio 410 (12,1%) de primer trimestre y 44 (9,8%) de segundo trimestre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para mejorar la calidad asistencial y disminuir la ansiedad de la paciente, nuestro proyecto se ha centrado en realizar en una única consulta la ecografía del primer trimestre, el cálculo de riesgo del cribado combinado del primer trimestre y la solicitud del NIPT y evitar consultas sucesivas innecesarias. Con todo ello, hemos conseguido llegar a nuestros objetivos de realización de cribado en las gestantes de nuestra área.

Además, hemos conseguido una consulta integrada en una única consulta mejorando los tiempos y la atención a las pacientes. Esto, nos ha permitido, disminuir el número de consultas en diagnóstico Prenatal pudiendo realizar dos ecografías más diarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/864 ===== ***

Nº de registro: 0864

Título
IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS

Autores:
MARTINEZ SUÑER SILVIA, RODRIGUEZ LAZARO LAURA, PASCUAL MANCHO JARA, AGUSTIN OLIVA ANDREA, LABORDA GOTOR RAMIRO, PUENTE LUJAN MARIA JESUS, RODRIGUEZ VALLE ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0864

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El test prenatal no invasivo (NIPT) es una prueba de cribado prenatal realizada en sangre materna que analiza el ADN libre del feto y detecta las trisomías más frecuentes: T21, T18 y T13. No es una prueba diagnóstica y ante un resultado positivo se debe confirmar con una prueba invasiva.
El grado de fiabilidad es del 99,9% para T21 con menos del 0,1% de falsos positivos. La especificidad y sensibilidad es superior al 99% para la detección de las trisomías citadas anteriormente.
Actualmente, las gestantes acuden a la Unidad de Ecografías sobre la semana 12 para realizar la primera eco y un cálculo individualizado del riesgo de cromosomopatía. Al finalizar la ecografía, se calcula el riesgo de trisomía 21 y 18 para esa gestación mediante el programa informático "LyfeCicle" de Perkin Elmer que tiene en cuenta determinados factores maternos, los niveles sanguíneos de PAPP-A y B-HCG y la medida de la translucencia nucal y la longitud craneocaudal fetal.
Los resultados que podemos obtener son: (según el protocolo regional de Aragón)
. Riesgo menor o igual de 1 en 1000: BAJO RIESGO de trisomía 21 y 18. Se cita para ecografía de segundo trimestre.
. Riesgo mayor o igual de 1 en 50: ALTO RIESGO de trisomía 21 y 18. Se envía a la Consulta de Diagnóstico Prenatal para realizar una prueba invasiva. Igualmente se envía a esta consulta si existe una anomalía ecográfica o antecedentes que forman parte de las indicaciones de prueba invasiva.
. Riesgo entre 1 en 50 y 1 en 1000: RIESGO INTERMEDIO DE TRISOMÍA 21 y 18. Se indica NIPT. Actualmente, se les envía a la consulta de Diagnóstico Prenatal para la solicitud del mismo. Crea ansiedad y preocupación y debemos citarla en días sucesivos en otra nueva consulta para añadir información, lo que aumenta la incertidumbre creada en la paciente y las explicaciones confusas.

RESULTADOS ESPERADOS

Para mejorar la calidad asistencial y disminuir la ansiedad de la paciente, nuestro proyecto se centra en realizar en una única consulta la ecografía del primer trimestre, el cálculo de riesgo del cribado combinado del primer trimestre y la solicitud del NIPT y evitar consultas sucesivas innecesarias.
Al solicitar el NIPT, debemos proporcionar una información sobre: Significado, cromosomas que estudia, enfermedades que producen sus alteraciones, interpretación y tiempo de obtención del resultado. Para simplificar la información verbal se elaborará una hoja informativa.

MÉTODO

Este proyecto requiere la colaboración de todos los facultativos de la Unidad de Ecografías y del Servicio de Genética.

Tras solicitar en NIPT la paciente acude al Servicio de Genética donde son asesoradas y se les entrega un consentimiento informado sobre la prueba. Este Servicio comunica el resultado. En los casos de alto riesgo de cromosomopatía, son ellos mismos los que remiten a la paciente a la consulta de Diagnóstico Prenatal.
Actualmente, el tiempo estimado para realizar la ecografía, el cálculo de riesgo y crear el informe es de 20 minutos. Al introducir la solicitud del NIPT, debemos ajustar el número de pacientes para disminuir tiempos de espera y así reorganizar las agendas liberando carga asistencial de Diagnóstico Prenatal.
Para monitorizar los resultados obtenidos, se creará una base de datos que recoja todas las solicitudes de NIPT. Se asume que habrá circunstancias en las que, por antecedentes maternos o reproductivos o por marcadores ecográficos patológicos, la paciente se seguirá enviando a Diagnóstico Prenatal.

INDICADORES

Indicador principal: Número total de gestantes a las que se le solicita la realización de NIPT directamente desde la sala de ecografías (actualmente la solicitud del NIPT supone aproximadamente el 8% de la población gestante de nuestro área)
Indicadores secundarios: Base de datos creada con información sobre: porcentaje de solicitudes de NIPT y resultados normales y patológicos, confirmación y falsos positivos del NIPT (T21, T18 y alteraciones de los cromosomas sexuales), falsos negativos si los hubiera.
Nuestro objetivo es lograr un 90% de las solicitudes y, teniendo en cuenta un 8% de realización actualmente de NIPT, la consecuente disminución del número de pacientes citadas por este motivo en la Consulta de Diagnóstico Prenatal.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0864

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS

Inicio 1 de Noviembre del 2016
Finalización 31 de noviembre de 2017.

CRONOGRAMA

- . Reunión informativa con los facultativos de la Unidad de Ecografías para explicar el proyecto y con el Servicio de Genética por ser parte implicada en el NIPT.
- . Enseñar a solicitar el NIPT a todo el personal facultativo que realiza ecografía del primer trimestre
- . Crear hoja informativa para las pacientes
- . Reajustar la agenda de ecografías aumentando el tiempo de realización de la ecografía del primer trimestre.
- . Creación base de datos para monitorizar las solicitudes
- . Contabilizar la disminución de pacientes vistas de primer día por este motivo en Diagnóstico Prenatal

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0935

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO
HÖRNDLER ARGARATE CARLOS
MARTIN SACO GLORIA
ROC ALFARO MARIA LOURDES
DELGADO BELTRAN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de protocolo: en fase avanzada de redacción
Consensuado con los distintos Servicios/Unidades
Entrega de protocolo y consentimiento informado para estudio a la UCA
Presentación en sesión clínica al Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Comienzo de aplicación del protocolo de forma sistemática: septiembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de pacientes con óbito fetal en segundo y tercer trimestre del embarazo en las que las peticiones de estudio se ajustan al protocolo: 50%

Porcentaje de pacientes con óbito fetal en segundo y tercer trimestre del embarazo en las que se llega a determinar la causa que provocó la muerte feta. Por el retraso en la puesta en marcha del protocolo, de momento no hay resultados. Esperables para el segundo semestre de 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una de las fases más complejas previas a la implementación del protocolo fue el establecimiento de los circuitos para que las muestras recogidas tras el parto, llegaran íntegras y en las condiciones de temperatura y almacenaje óptimas para su posterior tratamiento.
Una vez que los circuitos estaban establecidos y el personal formado para ello, la pérdida o deterioro de muestras ha sido mínimo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/935 ===== ***

Nº de registro: 0935

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Autores:
CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL, GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO, HÖRNDLER ARGARATE CARLOS, MARTIN SACO GLORIA, ROC ALFARO MARIA LOURDES, DELGADO BELTRAN MARIA PILAR, ENVID LAZARO BLANCA MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El óbito fetal del segundo y tercer trimestre de la gestación, es un suceso que aunque infrecuente, tiene consecuencias dramáticas para la embarazada y todo su entorno. La descoordinación y gran variabilidad en su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0935

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

manejo y estudio posterior, así como la falta de empatía con el profesional encargado de su asistencia hace que sobre el duelo inherente al proceso, se sobreañada una insatisfacción hacia la asistencia recibida y hacia los resultados poco o nada concluyentes de los estudios para conocer la causa del problema. En estos momentos, no más de un 20% de los estudios, acaban en resultados aceptables en la identificación del motivo de la muerte fetal. La ausencia de un soporte informático para la recogida y almacenamiento de datos, que actualmente se recoge de forma manual, hace que sea complicado la elaboración de estadísticas sobre las actuaciones y resultados posteriores

RESULTADOS ESPERADOS

Mediante el manejo coordinado de todos los profesionales implicados en su asistencia, la sistematización del estudio y la empatía con el duelo familiar por el suceso, se pretende un aumento en la satisfacción de la usuaria y en la identificación de las posibles causas del óbito
La elaboración de una base de datos acorde al protocolo, permitirá la recogida y tratamiento eficaz de los datos relacionados con el proceso

MÉTODO

Elaboración de un protocolo coordinado con los distintos Servicios/Unidades implicados en la asistencia de este tipo de pacientes.

Elaboración de protocolo y coordinación: José Manuel Campillos Maza

Revisión y adecuación de apartados correspondientes a su especialidad:

José Puzo Foncillas, M^a Pilar Delgado Beltrán, Lourdes Roc Alfaro, Gloria Martín Saco, José Ignacio González Hevia, Carlos Hörndler Aragat

Modificación y adecuación de la información transmitida a la paciente y sus familiares directos: José Manuel Campillos Maza

Elaboración de base de datos correspondiente: José Manuel Campillos Maza y Blanca Envid Lázaro

Recogida de datos y análisis posterior: Blanca Envid Lázaro

INDICADORES

Porcentaje de pacientes con óbito fetal en segundo y tercer trimestre del embarazo en las que las peticiones de estudio se ajustan al protocolo. Se obtendrán de las historias clínicas mediante hojas de control elaboradas para estos fines y de la base de datos

Porcentaje de pacientes con óbito fetal en segundo y tercer trimestre del embarazo en las que se llega a determinar la causa que provocó la muerte fetal. Se determinará y revisará en las comisiones de mortalidad periódicas realizadas en el centro, introduciendo resultados en la base de datos

DURACIÓN

Elaboración de protocolo: en fase avanzada de redacción

Consensuado con los distintos Servicios/Unidades: octubre de 2016

Entrega de protocolo y consentimiento informado para estudio a la UCA: noviembre de 2016

Presentación en sesión clínica al Servicio de Obstetricia y Ginecología: en dependencia de aprobación del protocolo. Previsión en noviembre de 2016.

Elaboración de base de datos: noviembre de 2016

Comienzo de aplicación del protocolo de forma sistemática: noviembre-diciembre de 2016

Comienzo de utilización de base de datos: diciembre 2016

Evaluación del proyecto: primera comisión de mortalidad perinatal de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0973

1. TÍTULO

CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE VIRGINIA ROY RAMOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORQUE IBAÑEZ AMPARO
YAGÜE MORENO HORTENSIA
DEL TIEMPO MARQUES PILAR
MARIN JIMENEZ NURIA ESTHER
MORENO URUEÑA ISABEL
REDRADO GIMENEZ OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras presentar el proyecto de mejora, a solicitud del director del hospital, Dr. Portillo del Olmo, mantuvimos una reunión el día 10 de Mayo de 2017 en la que se aceptó que es competencia de Atención Primaria el consejo contraceptivo y la información sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), de manera que se decidió finalmente que, con el objetivo de dar consejo y tratamiento contraceptivo precozmente a las mujeres que solicitan una IVE en gestación menor de 14 semanas gestionadas desde el Servicio de Información y Atención al Usuario, se incluiría en el sobre informativo, un P-10 realizado por el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Miguel Servet dirigido a la Matrona del Centro de Salud, con los datos médicos de "Consejo Contraceptivo Preferente", facilitando de esta manera el acceso a esta asistencia sanitaria. A la información dada por el servicio de Atención al Paciente, se le añade la posibilidad de poder acudir, si ella lo decide, a la consulta de la matrona de su Centro de Salud solicitando cita preferente con dicho P-10.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el Servicio de Información y Atención al Usuario en este año se han gestionado 465 IVEs y desde la reunión llevada a cabo en Mayo de 2017 en la que se acordó facilitar el P-10 para solicitar cita con la matrona se han adjuntado 283 P-10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que con este servicio se ha mejorado el acceso de las mujeres tras una IVE a un método anticonceptivo eficaz de forma más rápida. La pertinencia de esta actuación está fuera de duda ya que además, estamos esperando la confirmación del nuevo acuerdo marco entre el SALUD y la clínica donde se realizan las IVEs para que desde allí mismo se instaure ya el método anticonceptivo.

7. OBSERVACIONES.

La matrona, es el profesional responsable de dar esta información, derivar al Médico de Atención Primaria o al Centro de Especialidades de forma preferente a la usuaria, realizando aquellas intervenciones de su competencia profesional.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/973 ===== ***

Nº de registro: 0973

Título
CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Autores:
ROY RAMOS VIRGINIA, BORQUE IBAÑEZ AMPARO, YAGÜE MORENO HORTENSIA, DEL TIEMPO MARQUES PILAR, JOSE GUTIERREZ YASMINA, MARIN JIMENEZ NURIA ESTHER, MORENO URUEÑA ISABEL, REDRADO GIMENEZ OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA EMBARAZO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0973

1. TÍTULO

CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Tipo de Objetivos :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A pesar de todos los métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, el número de IVES en nuestro país sigue siendo elevado, en el año 2014 se han registrado 94.769 intervenciones según los datos facilitados por los centros donde se llevan a cabo. En el 90% de los abortos voluntarios realizados, el motivo es la decisión de no ser madre en ese momento.

Para prevenir las interrupciones voluntarias de embarazo de repetición es preciso realizar un buen consejo contraceptivo que contemple tanto el ámbito familiar, socio-económico y cultural como la educación sexual y reproductiva de la mujer.

Desde la consulta especializada de Planificación Familiar, ubicada en el CME Ramón y Cajal, que atiende a las pacientes del los Sectores I y II, ofrecemos información de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, buscando el más adecuado en cada caso y en función de las necesidades concretas de cada paciente.

Consideramos que la gestión para poder acceder a esta consulta de forma rápida y fácil es fundamental, especialmente para las pacientes con antecedente de uno o mas IVES, porque a pesar de los esfuerzos realizados en los últimos meses reorganizando la consulta y aplicando distintos métodos para reducir la lista de espera, continua existiendo una demora para poder lograr cita en consulta superior a 6 meses.

Por todo lo anteriormente expuesto, hemos decidido realizar este proyecto para facilitar el acceso de a las pacientes que realizan IVE a la consulta de Planificación Familiar.

RESULTADOS ESPERADOS

Proporcionar consejo contraceptivo PRECOZMENTE, a las mujeres con IVE, en una situación especial de vulnerabilidad.

Ofrecer la posibilidad de acceso a un método anticonceptivo de largo plazo (LARC) financiado como los dispositivos intrauterinos, implante o gestágeno inyectable, de forma inmediata una vez realizada la IVE.

Realizar una prevención primaria de los embarazos no deseados para tratar de disminuir las IVES de repetición.

MÉTODO

Facilitar el acceso de las pacientes a las que se ha realizado una IVE a la consulta especializada,COF Planificación Familiar.

Para agilizar el acceso a la consulta se ha diseñado un sistema de citación preferente en la consulta para aquellas pacientes que lo deseen tras la IVE.

Diseño de un modelo de cita preferente (se adjunta el modelo elaborado).

Las pacientes que solicitan IVE son remitidas a atención al paciente donde se les da toda la información del procedimiento.

Para coordinar la citación posterior en la consulta de Planificación Familiar, desde atención al paciente, como parte de la documentación entregada a las pacientes se incluirá el modelo-solicitud de citación preferente elaborado en este proyecto, para poder ser atendidas en un periodo máximo de 15-30 días.

"SOLICITUD DE CITACIÓN: Doña Nombre y Apellidos deberá solicitar citación para ser visitada en la Consulta de Planificación Familiar del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal de manera preferente en el plazo de 15-30 días desde la fecha actual.

El Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal se encuentra en la dirección Paseo María Agustín, 12-14 y el teléfono es 976 69 62 01 de 8:30 11:00 y de 14:00 a 18:00 horas.

Este documento debe llevarlo a la consulta médica.

Servicio de Ginecología"

SOLICITUD DE CITACIÓN

Doña Nombre y Apellidos deberá solicitar citación para ser visitada en la Consulta de Planificación Familiar del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal de manera preferente en el plazo de 15-30 días desde la fecha actual.

El Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal se encuentra en la dirección Paseo María Agustín, 12-14 y el teléfono es 976 69 62 01 de 8:30 11:00 y de 14:00 a 18:00 horas.

Este documento debe llevarlo a la consulta médica.

Servicio de Ginecología

INDICADORES

Para tener más información de las pacientes con IVE se elaborará una base de datos informatizada donde recoger los datos de llegada y evolución posterior de las mismas, así como el método anticonceptivo escogido tras la interrupción:

Nº de pacientes canalizadas mediante el nuevo sistema de citación preferente.

Tiempo transcurrido desde la solicitud de citación hasta llegada a consulta.

Nº de métodos LARC solicitados y aceptados por las pacientes con IVE previo.

Nº de pacientes que realizan más de un IVE.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0973

1. TÍTULO

CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

DURACIÓN

Dar comienzo al proyecto desde el 01/11/2016, llevando a cabo un seguimiento del mismo y reevaluación de los datos según las fechas señaladas a los 6 y 12 meses respectivamente.

OBSERVACIONES

En general e independientemente de si el manejo del IVE es médico o quirúrgico, puede iniciarse inmediatamente casi cualquier método anticonceptivo, teniendo en cuenta el perfil de la usuaria o sus limitaciones por la categoría en su indicación.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0974

1. TÍTULO

REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE HORTENSIA YAGÜE MORENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SARSA MANRESA MARIA DOLORES

ALCAÑIZ SANCHO JUAN JOSE

BAQUEDANO MAINAR LAURA

COTAINA GRACIA LAURA

MORENO URUEÑA ISABEL

ROY RAMOS VIRGINIA

RUIZ SADA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Cambio de agenda

Aumentamos el número de primeras visitas en la agenda de 30 a 50 cada semana

Depuración telefónica de la lista de espera. Para determinar las necesidades de las mujeres incluídas en buzón, para su correcta citación en atención primaria o especializada y para detectar aquellas que no piensan acudir a la cita:

Se contactó con 1972 mujeres que habían solicitado cita desde Noviembre/2015 a Noviembre/2016. Mantuvieron la cita en consulta un 74,55% y salieron un 25,45%. La enfermera de la consulta valoró la demanda y de acuerdo con la usuaria derivó a A.P. a un 18,81% y concluyó que no precisaba consulta de P.F un 6,64% (ya tenían instaurado método anticonceptivo, buscaban gestación, traslado a otra comunidad etc..)

Coordinación con A.P. Con la puesta en marcha del Programa de Anticoncepción de Aragón se delimitaron las competencias de cada uno en materia de salud Sexual y Reproductiva. Desde la consulta se han estrechado los lazos de comunicación con los Centros de Salud (Médicos de A.P y matronas) de varias formas:

Elaboración de informes para derivar las revisiones de AH, DIUS e Implantes de mujeres sin riesgo de manera que disminuya el número de revisiones innecesarias informando correctamente a su médico o matrona de Atención Primaria
Teléfono de contacto de la consulta para la resolución de dudas y derivación preferente de algunos casos

Además se tomaron otras medidas que al inicio no estaban contempladas y que han colaborado en la eliminación de la lista de espera:

Docencia en la consulta a las matronas que lo solicitaron para la inserción o extracción de implantes a las pacientes que ellas habían indicado

Cómpira de un ecógrafo en Marzo de 2017 que ha permitido convertir a la consulta en una de alta resolución eliminando la carga en el servicio de Radiología y la posterior demora en nuestra consulta para resultados.

Actualización de los protocolos (SEC, SEGO y Programa de Anticoncepción de Aragón) eliminando las revisiones innecesarias

Desde Marzo a Diciembre de 2017 se implementa una consulta de tarde realizando 130 jornadas

En Junio se produce la separación definitiva de los dos sectores cada uno con su población asignada para atender la P.F.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Partíamos de una lista de espera para primera visita de 2200 mujeres en buzón y 500 días de demora. Además habíamos detectado un fallo de asistencia a consulta en primera visita de un 32%

Con la implementación progresiva de las medidas antes mencionadas:

Aumentamos el número de primeras visitas en la agenda. 50 por semana

Tras el cribado telefónico sacamos de la lista de espera un 25,45%

Con las 130 jornadas de tarde se dieron 2895 citas

Con la reordenación de competencias, docencia y comunicación con A.P: Un 25% de las mujeres ya atendidas en

consulta son derivadas a A.P. para su posterior control porque no precisan más seguimiento en nuestra consulta

Con la correcta asignación de la población a cada sector un 22% de lo que era la anterior demanda se atiende desde Junio de 2017 en el sector I.

El objetivo principal era la reducción de la lista de espera de Primera Visita en la Consulta de P.F. al menos en un 25% de la que presenta al iniciarse el Proyecto de mejora y la disminución del número de mujeres que no acuden a su cita de "Primera visita".

A día de hoy se ha conseguido eliminar la Lista de Espera. No tenemos mujeres en buzón a la espera de ser

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0974

1. TÍTULO

REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS

citadas.
Se cita una primera preferente en 7 días y una primera visita normal en 20 días.
Hemos reducido el fallo de asistencia a consulta de un 32 a un 22%.
Las solicitudes desde los médicos y matronas de A.P. una vez han hecho la formación o la han recibido en su Centro de Salud por sus propios compañeros ha disminuído significativamente. La media de solicitudes ha pasado de 25 a 6 diarias.
Remitimos a consulta de matrona para control a un 25% de las mujeres atendidas tras la inserción del DIU, implante o consejo contraceptivo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La atención a la Salud Sexual y Reproductiva de la población debe ser un pilar básico tanto en Atención Primaria como especializada cumpliendo criterios de equidad y calidad.
Tiene una repercusión directa e inmediata sobre la calidad de vida de las mujeres y sus parejas y a medio y largo plazo debe reflejarse en otros parámetros que se podrán analizar más adelante (disminución de embarazos no deseados, embarazos en adolescentes, interrupciones voluntarias del embarazo)

El desmantelamiento de esta atención básica resultó fácil y rápido, pero su recuperación ha sido laboriosa porque ha requerido el esfuerzo de numerosos profesionales: Subdirección, jefatura de servicio, FEAs y enfermera de atención especializada, médicos y matronas de A.P.

El funcionamiento de la consulta en estos momentos está consolidado, los cauces de comunicación con los profesionales de A. P. bien establecidos y parece adecuada la asistencia con la demanda requerida. Aunque damos por finalizado el proyecto de mejora, si vuelve a producirse aumento de la lista de espera se implementarán medidas que lo solucionen de forma precoz.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/974 ===== ***

Nº de registro: 0974

Título
REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS

Autores:
YAGÜE MORENO HORTENSIA, SARSA MANRESA MARIA DOLORES, ALCÁÑIZ SANCHO JUAN JOSE, BAQUEDANO MAINAR LAURA, COTAINA GRACIA LAURA, MORENO URUEÑA ISABEL, ROY RAMOS VIRGINIA, RUIZ SADA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Salud Sexual y Reproductiva
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Al hacerse cargo el Servicio de Ginecología de la Consulta de Planificación Familiar en Noviembre de 2015 se estudiaron los datos de demora en Primera Visita y Revisiones resultando inaceptables para una atención de calidad al constatar > 1 año de demora para primera consulta. (2200 mujeres y más de 500 días de lista de espera). La causa fundamental había sido la reducción del número de consultas de Planificación Familiar en los años previos, pasando de tener cuatro consultas en diversos centros del Sector II a una única consulta en el CME Ramón y Cajal. La importancia de dicha consulta es crucial porque se hace cargo de la Planificación Familiar de todo el Sector II y además del Sector I de Zaragoza. La utilidad del Proyecto reside en dar una adecuada atención en materia de Salud Sexual y Reproductiva a la población que la demanda, comenzando por reducir la lista de espera en la Primera Visita.
Se observa además una alta tasa de mujeres que no acuden a su cita (olvido tras un año de la solicitud, anticoncepción ya solucionada, cambio de domicilio etc.), problema al que también se necesita dar solución para un adecuado rendimiento de la consulta.
Con la implantación del Programa de Atención a la Anticoncepción en Aragón, se pretende además, tener una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0974

1. TÍTULO

REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS

adecuada comunicación y distribución de las competencias con A. Primaria para una mejor atención a estas usuarias

RESULTADOS ESPERADOS

Reducción de la lista de espera de Primera Visita en la Consulta de P.F. al menos en un 25% de la que presenta al iniciarse el Proyecto de mejora.
Disminución del número de mujeres que no acuden a su cita de "Primera visita"

MÉTODO

Cambio en la citación de la agenda: Aumento del número de primeras visitas

Depuración de la lista de espera a través de llamada telefónica:

Determinar las necesidades de las mujeres en la lista para su correcta citación en atención primaria o especializada.

Detección de las mujeres que no piensan acudir a la cita para sacarlas de la lista de espera.

Elaboración de informes para derivar a Atención Primaria las revisiones de AH, DIUs e Implantes de mujeres sin riesgo de manera que disminuya el número de revisiones innecesarias informando correctamente a su médico o matrona.

INDICADORES

Reducción de la Lista de Espera de primera visita

Reducción del número de fallos en acudir a primera visita en consulta

Número de mujeres derivadas a consulta de Atención Primaria

DURACIÓN

Inicio Noviembre de 2016

Cribado telefónico de la lista de espera

Elaboración de modelo de informes para derivación-información a Atención Primaria

Elaboración de estadística de la consulta para evaluar los datos de:

 Evolución de la lista de espera

 Evolución de las ausencias en la asistencia a primera visita

 Derivación a A. Primaria

Fin Noviembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0992

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA EN HABILIDADES EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN SIMULADOR

Fecha de entrada: 12/04/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL RUIZ CONDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOLEA TOBAJAS RAUL
LANZON LAGA ALBERTO
GONZALEZ RAMOS PEDRO
MOROLLON LORIZ ISABEL
JOSE GUTIERREZ YASMINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la puesta en marcha del proyecto se han creado grupos de trabajo tutorizados por el personal del Servicio con más experiencia en cirugía laparoscópica a los que han tenido acceso todo el personal del Servicio que realiza este tipo de cirugía.
Se han creado una serie de ejercicios con complejidad progresiva que se llevan a cabo con el pelvitainer del Servicio para realizar las prácticas sin el posible perjuicio de las pacientes.
También se han realizado sesiones teóricas para refrescar la información en relación con las fuentes de energía en cirugía laparoscópica, las principales complicaciones que pueden surgir y como actuar si se presenta alguna de ellas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido que todo el personal implicado acuda a estas sesiones realizando los ejercicios programados y asistiendo a las sesiones teóricas.
Durante los ejercicios hemos podido mejorar la técnica quirúrgica de los facultativos y las habilidades en el simulador, mejorando la destreza de los mismos para cuando tengan que realizar cirugías laparoscópicas en las pacientes reales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La práctica regular en el simulador ha demostrado ser eficaz para mejorar las habilidades del personal del Servicio en laparoscopia. Mejorando la destreza quirúrgica de los facultativos y su seguridad a la hora de realizar estas cirugías.
Durante la puesta en marcha del proyecto hemos detectado una disminución de las complicaciones quirúrgicas, que ya venían siendo muy bajas, así como también de los tiempos quirúrgicos con la disminución del riesgo de infección que esto conlleva.
Todos los facultativos implicados se han mostrado muy colaboradores con la iniciativa y han aportado ideas con la finalidad de mejorarla.

Creemos que todo especialista debe realizar de forma periódica formación continuada para estar al día de los avances en las técnicas quirúrgicas laparoscópicas y no perder destreza ni habilidades en las mismas.
Todo ello contribuye a poder ofertar una mejor atención a nuestras pacientes y mejorar nuestra calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

Inicialmente el Coordinador del Proyecto era Pablo Tobías González, que ha sido sustituido por Miguel Ángel Ruiz Conde por no trabajar ya en este centro el primer facultativo.

Previamente a la realización de este cambio se ha consultado a UCA y recibido la aprobación del cambio por parte de Servicios Centrales.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/992 ===== ***

Nº de registro: 0992

Título
FORMACION CONTINUADA EN HABILIDADES EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN SIMULADOR

Autores:
TOBIAS GONZALEZ PABLO, BARRAS BERMEJO SILVIA, BOLEA TOBAJAS RAUL, LANZON LAGA ALBERTO, GONZALEZ RAMOS PEDRO, MOROLLON LORIZ ISABEL, RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0992

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA EN HABILIDADES EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN SIMULADOR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No existe actualmente una formación reglada en el servicio de Ginecología y Obstetricia en cirugía laparoscópica. Asociaciones internacionales recomiendan la capacitación progresiva y mantenimiento de habilidades mediante ejercicios en simulador.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las habilidades del personal del servicio (facultativos y residentes) que no realiza de forma habitual cirugía laparoscópica.
Disminuir con ello los tiempos quirúrgicos y la incidencia de complicaciones.

MÉTODO

Creación de grupos de trabajo tutorizados por personal del servicio con experiencia acreditada en cirugía laparoscópica.
Permitir la realización de los ejercicios de forma periódica a todo el personal del servicio.
Realización de ejercicios siguiendo las recomendaciones de sociedades internacionales (ESGE...) de forma progresiva por niveles.

INDICADORES

Medición y comparación de los siguientes indicadores:
- Cumplimiento de los ejercicios por parte del personal del servicio.
- Tiempo y errores a lo largo del tiempo en la realización de los ejercicios por parte del personal.
- Tiempos quirúrgicos de las cirugías laparoscópicas no oncológicas (quistectomías, anexectomías...)
- Tasa de lesiones y complicaciones intraoperatorias (lesiones vasculares, uretrales e intestinales) e las cirugías laparoscópicas no oncológicas.

DURACIÓN

Iniciación antes de fin de año de los ejercicios, a ser posible 1 de noviembre.
Programación de manera que todo miembro del servicio pueda acudir una vez por mes.
Continuidad indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1021

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE CESAR RODRIGO CONDE

· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

.Preparación de los formularios necesarios para llevar a cabo la actividad: encuesta de satisfacción sexual PISQ-12.
.Identificación de las pacientes candidatas a cirugía pélvica a las que planteamos la realización de la encuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las pacientes se han mostrado reacias a la realización de la encuesta planteada.
Solo en un 5 % de los casos hemos conseguido una respuesta aceptable y positiva. En cualquier caso insuficientes para establecer ninguna conclusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La lección es clara: en los casos en los que queramos recabar información que conlleva una exploración de lo que podemos considerar como área de intimidad de la paciente necesitamos más tiempo para plantear el estudio/actividad a la paciente a fin de hacerles ver la pertinencia y la rentabilidad del estudio.

Igualmente se necesitaría otro medio distinto al de consulta donde apremia el tiempo de atención, y puede cohibir a la paciente la presencia de especialista, enfermera, auxiliar, residente, estudiante,... a la hora de responder a temas de una naturaleza tan íntima y personal.

No obstante la experiencia ha sido positiva de cara a plantear este estudio en un futuro, conociendo las expectativas actuales de las pacientes, mediante otro planteamiento.

El tema es de una actualidad incontestable, la CALIDAD DE VIDA QUE INVARIABLEMENTE SE PUEDE VER AFECTADA POR LA CALIDAD DE VIDA SEXUAL, CADA VEZ MÁS ESTÁ EN EL OBJETIVO DE LAS PACIENTES, POR LO QUE DEBE ESTAR TAMBIÉN PRESENTE EN NUESTROS OBJETIVOS DE ASISTENCIA.

Se trata de un tema que incluso ha formado parte de tesis doctorales en otros ámbitos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1021 ===== ***

Nº de registro: 1021

Título
IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA

Autores:
RODRIGO CONDE CESAR, PUIG FERRER FERNANDO, HORNO OCTAVIO MARIANO, DE PABLO SORIANO DANIEL, DEL TIEMPO MARQUES PILAR, ALCÁÑIZ SANCHO JUAN JOSE, MARIN JIMENEZ NURIA ESTHER, BARRAS BERMEJO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1021

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA

Tipo de Objetivos :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

LA PATOLOGIA DEL SUELO PÉLVICO, INCLUYENDO PROLAPSO E INCONTINENCIA URINARIA ES UNA PATOLOGÍA MUY PREVALENTE EN NUESTRO MEDIO, PUDIENDO LLEGAR A AFECTAR A UN TERCIO DE LAS MUJERES EN ALGÚN MOMENTO DETERMINADO DE SU VIDA. ESTA PATOLOGIA SUPONE UNA IMPORTANTE MERMA EN LA CALIDAD DE VIDA, PUDIENDO CAUSAR ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS, ASI COMO INTERFERIR CON LA ACTIVIDAD DIARIA INCLUYENDO LA CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO FISICO, SOCIAL Y SEXUAL. EN LA EVALUACION CLINICA DE LAS PACIENTES REMITIDAS A LA CONSULTA DE SUELO PELVICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA SI SON SEXUALMENTE ACTIVAS, SINO LO SON DEBEREMOS INVESTIGAR SI LA INACTIVIDAD SEXUAL PUEDE ESTAR RELACIONADA CON SU PROBLEMA DE SUELO PELVICO. ASI MISMO CUANDO VALOREMOS LOS RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS, DEBEMOS TENER EN CUENTA Y DEBEMOS EVALUAR EL PUNTO DE VISTA DE LA PACIENTE EN CUANTO AL IMPACTO EN SU CALIDAD DE VIDA DEBIDO AL TRATAMIENTO APLICADO Y SU RELACION CON LOS CAMBIOS EN LOS SINTOMAS URINARIOS, ANORECTALES Y SEXUALES. POR ESTE MOTIVO ES NECESARIO PODER DISPONER Y PODER APLICAR CUESTIONARIOS ADECUADAMENTE VALIDADOS SIGUIENDO UNA TECNICA ESTANDARIZADA.

RESULTADOS ESPERADOS

NUESTRO OBJETIVO ES APLICAR UN CUESTIONARIO VALIDADO TANTO EN LA EVALUACION INICIAL DE LAS PACIENTES QUE VAN A PRECISAR UN TRATAMIENTO QUIRURGICO POR PROLAPSO GENITAL O POR INCONTINENCIA URINARIA, COMO EN LA EVALUACION DE LOS RESULTADOS DE ESTAS PACIENTES, UNA VEZ INTERVENIDAS. NUESTRO PRINCIPAL OBJETIVO ES CONOCER (SIEMPRE QUE LA PACIENTE ASÍ LO DESEE), LA FUNCION SEXUAL ANTES Y DESPUES DE LA REPARACION QUIRURGICA DEL PROLAPSO GENITAL Y/O DE LA REPARACION QUIRURGICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MEDIANTE BANDA SUBURETRAL TRANSOBTURADORA

MÉTODO

EL METODO VA A CONSISTIR EN LA APLICACION DE UNA ENCUESTA VALIDADA PARA EL ESTUDIO DE LA FUNCION SEXUAL: EL PISQ-12.

OFRECEREMOS LA APLICACION DE DICHA ENCUESTA A LAS PACIENTES EN LA CONSULTA EN LA QUE DECIDIMOS QUE DICHA PACIENTE REQUIERE UN TRATAMIENTO QUIRURGICO, BIEN POR PROLAPSO GENITAL (DEL COMPARTIMENTO QUE SEA), BIEN POR INCONTINENCIA URINARIA.

ESTA CONSULTA ES LA CONSULTA NUMERO 8 DE LOS MIERCOLES, DONDE SON CITADAS LAS PACIENTES CON PATOLOGIA DE SUELO PELVICO.

INDICADORES

INDICADOR PRINCIPAL: NUMERO DE ENCUESTAS REALIZADAS / NUMERO DE PACIENTES INTERVENIDAS POR LA PATOLOGIA REFERIDA DE SUELO PELVICO. NOS VA A INDICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA MEDIDA. DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS EXCLUIREMOS A AQUELLAS QUE NO QUIEREN REALIZAR LA ENCUESTA.

INDICADOR SECUNDARIO: NÚMERO DE PACIENTES QUE RECHAZAN LA REALIZACION DE LA ENCUESTA/ NUMERO DE PACIENTES A LAS QUE SE LA OFRECE: NOS PUEDE INDICAR LA PERTINENCIA Y LA ACEPTABILIDAD DE LA PRUEBA POR PARTE DE NUESTRO GRUPO DE PACIENTES

DURACIÓN

INCIO EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2016.

PRIMERA EVALUACION: A LOS 6 MESES DEL INCIO: DONDE VALORAREMOS LA PERTINENCIA DE LA ENCUESTA, LA ACEPTACIÓN POR PARTE DE LAS PACIENTES Y LA INFORMACIÓN DESPRENDIDA DE LA MISMA.

SI LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION SON SATISFACTORIOS CONTINUARIAMOS CON LA RECOGIDA DE DATOS DE LA ENCUESTA MINIMO UN AÑO CON EL FIN DE PODER PUBLICAR RESULTADOS

OBSERVACIONES

SERIA MUY INTERESANTE PODER DISPONER DE APOYO INFORMATICO (ORDENADOR PERSONAL O NOTEBOOK) CON EL FIN DE AGILIZAR LA RECOGIDA DE LOS DATOS EN LA CONSULTA. A FECHA ACTUAL NO HAY NINGUN DISPOSITIVO DE ESTAS CARACTERISTICAS EN NUESTRO SERVICIO DE GINECOLOGIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1022

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DESALUD DE ARAGON - ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL VICENTE GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ADIEGO CALVO IGNACIO
VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER
COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO
RUBIO CUESTA PATRICIA
MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN
ARTAL TEJEDOR ELENA
FERRANDO VIÑOLA SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se contactó con la Asociación AMAC-GEMA con el fin de elaborar un documento informativo, consensado, para introducir en el consentimiento informado y que así las pacientes conocieran la naturaleza de la visita y la asociación.
- Se realizó, tras esto, documento informado para visita de las voluntarias de la Asociación AMAC-GEMA.
- Se consensó con el personal de Enfermería la entrega y recogida, así como la cuantificación de esas labores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Ninguna paciente es actualmente visitada por las voluntarias de AMAC-GEMA sin el consentimiento previo, informado y por escrito.
- El numero de consentimientos entregados es cercano al 100%. Se ha conseguido con un doble recordatorio, el del personal de enfermería hacia la paciente y el recuerdo de las voluntarias hacia las enfermeras de si habían entregado el consentimiento.
- El nº de visitas autorizadas se sitúa en alrededor del 74%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debemos de tener en cuenta que aunque en nuestra opinión o creencia pueden ser claramente beneficiosas para la paciente, están deben ser aceptadas por la paciente, aunque estén llevadas a cabo con la mejor intención y con la vocación altruista de las voluntarias.

Además, dando a conocer la asociación con más calma, hemos favorecido que para aquella paciente interesada será un espacio francamente provechoso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1022 ===== ***

Nº de registro: 1022

Título
ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DE SALUD DE ARAGON - ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autores:
VICENTE GOMEZ ISABEL, ADIEGO CALVO IGNACIO, VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER, COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO, RUBIO CUESTA PATRICIA, MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN, ARTAL TEJEDOR ELENA, FERRANDO VIÑOLA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1022

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DESALUD DE ARAGON - ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Confidencialidad, intimidad

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Asociación de Mujeres Aragonesas de Cáncer Genital y de Mama (AMACGEMA) nace en 1994 con el objetivo de ofrecer espacio de apoyo y una atención biopsicosocial a la mujer afectada por dicha patología.

VOLUNTARIADO HOSPITAL "AMACGEMA"

Dirigido a mujeres recién intervenidas de cáncer de mama en Zaragoza. La función que se desarrolla es la de crear un espacio de identificación de la mujer intervenida con otra que ya ha superado la enfermedad. En dicha visita, la voluntaria hace entrega un sujetador adaptado y una "Almohada de corazón" que sirve de apoyo para descansar el brazo tras haber sufrido una extirpación ganglionar. Por otro lado, en la Ley 6/2002 de Salud de Aragón, en su capítulo II (Del derecho a la intimidad y a la confidencialidad), se recoge lo siguiente:

- Artículo 11.

1. Toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos referentes a su salud. Igualmente tiene derecho a que nadie que no se encuentre autorizado pueda acceder a ellos si no es al amparo de la legislación vigente.

3. Toda persona tiene derecho a preservar la intimidad del cuerpo con respecto a otras personas ajenas a los profesionales sanitarios.

4. Los centros asistenciales deben adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos a los que se refieren los apartados anteriores (...)

En el capítulo III

- Artículo 12.

1. Cualquier intervención que se produzca en el ámbito de la salud requiere el consentimiento específico y libre de la persona afectada (...)

2. Se efectuará un consentimiento informado para cada supuesto (...)

Por lo tanto, siendo conscientes de la labor inestimable de la asociación, creemos que esta visita hospitalaria debe estar regulada dentro de la legislación vigente y creemos necesaria la instauración de un consentimiento informado específico, por escrito, para la visita de estas voluntarias.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es adecuar las visitas de las voluntarias de AMAC-GEMA a la legalidad vigente con la elaboración de consentimiento informado. Mejorar la información aportada a las pacientes con respecto a la asociación AMACGEMA. Cuantificación del efecto/beneficio de la visita en la paciente. Cuantificación de las pacientes que aceptan la visita

MÉTODO

Elaboración de documento de consentimiento informado (Vicente-Adiego).

Elaboración (Villalobos-Adiego) de encuesta de satisfacción para poder cuantificar el impacto en la paciente y familia de la información recibida y de la intervención (visita realizada). La nota de los apartados irá codificada entre 1 a 10 donde 10 es "completamente satisfecho" y 0 "nada satisfecho".

Recogida de Consentimientos informados y encuestas (Elena Artal y Silvia Ferrando)

Monitorización de cumplimiento de visitas tras firma de consentimiento informado (Artal-Ferrando).

Indicador de cobertura/aceptación (Rubio)

Procesado de datos (Colmenarejo)

Contacto con la Asociación AMAC-GEMA (Marcuello)

INDICADORES

Antes de la visita de la voluntaria, el personal se cerciorará de que la paciente haya firmado el consentimiento informado. Se cuantificará a cuantas pacientes se les había entregado el documento.

Tasa de aceptación: no consentimientos favorable a la visita / total de consentimientos entregados.

Tasa de consentimiento informados dados previos al ingreso hospitalario: no de consentimientos en consulta preoperatoria/no total de consentimientos

Grado de satisfacción: En una escala de satisfacción de 1 a 10, numérica, consideramos aceptable una puntuación mayor de 6 como punto de partida para nuestro proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1022

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DESALUD DE ARAGON - ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DURACIÓN

Octubre de 2016. Reunión para valorar los puntos a tener en cuenta al elaborar el consentimiento y ealización del documento.

2 de Noviembre: Inicio de entrega.

1 Diciembre: primera evaluación de resultados: evaluación del no de consentimientos entregados y pacientes que aceptan la visita..

A los 6 meses, reevaluación de los parámetros de satisfacción y cobertura.

Al año, promover la puesta en marcha de estudio/publicación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1025

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE VANESSA TEBAN PONCE
· Profesión MATRONA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LUQUE CARRO RAQUEL
CHECA DIEZ MARIA ANGELES
SUBIRON VALERA ANA BELEN
FERRER ALCON PATRICIA
CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA
PEREZ SORBE CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con este proyecto nos planteamos mejorar la información que tienen las gestantes que desean un plan de parto para que puedan tomar una decisión bien informada de las distintas opciones posibles, fomentar su empoderamiento respecto a su propio proceso de parto y acercarlas a la realidad del hospital para así ajustar sus expectativas, así como crear un vínculo con el hospital para que aumente su confianza. Todo esto contribuye a un mejor resultado en el proceso asistencial en un momento tan importante como es el nacimiento de un hijo.

Comenzamos realizando un circuito de nexo de unión entre las matronas de los centros de salud de nuestro sector y las matronas del hospital para que informaran a las gestantes de las reuniones que se realizan, y éstas se pusieran en contacto con nosotras a través de un correo electrónico.

Por otro lado, informamos a las matronas y otros profesionales de nuestro hospital de la realización periódica de las reuniones.

Creamos también una encuesta inicial para las gestantes que acuden a las reuniones, así como dos evaluaciones, una postcharla, para evaluar la satisfacción de las gestantes, y otra postparto para valorar la satisfacción durante el proceso de parto, y poder hacer un feedback para realizar mejoras en la continuación del proyecto, tal y como hemos hecho hasta ahora.

Hemos realizado charlas periódicas en grupos reducidos de gestantes y sus parejas, con periodicidad mensual, para las que hemos elaborado una presentación con información y fotos que ayuda en la exposición de la información.

Por otro lado, valoramos la búsqueda de alternativas para facilitar un entorno amigable para los partos de bajo riesgo en los que las mujeres acuden con un plan de parto para facilitar el cumplimiento de las expectativas de su proceso de parto, tal y como se refleja en la "Estrategia de atención al parto normal" del Ministerio de Sanidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un indicador para evaluar la puesta en marcha del proyecto y su impacto han sido las sesiones realizadas, la duración, y la media de mujeres y acompañantes que han acudido.

Hemos realizado 8 sesiones (objetivo cumplido) con una media de 2 horas y cuarto de duración.

Han acudido en total 110 mujeres, un tercio de ellas con acompañante, con una media de 13-14 gestantes por sesión.

Como indicadores para evaluar la satisfacción de las gestantes hemos realizado una encuesta postcharla y otra postparto.

Las encuestas postcharla han sido contestadas por el 100 % de las gestantes, y nos han reflejado muy buenos resultados, y por tanto el cumplimiento de los indicadores propuestos en el proyecto.

Todavía estamos en proceso de analizar los datos de las encuestas postparto, para valorar la satisfacción en su proceso de parto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Respecto a las reuniones periódicas, estamos satisfechas con el nuevo funcionamiento, ya que en grupos se genera más intercambio de información entre las gestantes, más aportaciones de gestantes que ya han pasado por un proceso de parto y más debate, lo que genera más riqueza para las gestantes y para las matronas.

También estamos satisfechas con la participación de las gestantes y sus parejas, aunque debido al aumento de demanda respecto a los planes de parto, ha habido una gran asistencia a las reuniones respecto a nuestra propuesta inicial de grupos de 4-5 parejas.

El circuito de derivación desde primaria también ha funcionado bien, ya que una matrona de primaria del sector I ha participado en el proyecto, y ha sido el nexo de unión para información al resto de compañeras del sector, lo que facilita que la información llegue a las gestantes.

De todas formas, todavía nos falta tener más vínculo con matronas del sector II y mejorar el nexo de unión entre primaria y hospital para una comunicación más fluida.

La evaluación nos sirve como devolución de las gestantes para evaluar su satisfacción y nos permite realizar mejoras, y también exponer su satisfacción al resto de profesionales.

Respecto a la búsqueda de un espacio más amigable, que es una solicitud que hemos detectado en evaluaciones anteriores de este proyecto, es un objetivo que no hemos podido alcanzar en la actualidad, dado que la infraestructura, el funcionamiento y los protocolos del servicio impiden avances en este tema.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1025

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1025 ===== ***

Nº de registro: 1025

Título
MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

Autores:
TEBAN PONCE MARIA VANESSA, LUQUE CARRO RAQUEL, CHECA DIEZ MARIA ANGELES, SUBIRON VALERA ANA BELEN, FERRER ALCON PATRICIA, CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA, PEREZ SORBE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En las recomendaciones de la "estrategia para la salud sexual y reproductiva" se aconseja a las mujeres que elaboren un plan de parto para poder reflexionar acerca de sus deseos y expectativas del parto, aumentar su información acerca de las diferentes opciones y así conseguir el empoderamiento de la mujer y su satisfacción con el parto. La estrategia también aconseja que sea realizado conjuntamente con su matrona de atención primaria. Sin embargo, en nuestra practica diaria nos encontramos con mujeres que acuden con expectativas irreales en su plan de parto, aconsejadas por personal no sanitario, y con un sentimiento de hostilidad hacia el personal hospitalario. En proyectos anteriores, citábamos a las parejas individualmente, sin embargo nos parecía que se podrían beneficiar de la interacción entre otras parejas similiares, informando a las parejas de la realidad del servicio de paritorios del hospital Miguel Servet, creando un vinculo previo al dia del parto con el hospital, aumentando la confianza y la información, mejorando la calidad asistencial y un mejor resultado de un proceso asistencial tan importante. En años anteriores hemos comprobado un aumento de la demanda, atendiendose de 2013 al 2015 134 familias. En las evaluaciones realizadas en años anteriores las parejas nos reflejaban la ausencia de una estructura o espacio especifico donde disfrutar su parto de bajo riesgo y poder adoptar medidas antialgicas en intimidad, como darse una ducha caliente o disponer de un entorno amigable para poder adoptar distintas posiciones como se refleja en la arquitectura integral de maternidades editada por el ministerio de Sanidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la sensación de seguridad de la gestante ante su parto.
Mejorar la satisfacción global de la gestante y su familia durante su estancia en nuestra unidad.
Fomentar el empoderamiento de la mujer en su propio proceso de parto.
Ajustar las expectativas de la gestante a la realidad del servicio de paritorios.
Aumentar la información de la gestante acerca de las distintas opciones para que puedan tomar decisiones adecuadamente.

MÉTODO

Informar a las matronas de atención primaria de las reuniones y del circuito de acogida. M Angeles Checa
Creación de un circuito de derivación, donde las mujeres se puedan poner en contacto con nosotras y les informemos de las reuniones Raquel Luque, Ana Subirón y Vanesan Tebán
Creación de una hoja de evaluación Patricia Ferrer y Javier Gallego
Busqueda de un espacio donde llevar a cabo las reuniones: Cristina Perez y Patricia Cebrián.
Busqueda Alternativas para facilitar un entorno amigable con el parto de bajo riesgo Todos
Realización de una reunión de periodicidad variable con un grupo de parejas 4 o 5, para resolver dudas conjuntas del plan de parto, revisar planes de parto particulares, explicar protocolos y estructura del centro. Todas.

INDICADORES

Realización de al menos 8 reuniones anuales.
Creación de una encuesta que se pasará al finalizar las reuniones para valorar la satisfacción de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1025

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

usuarias.

DURACIÓN

Creación del circuito de derivación de las usuarias octubre 2016.
Encontrar un espacio donde realizar los encuentros, octubre 2016
Creación de una hoja de evaluación de las reuniones noviembre 2016
Información de las matronas de atención primaria en la reunión noviembre 2016
Inicio de las reuniones diciembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0015

1. TÍTULO

INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DEGINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS YRECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO YSEGUIMIENTO EN CONSULTA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA BAQUEDANO MAINAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELABORACION DE MATERIAL INFORMATIVO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ELABORACION PARCIAL DE DICHS FOLLETOS INFORMATIVOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DISPERSION DEL GRUPO. BAJO SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/15 ===== ***

Nº de registro: 0015

Título
INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DE GINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS Y RECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EN CONSULTA

Autores:
BAQUEDANO MAINAR LAURA, JOSE GUTIERREZ YASMINA, NEGREDO QUINTANA ISABEL, ALCASAN JUAN JOSE, LANZON LAGA ALBERTO, BOLEA TOBAJAS RAUL, ADIEGO CALVO IGNACIO, YAGÜE MORENO HORTENSIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La información médica a las pacientes es esencial en cualquier proceso, máxime cuando se trata de una patología grave, como lo es un cáncer ginecológico. Las pacientes buscan muchas veces por internet y se apoyan en informaciones no del todo contrastadas tomadas de fuentes no siempre médicas ni con rigor científico. Cuando se diagnostica un proceso oncológico ginecológico el shock al recibir la noticia hace que la explicación del mismo y muchas de las recomendaciones que damos a pacientes y familiares pasen desapercibidas. Es preciso mejorar la información que se da a las pacientes y sus familias y hacerlo por escrito contribuirá a asentar las indicaciones y consejos que el médico expresa verbalmente.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: pacientes oncológicas del Servicio de Ginecología.
Intervenciones a realizar: ofrecer un folleto informativo editado por el Servicio de Ginecología acerca de cada uno de los procesos oncológicos ginecológicos: Vulva, cervix, carcinoma de endometrio, sarcoma uterino, ovario. En dicho folleto constará: epidemiología, clínica, diagnóstico, opciones terapéuticas, cuidados tras los mismos y posibles reacciones adversas, planificación del seguimiento así como normas de estilo de vida saludable para las pacientes supervivientes. Todo ello basado en las guías nacionales e internacionales más

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0015

1. TÍTULO

INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DEGINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS YRECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO YSEGUIMIENTO EN CONSULTA

importantes de cáncer ginecológico. Asimismo se expondrán las normas y funcionamiento de la Oncología Ginecológica del HUMS con respecto a la consulta, hospitalización, comité de tumores y seguimiento ambulatorio. También se facilitará la manera de ponerse en contacto con los profesionales en caso de que existan dudas o surja un problema médico promoviendo así un mejor acceso de la paciente hacia los servicios sanitarios y optimización de los mismos. Se espera promover el conocimiento de las pacientes y sus familias de la patología oncológica diagnosticada para así poder afrontarla de forma más positiva evitando el miedo a lo desconocido e involucrar a unos y otros en los cuidados postoperatorios y de salud en general de dichas pacientes. Asimismo se pretende mejorar la relación médico paciente en aras a favorecer la asistencia médico quirúrgica.

MÉTODO

Reunión de los integrantes del grupo de trabajo y reparto de tareas.
Búsqueda bibliográfica en las principales guías Nacionales e Internacionales de cáncer ginecológico: SEGO; EORTC, SEOM, GEICO, IGCS, NCCN,ESGO, ASCO, ESGO, GCIC.
Elaboración de folletos informativos.
Edición de la información.
Impresión de los folletos.
Reparto de los folletos en consulta y/o planta de Ginecología.

INDICADORES

Ofrecer información por escrito al 95-100% de las pacientes oncológicas diagnosticadas y/o tratadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Miguel Servet y sus familiares.

DURACIÓN

Abril- Mayo 2018: Reunión de los integrantes del grupo de trabajo y reparto de tareas.
Junio 2018: Elaboración, edición e impresión de los folletos informativos.
Julio-Agosto de 2018: reparto de la información en Consultas externas y hospitalización de la planta 2ª de Ginecología del HMI HUMS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0223

1. TÍTULO

CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS
ENVID LAZARO BLANCA
FRANCO ROYO MARIA JESUS
ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT
TEJERO CABREJAS EVA LUCIA
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, se identificó el problema. Seguidamente se realizó el proyecto completo. Se procedió al acuerdo con todos los estamentos y unidades implicadas. Se consensuó dentro del Servicio con todos los facultativos implicados en su realización. Se consensuó con Enfermería en todos los Centros de Especialidades donde se pensaba implementar (San José, Grande Covián y Ramón y Cajal), y en las Consultas de Obstetricia del Hospital Miguel Servet. Se instruyó a todo el personal en la toma de la Presión Arterial Media y se elaboró un documento de cribado por Historia Clínica, que debía ser completado por los facultativos implicados. También se consensuó con la Unidad de Ecografía y Diagnóstico Prenatal, el control de los cribados en la semana 20 de la gestación y la realización de un Doppler de arterias uterinas. Se determinó cual era el mejor tratamiento preventivo de la preeclampsia en las pacientes con resultado de cribado positivo y se puso en marcha el proyecto. En el mes de junio de 2018, comenzó el cribado de preeclampsia, y su implementación fue progresiva durante el segundo semestre de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualmente, la tasa de pacientes cribadas para preeclampsia supera el 90% durante el primer trimestre de la gestación. Estos resultados, para el tiempo de proyecto, podrían considerarse como satisfactorios y superiores al estándar marcado. Las pacientes con un cribado positivo, inician tratamiento adecuado en el 100% de los casos por lo que su labor de prevención de la preeclampsia, sobre todo precoz, la seguiremos viendo en los próximos meses. La fuente de datos, se encuentra en las pacientes remitidas para realización del doppler de uterinas coincidente con la Ecografía morfológica fetal y en los datos de la cartilla electrónica del embarazo. También en los casos de preeclampsia severa ingresados en la planta de Medicina Materno Fetal del Servicio de Obstetricia del Hospital Miguel Servet

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración sobre el desarrollo del proyecto es muy satisfactoria. La colaboración de todo el personal implicado ha sido muy amplia, entendiéndose en todo momento que se trataba de un proyecto de mejora orientado principalmente a la paciente. Si el proyecto salía adelante, los casos de preeclampsia precoz y severa, que son causa de muy malos resultados obstétricos, podrían ser prevenidos en el 50% de la población tributaria. Como pendiente, quedaría el cribado del 50% de la población que necesita otros métodos diferentes para poder ser seleccionadas. Incluiríamos el doppler de la arteria uterina en el primer trimestre del embarazo y la determinación del PlGF (Factor de Crecimiento Placentario) en la primera analítica de la gestación del primer trimestre. Esto requeriría de nuevos proyectos en los que los requerimientos económicos (en el caso de la determinación bioquímica) o los de tiempo de exploración (en el caso del doppler de arterias uterinas), podrían condicionar su presentación o su aprobación

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/223 ===== ***

Nº de registro: 0223

Título
CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Autores:
CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL, DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS, ENVID LAZARO BLANCA, FRANCO ROYO MARIA JESUS, ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT, TEJERO CABREJAS EVA LUCIA, RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0223

1. TÍTULO

CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La preeclampsia es una de las enfermedades más graves y de mayor repercusión para la madre y el feto, del embarazo.
El tratamiento es complejo y paliativo. Cuanto más precoz sea su aparición, sus efectos son más demoledores, centrados fundamentalmente en las alteraciones del crecimiento y bienestar intraútero por parte del feto, y del riesgo de morbilidad severa y mortalidad por parte de la madre. Esta última se fundamenta en la severa alteración cardiovascular, con repercusión a nivel renal, cardíaco, hepático y cerebral.
Aunque existen medidas de prevención basadas en la toma diaria de ácido acetil salicílico a dosis bajas, ésta debe iniciarse antes de la semana 15 de la gestación, según demostró el estudio ASPRE.
La posibilidad de encontrar a la población tributaria de este tratamiento preventivo, haría que las cifras de preeclampsia, sobre todo la precoz, disminuyeran en un futuro, con todo lo que esto supone en la morbimortalidad tanto fetal como materna

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto es seleccionar una población diana por sus antecedentes clínicos y familiares, y por su presión arterial media, que fuera tributaria de inicio del tratamiento preventivo antes de la semana 15 de gestación

MÉTODO

Las acciones previstas son:
* Elaboración de documento que recoja los factores de riesgo que deben ser investigados en la historia de primer día y que clasificados como mayores o menores, con su puntuación seleccionen al grupo de riesgo
* Establecimiento de límite superior de la presión arterial media, por encima del cual la paciente es encuadrada en grupo de riesgo
* Elaboración de documento informativo sobre las condiciones en que se debe encontrar la paciente para que la toma de la presión arterial media sea totalmente fiable
* Reunión con los responsables de las consultas de Obstetricia para la exposición del proyecto, recogiendo propuestas
* Reunión con supervisoras de Enfermería de consultas para valorar la toma correcta de la presión arterial media
* Establecimiento de fecha de inicio del proyecto

INDICADORES

Pacientes con preeclampsia que cumpliendo criterios no hayan sido cribadas en en primer trimestre
Pacientes con preeclampsia que cumpliendo criterios hayan sido cribadas y no hayan sido tratadas profilácticamente antes de la semana 15
El valor a alcanzar, siempre que las pacientes hayan sido vistas durante el primer trimestre, debería acercarse al 0%
Durante el primer año, el límite inferior de calidad no debería ser inferior al 20%

DURACIÓN

MARZO-ABRIL 2018: elaboración de documentos
ABRIL-MAYO: reuniones con el Servicio y con los especialistas que pasan de forma habitual la consulta. Resolución de dudas, recogida de propuestas.
reuniones con las supervisoras de consultas para coordinar actuaciones en la medición de la presión arterial media y disponibilidad de documentación en las consultas
MAYO: inicio del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0497

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN PACIENTES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE AMPARO BORQUE IBAÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BOLEA TOBAJAS RAUL
LAMARCA BALLESTEROS MARTA
MOROLLON LORIZ ISABEL
RODRIGO CONDE CESAR
RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL
ROY RAMOS VIRGINIA
YAGÜE MORENO HORTENSIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Elaboracion de un protocolo de manejo terapeutico conservador y pautas de seguimiento de las pacientes afectas de Vain tratadas con imiquimod, asicomo de la sistematica de aplicacion del tratamiento tópico. Pendiente de aprobacion por la Unidad de Calidad.
2-Recogida de datos de las pacientes sometidas a dicho seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1-Unificacion de los criterios por parte del servicio de las pautas de tratamiento topico con imiquimod en acientes afectas de Vain.
2-Difusión de los mismos al resto del los miembros del servicio de Ginecología.
3-Eliminación de la infección persistente por VPH en vagina en 2/ 3 de las pacientes sometidas a dicho protocolo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A poesar de la baja prevlencia de dicha patología, los resultados obtenidos son muy optimistas en cuanto a la reducción en el número de casos que necesitarán tratamiento quirurgico de dicha patología, reducciendo así de forma indirecta la morbi-mortalidad asociada a la cirugía.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/497 ===== ***

Nº de registro: 0497

Título
PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN LAS PACIENTES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD

Autores:
BORQUE IBAÑEZ AMPARO, BOLEA TOBAJAS RAUL, LAMARCA BALLESTEROS MARTA, MOROLLON LORIZ ISABEL, RODRIGO CONDE CESAR, RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL, ROY RAMOS VIRGINIA, YAGÜE MORENO HORTENSIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Entre las lesiones precursoras de cancer del tracto genital inferior figura la neoplasia intraepitelial de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0497

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN PACIENTES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD

vagina. Dicha patología aparece en las pacientes que padecen o han padecido una infección por el virus del papiloma humano VPH, con persistencia y ausencia de aclaramiento de la misma, y especialmente en aquellas que han sido sometidas a cirugía ginecológica, histerectomía con o sin anexectomía bilateral por una lesión precursora de cancer de cervix uterino. En dichas pacientes la persistencia viral, especialmente de los tipos 16 y 18 tras la cirugía, condiciona la eventual aparición de lesiones precursoras e incluso de carcinoma invasor de vagina.

Hasta la fecha, el establecimiento de dicho diagnóstico: VaIN 3, suponía la reintervención quirúrgica mediante colpectomía parcial o total, siendo esta en algunas ocasiones técnicamente dificultosa y con pobres resultados funcionales en pacientes jóvenes o de edad intermedia con actividad sexual regular en las que el acortamiento de la vagina podría mermar notablemente su bienestar físico y psicológico en materia de salud sexual. Si bien la prevalencia de dicha patología no es muy alta en nuestro medio los estudios recientes aportan resultados exitosos en el tratamiento tópico intravaginal con inmunomoduladores como el imiquimod, incluso con regresión de la lesión y aclaramiento de la infección por VPH.

En la actualidad en nuestra area se viene aplicando dicho tratamiento en regimen ambulatorio a un grupo previamente seleccionado de pacientes con lesiones vaginales intraepiteliales diagnosticadas a lo largo del seguimiento clínico o a aquellas con afectación de márgenes quirúrgicos tras exéresis de la lesión en las que se ha descartado la existencia de invasión oculta, y que pueden beneficiarse de un tratamiento medico.

RESULTADOS ESPERADOS

Protocolizar el manejo terapeutico de las pacientes con VaIN 3-H-SIL sometidas a tratamiento tópico: pautas de dosificación y seguimiento en consultas externas de Ginecología.

Establecer un registro informatizado de las mismas al objeto de confirmar la eficacia del mismo, y mejorar el control de posibles efectos adversos asociados al uso de un inmunomodulador.

Lugar de intervención: Combinación de administración del fármaco en consultas externas por un facultativo y autoaplicación en domicilio por la propia paciente según pautas indicadas en la fase de adiestramiento.

MÉTODO

- 1-Difusión del programa de manejo terapeutico y de seguimiento de las pacientes con VaIN susceptibles de tratamiento tópico a todos los miembros del Servicio de Ginecología en Sesión Clínica.
- 2-Elaboración de un breve resumen de información e instrucciones para la paciente en materia de autoaplicación.
- 3- Registro de las pacientes y resultados de las pruebas diagnósticas de control y seguimiento.
- 4- Elaboración de un documento de Consentimiento Informado para la administración de dicha opción terapeutica.
- 5- Elaboración de una encuesta de valoración- evaluación de la satisfacción, a responder por parte de las pacientes una vez finalizado el proceso de seguimiento inicial y tras el ciclo de tratamiento.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes con VaIN3-H-SIL sometidas a tratamiento tópico inmunomodulador en la que se consigue el aclaramiento de la infección viral o regresión de la lesión.

DURACIÓN

- 1-Elaboración del protocolo de manejo terapeutico conservador con imiquimod tópico del VaIN 3: Mayo2018.
- 2-Difusión del mismo en el Servicio: Mayo 2018.
- 3-Aplicación y recogida de datos: Mayo- Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0526

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA RUBIO CUESTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE GOMEZ ISABEL
VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER
ORTEGA MARCILLA SILVIA
BAQUEDANO MAINAR LAURA
FRANCO JIMENEZ LORENA
LABORDA GOTOR RAMIRO
BENITO VIELBA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 se puso en marcha el proyecto referente a la valoración axilar tras neoadyuvancia en cáncer de mama.

El objetivo final forma parte de un ambicioso estudio multicéntrico en el que se apuesta por la descalada en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama localmente avanzado que responde a la neoadyuvancia de forma completa o parcial mayor. En estos casos, se propone un manejo conservador mediante la preservación del paquete linfograso axilar, afectado por carcinoma en el momento del diagnóstico, pero que responde convenientemente al tratamiento sistémico primario (TSP).

En el intento de generalizar a la práctica clínica esta actitud, resulta imprescindible concretar la estrategia que permita una adecuada valoración axilar postneoadyuvancia, identificando a las pacientes candidatas a este tratamiento mínimamente invasivo.

Nuestra propuesta va encaminada a determinar la conveniencia de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) tras terapia neoadyuvante, sirviéndonos del marcaje del ganglio positivo (demostrado por BAG) previo al inicio de TSP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el estudio fueron incluídas 27 pacientes, de características demográficas y descripción tumoral homogénea. Fueron excluídas 6 por metástasis a distancia (3), 2 éxitus y 1 rechazo final.

De las 21 pacientes restantes, se objetivó correcta migración del radiotrazador en 17 de ellas y detección en 15. Con una tasa de éxito de la técnica del 68,18%.

La media de ganglios centinela extraídos es de 1,7.

En el 61,9% de los casos, el ganglio centinela coincidía con el marcado, lo que significa que la valoración a TSP se realiza correctamente, ya que se analiza un ganglio afecto en el momento del diagnóstico.

La tasa de falsos negativos del GC resultó del 26,6%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-El objetivo perseguido en el estudio resulta un avance en la práctica clínica con repercusiones francamente positivas sobre la función y calidad de vida de nuestras pacientes y con impacto directo sobre el gasto sanitario al reducir considerablemente secuelas e invalidez secundarias al linfedema y lesión nerviosa propias de la linfadenectomía axilar.

-El índice de detección del ganglio marcado resulta insuficiente, y la tasa de falsos negativos del GC inasumible.

-Debemos continuar el estudio incluyendo una técnica de doble marcaje que favorezca un incremento en la tasa de detección y permita reducir la TFN<10% reconocido en la validación de la técnica del ganglio centinela.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/526 ===== ***

Nº de registro: 0526

Título
EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

Autores:
RUBIO CUESTA PATRICIA, VICENTE GOMEZ ISABEL, VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER, ORTEGA MARCILLA SILVIA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0526

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

BAQUEDANO MAINAR LAURA, FRANCO JIMENEZ LORENA, LABORDA GOTOR RAMIRO, BENITO VIELBA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es la técnica universalmente aceptada para el estadiaje axilar en el contexto de un cáncer de mama sin afectación ganglionar establecida mediante exploración clínica y radiológica. Este procedimiento se ha ido depurando hasta hacerse asequible a todos los centros que dispongan de un servicio de medicina nuclear. Así mismo, desde su implementación, se han ido ampliando las indicaciones y reduciendo las contraindicaciones, limitadas en la actualidad al carcinoma inflamatorio y la axila positiva al diagnóstico. Otro de los grandes avances ha sido el momento de realización del estudio axilar, reconociéndose como válida la aplicación del la BSGC antes y después de la administración de terapia sistémica primaria (TSP), con la misma tasa de detección y mismo grado de correlación histopatológico. La neoadyuvancia en el cáncer de mama localmente avanzado es una estrategia terapéutica ampliamente establecida. Consiste en la administración de un tratamiento sistémico con quimioterapia (QT), asociando o no inmunoterapia, o con hormonoterapia (HT) antes de completar la cirugía locorregional. El objetivo es doble; por una parte permite valorar la quimiosensibilidad real del tumor, factor predictivo de suma importancia, y por otro, hace asequibles a cirugía conservadora un porcentaje de tumores que de otro modo exigirían un tratamiento mutilante. El reto de nuestros días pasa por actualizar el manejo de la axila con afectación tumoral confirmada mediante biopsia con aguja gruesa (BAG). Cabe plantear que, al igual que la mama respondedora, la axila con regresión completa de enfermedad tras la TSP también sería susceptible de una actitud conservadora. Para ello, resulta perentorio establecer la estrategia que permita valorar la respuesta axilar a la neoadyuvancia, lo cual haría posible evitar la realización de una linfadenectomía a aquellas pacientes con respuesta axilar completa a terapia primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

-Valorar la conveniencia de la técnica de BSGC para la identificación de pacientes susceptibles de un manejo conservador de la axila por respuesta patológica completa tras neoadyuvancia.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

-Determinar tasa de identificación del ganglio centinela tras administración de TSP en pacientes con afectación axilar en el momento del diagnóstico.
-Determinar tasa de correlación entre ganglio biopsiado y ganglio identificado como centinela

MÉTODO

Las pacientes candidatas a la inclusión en el estudio son convenientemente informadas del procedimiento y de los objetivos que persigue, aceptando mediante la firma de un consentimiento elaborado con este fin. Como parte de la rutina habitual, en el servicio de radiología mamaria se marca mediante un clip metálico la adenopatía biopsiada con resultado positivo en el momento del diagnóstico. Al finalizar el tratamiento primario se programa la cirugía locorregional que, según los protocolos vigentes, debe incluir la linfadenectomía axilar completa. Previamente, se lleva a cabo la identificación y disección del ganglio centinela, el cual se remite para la realización de una radiografía intraoperatoria buscando el clip metálico. De este modo, es posible establecer el índice de correlación entre el ganglio inicialmente positivo y el ganglio identificado como centinela. En el estudio anatomopatológico, que en nuestro caso se realiza en diferido, podremos extraer conclusiones respecto a la tasa de respuesta axilar a TSP bien en el ganglio centinela, en caso de coincidir con el inicialmente afectado por carcinoma, o en su defecto, en la pieza de linfadenectomía reglada.

INDICADORES

Para la consecución de los objetivos emplearemos las placas intraoperatorias y los informes definitivos de la anatomía patológica del ganglio independiente y de la disección axilar completa.

DURACIÓN

La evaluación inicial será realizada al completar un año de cirugía en cáncer de mama en la Unidad de Patología Mamaria del HUMS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0526

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0526

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA Y MARCAJE GANGLIONAR CON ARPON

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE PATRICIA RUBIO CUESTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE GOMEZ ISABEL
VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER
RUIZ CAMPO LEYRE
GABASA GORGAS LOURDES
ROY RAMOS VIRGINIA
DIESTE PEREZ ANA MARIA DE LA PEÑA
ORTEGA MARCILLA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como se expuso en el plan inicial de trabajo, los objetivos principales del proyecto son:

-Valorar la conveniencia de la técnica de BSGC para la identificación de pacientes susceptibles de un manejo conservador de la axila por respuesta patológica completa tras neoadyuvancia.

-Complementar la técnica del ganglio centinela mediante el marcaje con arpón del ganglio clipado, incrementando con ello la tasa de detección del ganglio inicialmente afecto.

Para ello, las pacientes candidatas a la inclusión en el estudio son convenientemente informadas del procedimiento y de los objetivos que persigue, aceptando mediante la firma de un consentimiento elaborado con este fin.

De forma conjunta con los servicios implicados, se ha elaborado una rutina de trabajo para marcar la ruta de las pacientes. Como próximo objetivo nos planteamos pasarlo a formato de protocolo definitivo.

El plan de trabajo incluye que, en el servicio de Radiología mamaria se procede al marcaje mediante un clip metálico de la adenopatía sospechosa que resulta positiva en la biopsia en momento del diagnóstico inicial.

La paciente pasa a Oncología Médica para recibir terapia sistémica primaria en forma de quimioterapia u hormonoterapia según convenga.

Al finalizar el tratamiento primario se programa la cirugía locorregional que, según los protocolos vigentes, debe incluir la linfadenectomía axilar completa. El día previo a la intervención, se inyecta el nanocoloide Tc99, imprescindible para la realización de BSGC. De este modo, aseguramos la disección y extracción del ganglio inicialmente afecto, con el fin de posibilitar la correcta valoración de respuesta axilar a TSP. La realización de una radiografía simple al espécimen quirúrgico, nos permitirá conocer, al momento, la coincidencia entre ganglio centinela y clipado.

Se ha confeccionado una base de datos, con programa SPSS 21.0, donde se registran todas las pacientes incluidas en el estudio. En ella se recoge el resultado anatomopatológico de los ganglios extraídos y de la linfadenectomía posterior, lo cual nos ha permitido extraer las conclusiones de nuestro proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Mayo 2018 hasta Noviembre 2019 se reclutan 58 pacientes para el estudio, de las cuales aceptan las condiciones de inclusión el 100%.

Se excluyen 4 mujeres por falta de migración en ganglio centinela, 1 por desplazamiento del marcador y tres por hallazgos clínico-radiológicos compatibles con progresión tumoral.

Finalmente incluimos en la base de datos 50 pacientes.

Se localiza algún ganglio centinela en el 89% de las pacientes sometidas a la técnica, con una media de 1,2 ganglios extraídos.

El índice de concordancia entre el ganglio clipado/ganglio centinela es del 66%, ligeramente inferior al estándar esperado.

Sin embargo, al incluir el doble marcaje con arpón, la tasa de detección del ganglio clipado aumenta al 84%, superior al objetivo establecido. Si bien, este ganglio es centinela en el 75% de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

. La puesta en marcha del proyecto nos ha servido de curva de aprendizaje y prueba de validación para iniciar un cambio de conducta terapéutica en nuestro servicio. Existe evidencia científica suficiente que avala la preservación axilar en cáncer de mama N1con buena respuesta a neoadyuvancia.

La correcta selección de las pacientes en el momento del diagnóstico y la correcta valoración clínica y radiológica de la situación patológica tras el tratamiento sistémico es fundamental para incluir o excluir a las pacientes del programa de preservación axilar con las suficientes garantías.

La localización exacta del ganglio positivo al diagnóstico es necesaria para la correcta toma de decisiones. La técnica del doble marcaje con centinela-Tc99 y arpón axilar parece resultarnos útil en la localización de dicha adenopatía.

Nos planteamos el seguimiento de las pacientes a corto y medio plazo para el registro de eventos que pudieran modificar el pronóstico de la enfermedad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0526

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA Y MARCAJE GANGLIONAR CON ARPON

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/526 ===== ***

Nº de registro: 0526

Título
EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

Autores:
RUBIO CUESTA PATRICIA, VICENTE GOMEZ ISABEL, VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER, ORTEGA MARCILLA SILVIA, BAQUEDANO MAINAR LAURA, FRANCO JIMENEZ LORENA, LABORDA GOTOR RAMIRO, BENITO VIELBA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es la técnica universalmente aceptada para el estadiaje axilar en el contexto de un cáncer de mama sin afectación ganglionar establecida mediante exploración clínica y radiológica.

Este procedimiento se ha ido depurando hasta hacerse asequible a todos los centros que dispongan de un servicio de medicina nuclear. Así mismo, desde su implementación, se han ido ampliando las indicaciones y reduciendo las contraindicaciones, limitadas en la actualidad al carcinoma inflamatorio y la axila positiva al diagnóstico. Otro de los grandes avances ha sido el momento de realización del estudio axilar, reconociéndose como válida la aplicación de la BSGC antes y después de la administración de terapia sistémica primaria (TSP), con la misma tasa de detección y mismo grado de correlación histopatológico.

La neoadyuvancia en el cáncer de mama localmente avanzado es una estrategia terapéutica ampliamente establecida. Consiste en la administración de un tratamiento sistémico con quimioterapia (QT), asociando o no inmunoterapia, o con hormonoterapia (HT) antes de completar la cirugía locorregional. El objetivo es doble; por una parte permite valorar la quimiosensibilidad real del tumor, factor predictivo de suma importancia, y por otro, hace asequibles a cirugía conservadora un porcentaje de tumores que de otro modo exigirían un tratamiento mutilante.

El reto de nuestros días pasa por actualizar el manejo de la axila con afectación tumoral confirmada mediante biopsia con aguja gruesa (BAG). Cabe plantear que, al igual que la mama respondedora, la axila con regresión completa de enfermedad tras la TSP también sería susceptible de una actitud conservadora. Para ello, resulta perentorio establecer la estrategia que permita valorar la respuesta axilar a la neoadyuvancia, lo cual haría posible evitar la realización de una linfadenectomía a aquellas pacientes con respuesta axilar completa a terapia primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

-Valorar la conveniencia de la técnica de BSGC para la identificación de pacientes susceptibles de un manejo conservador de la axila por respuesta patológica completa tras neoadyuvancia.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

-Determinar tasa de identificación del ganglio centinela tras administración de TSP en pacientes con afectación axilar en el momento del diagnóstico.
-Determinar tasa de correlación entre ganglio biopsiado y ganglio identificado como centinela

MÉTODO

Las pacientes candidatas a la inclusión en el estudio son convenientemente informadas del procedimiento y de los objetivos que persigue, aceptando mediante la firma de un consentimiento elaborado con este fin. Como parte de la rutina habitual, en el servicio de radiología mamaria se marca mediante un clip metálico la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0526

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA Y MARCAJE GANGLIONAR CON ARPON

adenopatía biopsiada con resultado positivo en el momento del diagnóstico.

Al finalizar el tratamiento primario se programa la cirugía locorregional que, según los protocolos vigentes, debe incluir la linfadenectomía axilar completa. Previamente, se lleva a cabo la identificación y disección del ganglio centinela, el cual se remite para la realización de una radiografía intraoperatoria buscando el clip metálico. De este modo, es posible establecer el índice de correlación entre el ganglio inicialmente positivo y el ganglio identificado como centinela.

En el estudio anatomopatológico, que en nuestro caso se realiza en diferido, podremos extraer conclusiones respecto a la tasa de respuesta axilar a TSP bien en el ganglio centinela, en caso de coincidir con el inicialmente afectado por carcinoma, o en su defecto, en la pieza de linfadenectomía reglada.

INDICADORES

Para la consecución de los objetivos emplearemos las placas intraoperatorias y los informes definitivos de la anatomía patológica del ganglio independiente y de la disección axilar completa.

DURACIÓN

La evaluación inicial será realizada al completar un año de cirugía en cáncer de mama en la Unidad de Patología Mamaria del HUMS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0762

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE PILAR DARIA TAJADA CEPERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE GUTIERREZ YASMINA
NEGREDO QUINTANA ISABEL
BORQUE IBAÑEZ AMPARO
RODRIGO CONDE CESAR
LANZON LAGA ALBERTO
BOLEA TOBAJAS RAUL
RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Hemos establecido el protocolo de actuación, diagnóstico y seguimiento en consulta.
-Presentación del mismo a los integrantes del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Implantación del protocolo.Actualmente seguimos en fase de experimentación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Hemos conseguido Homogeneizar criterios entre todos los miembros del equipo evitando solicitar determinaciones innecesarias.
-Respetar intervalos de tiempo similares y adecuados para el seguimiento y control, evitando consultas innecesarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/762 ===== ***

Nº de registro: 0762

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES

Autores:
TAJADA CEPERO PILAR, JOSE GUTIERREZ YASMINA, NEGREDO QUINTANA ISABEL, BORQUE IBAÑEZ AMPARO, RODRIGO CONDE CESAR, LANZON LAGA ALBERTO, BOLEA TOBAJAS RAUL, RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las masas?anexiales?constituyen un problema frecuente en la consulta ginecológica.?Dada la gran variedad histológica y su aparición en cualquier edad,?en muchas ocasiones?es difícil hacer un pronóstico preoperatorio de benignidad o?malignidad.Otra?de las dificultades?diagnósticas?que entraña una masa?anexial, es la clínica tardía con la que se presentan, importante en los tumores malignos.?
Estas dificultades llevan en muchos casos, a solicitar pruebas de estudio adicionales, que un alto porcentaje, no modifican la conducta clínica ni el pronóstico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0762

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES

Los tumores benignos de ovario representan el 75% del total de tumoraciones ováricas. La correcta caracterización de estas tumoraciones es de gran importancia, ya que tiene como objetivo evitar intervenciones innecesarias en los quistes funcionales o benignos, así como ofrecer a la paciente la mejor opción terapéutica en aquellos casos que lo precisen, con la mínima morbilidad.

La ecografía transvaginal es la técnica de primera línea diagnóstica. Actualmente se recomienda la utilización de los criterios de riesgo IOTA, estandarizando la descripción de los hallazgos morfológicos para el diagnóstico y clasificación de las masas anexiales.

Aplicando estas reglas, se pueden clasificar el 76% de tumoraciones bajo la realización de la ecografía en manos expertas. A pesar de ella e independientemente del método utilizado, existen alrededor de un 25% de masas anexiales de difícil caracterización.

En estos casos, en los que se considera que existe un riesgo de malignidad intermedio (5-25%) así como en las masas clasificadas como masas de riesgo de malignidad alto, deben considerarse una serie de pruebas adicionales entre las que se encuentran los MT y otras pruebas de imagen (RNM o TAC) que permitan orientar de una manera más precisa la conducta clínica más adecuada, en el menor tiempo posible. Del mismo modo cuando una masa es ecográficamente clasificada como masa de aspecto claramente benigno (endometrioma, teratoma, quiste simple, quiste hemorrágico...) no precisa ningún otro test diagnóstico adicional y deberemos decidir cuál es la conducta más adecuada a seguir en función de los datos clínicos, optando por una actitud expectante versus quirúrgica.

RESULTADOS ESPERADOS

Identificar y diferenciar aquellas masas anexiales que requieren un estudio y seguimiento con marcadores tumorales. Un adecuado protocolo de actuación en este sentido permitiría: -Evitar determinaciones analíticas innecesarias. -Evitar consultas de previsión y consultas de resultados. -Agilizar el diagnóstico de aquellas masas anexiales de riesgo intermedio y alto de malignidad y derivarlas con carácter preferente a la consulta de referencia para poner en marcha el proceso diagnóstico-terapéutico apropiado. -Disminuir la morbilidad, al reducir el nº de analíticas y la preocupación que supone al paciente estar pendiente de un resultado, especialmente cuando los mismos no van a modificar la actitud a seguir.

MÉTODO

1-Establecer un protocolo de diagnóstico y seguimiento de las masas anexiales que permita a toda la unidad actuar de manera homogénea y llevar a cabo una conducta con intervalos de tiempo similares y adecuados. 2-Solicitar el estudio adicional de las masas anexiales que lo precisen con Marcadores tumorales, según protocolo. 3-Definir el intervalo de tiempo de control justo en el manejo de las masas anexiales. 4-Presentación a los integrantes de dicho servicio. 5-Implantación del protocolo. 6-Evaluación de los resultados, modificación de aquellos apartados que se consideren mejorables, y seguimiento.

INDICADORES

Mediante una revisión de las historias clínicas, podremos valorar, si desde la implantación del proyecto, se consigue una reducción de estudios analíticos, y de las consultas necesarias de revisión y resultados, sin que esto modifique el pronóstico clínico, así como un menor intervalo de tiempo para iniciar el estudio complementario y derivar las masas de riesgo intermedio y alto, a la consulta de referencia del Hospital. Indicadores: 1-Comparar nº analíticas con MT, realizadas previa y posteriormente a la implantación del protocolo en cada paciente. 2-Comparar nº de consultas necesarias en el seguimiento y manejo de las masas anexiales. 3-Comparar el intervalo de tiempo transcurrido entre dichas consultas de revisión y resultados. 4-Comparar el tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial de sospecha de una masa anexial de riesgo intermedio y alto de malignidad hasta su estudio en la consulta de referencia.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: Julio 2018. Elaboración del protocolo: Mayo 2018. Presentación a los integrantes del servicio: Junio 2018. Aplicación del protocolo: Junio 2018. Evaluación: Septiembre/18, Diciembre/18, Marzo/19.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1011

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ANA MARIA DE LA PEÑA DIESTE PEREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TAJADA DUASO MAURICIO
MARTI GAMBOA SABINA
PARIS BOJ VIRGINIA
PASCUAL MANCHO JARA
PEREZ PEREZ PILAR
PALACIOS LAZARO MARTA
GARRIDO FERNANDEZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De las actividades propuestas en nuestro proyecto, se han realizado:

- Consenso con el resto de los servicios implicados en la actualización del protocolo de diagnóstico y manejo del feto con retraso de crecimiento intrauterino: información y aprobación del nuevo protocolo DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL FETO CON RETRASO DE CRECIMIENTO por el Jefe de Servicio de Obstetricia y las distintas secciones y servicios implicados (Ecografía Obstétrica y Diagnóstico Prenatal, Medicina Materno fetal, Urgencias y Partitorio, Pediatría, Genética y Microbiología) con el código Z2-580-19.

- Reuniones con Tocólogos de ambulatorios de área para informar del nuevo protocolo: Acta del 24 de octubre de 2018: Presentación del nuevo protocolo de diagnóstico y manejo del retraso de crecimiento intrauterino: Estrategias para mejorar nuestra tasa de detección y el manejo del feto PEG-CIR.

- Reevaluación ecográfica de fetos con peso fetal estimado entre percentil 10-15 detectados en ECO de semana 35 de gestación. (Biometría y valoración Doppler): con ello hemos controlado a aquellos fetos que según percentil de peso en Eco de semana 35 podrían estar en riesgo de convertirse en fetos pequeños para la edad gestacional, únicamente suponiendo menos de un 3% de la repetición de dicha ecografía como veremos más adelante en los resultados obtenidos.

- Oferta de diagnóstico genético e infeccioso a través de técnicas invasivas en fetos con CIR precoz y severo: se ha ofertado a todos los fetos diagnosticados durante el 2018 de retraso de crecimiento, dependiendo de la paciente la aceptación o no de dicho estudio.

De las actividades propuestas en nuestro proyecto no se han realizado todavía:

- Ampliación de rango de EG para citación de ECO de III Trimestre hasta semana 36+6: pendiente de implementarse a partir del mes de Abril de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Protocolo diagnóstico y manejo fetos CIR aceptado por UCA: realizado y aprobado a fecha de 7 de febrero de 2019: Código Z2-580-19

- Tasa de detección fetos PEG superior a 31%: tasa de detección del 37%. Información conseguida a través de la base de datos obtenida mediante el programa hp doctor. Cálculo de datos en el mes de Julio de 2018 y extrapolación de los mismos a todo el año 2018.

- Tasa de detección fetos CIR por encima del 68%: tasa detección del 62%. Información conseguida a través de la base de datos obtenida mediante el programa hp doctor. Cálculo de datos en el mes de Julio de 2018 y extrapolación de los mismos a todo el año 2018.

- Ofrecimiento de técnica de diagnóstico invasiva al 100% de fetos CIR precoz y severo: se ha ofertado a todos los fetos diagnosticados durante el 2018 de retraso de crecimiento, dependiendo de la paciente la aceptación o no de dicho estudio. Datos obtenidos de los informes de la consulta de Diagnóstico Prenatal.

- Tasa de repetición de ECO de III Trimestre menor del 7%: tasa de repetición observada del 2.7%. Datos conseguidos mediante el programa hp doctor, a través de los informes de Ecografía obstétrica realizada en III trimestre de gestación de todo el año 2018. Cálculo del número de pacientes a las cuales se les ha repetido ecografía 15 días más tarde por motivo de percentil de peso entre 10-15.

- Tasa de ECO contingente menor del 5%: tasa de ecografías solicitadas sobre el total de realizadas estimada en torno al 1%. Datos estimados sin posible confirmación debido a la ausencia de codificación de causa de solicitud en el programa hp doctor (pendiente de realizar con el servicio de informática).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1011

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR

A pesar de que la implantación del nuevo protocolo ha hecho que nuestras tasas de detección hayan aumentado, éstas siguen estando por debajo del standard establecido por lo que hay que seguir trabajando en la mejora de la estimación de estos fetos PEG y CIR.

Por otra parte la ampliación de rango de edad gestacional para citación de ECO de III Trimestre hasta semana 36+6 sigue siendo un apartado pendiente de realizar, el cual esperamos implantar a partir del mes de Abril y con el cual esperamos poder diagnosticar aquellos fetos PEG o CIR de aparición más tardía, aumentado por lo tanto nuestra tasa de detección.

Con todo esto, seguiremos recogiendo datos a lo largo del año 2019 hasta conseguir alcanzar nuestros objetivos iniciales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1011 ===== ***

Nº de registro: 1011

Título
ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR

Autores:
DIESTE PEREZ ANA MARIA DE LA PEÑA, TAJADA DUASO MAURICIO, MARTI GAMBOA SABINA, PARIS BOJ VIRGINIA, PASCUAL MANCHO JARA, PEREZ PEREZ PILAR, PALACIOS LAZARO MARTA, GARRIDO FERNANDEZ PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Pese a ser una de las condiciones más relevantes en términos de morbilidad y mortalidad perinatal, no existe consenso internacional en relación con el diagnóstico y manejo del retraso de crecimiento intrauterino (RCIU). Actualmente el único tratamiento eficaz demostrado consiste en la elección del momento más oportuno para finalizar la gestación, considerando los riesgos de la prematuridad y la propia inducción del parto frente a la morbimortalidad a corto y largo plazo de la insuficiencia placentaria. Por ello es sumamente importante poder diagnosticarlos correctamente. La detección de los fetos PEG independientemente del protocolo de conducta produce una disminución relevante en la mortalidad fetal (del 20 % al 10 %) asociada a una edad gestacional 10 días menor al nacimiento. La tasa de detección PEG estándar es mayor del 35%, alcanzando en algunos centros más del 50%. Y con respecto al CIR, una tasa estándar de detección en torno al 75%. Nuestras tasas de detección se sitúan por debajo, siendo del 30% y 68% respectivamente. Por otro lado, se han publicado peores resultados perinatales, mayor riesgo de mal resultado neurológico a largo plazo y desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas (hipertensión, diabetes o dislipemia) en los nacidos por debajo del percentil 10 con o sin alteraciones en el flujo vascular uterino y fetoplacentario. Con respecto al PEG, se considera que la muerte fetal está multiplicada por 3.9, detectándose en nuestro hospital, dentro de las muertes fetales, un 38% de PEG.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados que se esperan conseguir:
- Implantar nuevo protocolo de diagnóstico y manejo de fetos CIR.
- Aumento de las tasas de detección de fetos PEG y CIR.
Población diana:
- Gestantes que acuden para control de su embarazo a las consultas de Ecografía Obstétrica de nuestro centro. (HUMS), de la cuales estimamos serán diagnosticadas un 7-8% de PEG/CIR y aplicadas el presente proyecto.
Servicios a los que se dirige el proyecto:
- Servicios implicados en el diagnóstico y manejo de fetos PEG/CIR (Obstetricia, Pediatría, Genética, Microbiología).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1011

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR

MÉTODO

- Consenso con el resto de los servicios implicados en el nuevo protocolo.
- Reuniones con Tocólogos de ambulatorios de área para informar de nuevo protocolo.
- Reevaluación ecográfica de fetos con peso fetal estimado entre percentil 10-15 detectados en ECO de semana 35 de gestación. (Biometría y valoración Doppler).
- Ampliación de rango de EG para citación de ECO de III Trimestre hasta semana 36+6.
- Oferta de diagnóstico genético e infeccioso a través de técnicas invasivas en fetos con CIR precoz y severo.

INDICADORES

- Protocolo diagnóstico y manejo fetos CIR aceptado por UCA.
- Tasa de detección fetos PEG superior a 31%.
- Tasa de detección fetos CIR por encima del 68%.
- Ofrecimiento de técnica de diagnóstico invasiva al 100% de fetos CIR precoz y severo.
- Tasa de repetición de ECO de III Trimestre menor del 7%.
- Tasa de ECO contingente menor del 5%.

DURACIÓN

- Implantación protocolo CIR en Mayo 2018.
- Reunión informativa con Tocólogos de ambulatorio de área en Junio 2018.
- Puesta en marcha protocolo de Calidad en Julio 2018.
- Estimación provisional indicadores de calidad del proyecto en Enero 2019.
- Finalización protocolo de calidad en Julio 2019.

OBSERVACIONES

No existe disponibilidad de ecógrafo en las consultas de Tocología de los ambulatorios del Área II y V de Zaragoza. Se trata de un recurso de gran utilidad para el obstetra de área con funciones específicas muy relevantes en la mejora de la calidad asistencial como son la datación de la edad gestacional previa a la ecografía de la semana 12, la detección de latido cardiaco fetal sin posibilidad de confusión con pulsos maternos, el diagnóstico de la posición fetal, la valoración de líquido amniótico y placenta y, sobre todo, la detección de fetos con retraso de crecimiento (con una sensibilidad y especificidad mucho mayor que la medición de la altura del fondo uterino). No solo en nuestra comunidad se dispone de ecógrafo en la mayoría de las consultas de control prenatal de bajo riesgo, si no lo es en todas, (Área III dependiente del Hospital Clínico, Hospitales Comarcales de Barbastro, Huesca, Calatayud, Alcañiz y Teruel) así como en prácticamente todo el territorio de salud pública nacional. Se da incluso la circunstancia paradójica de centros de salud con disponibilidad de ecógrafo por el médico de primaria y la matrona que solicitan consulta al especialista en obstetricia del ambulatorio por una duda diagnóstica ecográfica que éste no puede resolver sino derivando al hospital de referencia, en este caso el Hospital Miguel Servet. Dicho todo esto, la dotación de ecógrafos en las consultas de Tocología del Área II y V no es un recurso que se solicita a través de este proyecto de mejora de calidad pero que actualizaría e implementaría notablemente la calidad asistencial e indudablemente contribuiría a una mayor tasa de detección de fetos con retraso de crecimiento intrauterino.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1083

1. TÍTULO

ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE BELEN RODRIGUEZ SOLANILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ BALLANO ISABEL
ANDRES OROS PILAR
MARTINEZ SUÑER SILVIA
RODRIGUEZ LAZARO LAURA
LASIERRA BEAMONTE ANA
CRESPO ESTERAS RAQUEL
CASTAN MATEO SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Constitución de Grupo de Trabajo de Puerperio hospitalario multidisciplinar, formado por representantes de enfermería de planta de puerperio hospitalario, matronas, pediatras y obstetras. En ocasiones se ha contado con la colaboración de representantes de servicio de Anestesia de HMI, personal de enfermería de quirófano de Urgencias HMI y enfermería de Neonatal.

- Revisión de la evidencia del tema y de protocolos y vías clínicas de otros centros hospitalarios de similar volumen y complejidad obstétrica.

- Diseño y redacción de un protocolo multidisciplinar de asistencia al puerperio hospitalario.

- Elaboración de documento para Historia Clínica para sistematizar recogida de datos de la paciente mediante sistema "checklist". Preparación de hoja de Evolución clínica para parto vaginal y cesárea. Documento para recogida de datos en Historia Clínica de lactancia.

- Sesiones para presentación del documento al personal sanitario implicado:

- Sesión para facultativos del servicio de Obstetricia y médicos internos residentes (Dra. González Ballano).
- Sesión para matronas y personal de enfermería implicados.

- Implementación del protocolo en junio de 2018, antes de lo previsto en el cronograma.

- Primera evaluación de cumplimiento y satisfacción del personal implicado en el protocolo en el citado Grupo de puerperio.

Evaluación de 40 historias clínicas para monitorización de cumplimiento del protocolo en enero 2018 (dra, Rodríguez Solanilla).

En el cronograma se estableció una revisión en abril de 2019.

- Inicio de protocolos en relación con el puerperio hospitalario que mejorarán la calidad de nuestra asistencia e implican a otros servicios:

- Protocolo de atonía vesical postparto: en colaboración con servicio de Urología.

- Protocolo de anemia postparto: en colaboración con el servicio de Hematología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Disminución de variabilidad en la práctica clínica en las pacientes ingresadas en planta de puerperio hospitalario tras parto vaginal/ cesárea.

- Mejora de seguridad del paciente al definir actuaciones y funciones del personal.

- Evitar solapamiento de funciones y duplicación de actuaciones del personal sanitario implicado en la asistencia de estas pacientes (personal de enfermería de planta, matronas y obstetras).

Se han coordinado y definido las actividades a realizar por cada uno de ellos en relación a la asistencia de la mujer.

- Mejora en la eficiencia y efectividad de las actuaciones de este proceso.

- Satisfacción por elaboración de hoja de Evolución clínica predefinida modo checklist que simplifica y da homogeneidad a la recogida de datos de la paciente.

- Aumentar sentimiento de trabajo en equipo. Por la apuesta de trabajo desde grupo multidisciplinar e inclusión en el texto del protocolo de las funciones de todos los profesionales implicados.

- Mejorar sentimiento de pertenencia y satisfacción del personal al ver reconocido y definido su trabajo en el protocolo.

- Avance en diseño de consulta para control de pacientes ambulatorias con puerperio patológico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1083

1. TÍTULO

ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

Los indicadores definidos para monitorizar el proyecto son:

- Seguimiento protocolo puerperio tras parto vaginal = puérperas ingresadas en planta de puerperio tras parto vaginal con seguimiento de protocolo/ puérperas ingresadas en planta de puerperio tras parto vaginal. Objetivo > 90 %
- Seguimiento protocolo puerperio tras cesárea = puérperas ingresadas en planta de puerperio tras cesárea con seguimiento de protocolo / puérperas ingresadas en planta de puerperio tras cesárea. Objetivo > 90 %

La primera monitorización se ha realizado en enero de 2018. Se han revisado 40 historias clínicas, 20 de puerperio tras parto vaginal y 30 de puerperio tras cesárea. El cumplimiento en ambos grupos ha sido del 100%. Realizaremos una segunda valoración en abril de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Necesidad de trabajar protocolos hospitalarios desde grupos multidisciplinares. Es fundamental para:
 - Facilitar realización.
 - Riqueza por integración de todos los puntos de vista.
 - Posibilitar implementación al evitar reticencias y sentimientos de "imposición".
- Necesidad de sistematizar procesos hospitalarios:
 - Disminuir variabilidad de práctica clínica y mejorar seguridad del paciente.
 - Evitar solapamientos y duplicidad de actuaciones.
- En la actualidad se está dando forma a un protocolo con formato "Protocolo clínico en Sector Zaragoza II" para facilitar el acceso al mismo al profesional.

El proyecto es sostenible ya que no ha precisado cambios en la dotación del personal ni ningún recurso que suponga gasto económico alguno.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1083 ===== ***

Nº de registro: 1083

Título
ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

Autores:
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN, GONZALEZ BALLANO ISABEL, ANDRES OROS PILAR, MARTINEZ SUÑER SILVIA, RODRIGUEZ LAZARO LAURA, LASIERRA BEAMONTE ANA, CRESPO ESTERAS RAQUEL, CASTAN MATEO SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El parto es el proceso asistencial más frecuente de los que suceden en un hospital. Los dos GRD más frecuentes en el Hospital Miguel Servet son "Parto vaginal sin complicaciones" y "Parto vaginal con complicaciones". Por lo tanto, es imprescindible una correcta planificación y adecuada gestión de recursos. Tras el parto, la mujer ingresa en la planta de puerperio, donde recibirá los cuidados del personal de enfermería y será valorada por la matrona y el facultativo especialista responsable. La ausencia de un protocolo de asistencia o una vía clínica para este periodo justifica una cierta variabilidad en la práctica clínica y un "solapamiento" de funciones del personal sanitario. Es fundamental coordinar las actividades a realizar entre los diferentes profesionales (enfermería, matronas, obstetras) y definir cuáles son las que debe realizar cada uno en relación a la asistencia de la mujer.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1083

1. TÍTULO

ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

Un protocolo de atención mejoraría la eficiencia de nuestra actuación y posibilitaría al personal destinar parte de su tiempo a otro tipo de funciones: charlas de información a las pacientes, revisión ambulatoria de puérperas...

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: todas las mujeres ingresadas en las plantas de puerperio del Hospital Universitario Miguel Servet tras parto vaginal o cesárea.

El objetivo del proyecto es sistematizar las actividades del proceso de puerperio en el marco de un grupo de trabajo multidisciplinar (enfermera/matrona/ obstetra). De esta forma se apuesta por el trabajo en equipo, evitando acciones innecesarias y duplicidad de procedimientos, buscando una mejora en la eficiencia y efectividad de las actuaciones de este proceso.

Al sistematizar las actuaciones trabajaremos en la mejora de seguridad de la paciente y el aumento de su satisfacción.

MÉTODO

* Formación de equipo multidisciplinar, constituido por representantes de enfermería, matronas, pediatras y obstetras.

* Revisión de la evidencia científica disponible.

* Diseño de un protocolo multidisciplinar de asistencia al puerperio hospitalario.

* Establecer colaboración con otros servicios: urología, hematología...

* Sesiones informativas para presentar el documento al personal sanitario implicado.

* Implementación de protocolo.

INDICADORES

- Seguimiento protocolo puerperio tras parto vaginal = puérperas ingresadas en planta de puerperio tras parto vaginal con seguimiento de protocolo/ puérperas ingresadas en planta de puerperio tras parto vaginal.

Objetivo > 90 %

- Seguimiento protocolo puerperio tras cesárea = puérperas ingresadas en planta de puerperio tras cesárea con seguimiento de protocolo / puérperas ingresadas en planta de puerperio tras cesárea.

Objetivo > 90 %

DURACIÓN

Responsables del proyecto: Dra. Rodríguez Solanilla/ Dra. González Ballano.

- Abril 2018: formación del equipo multidisciplinar de trabajo.

- Abril-Junio 2018: revisión de la evidencia científica.

- Junio-Octubre 2018: diseño del protocolo de asistencia de puerperio.

- Octubre-Noviembre 2018: sesión para presentación del protocolo al personal implicado.

- Noviembre 2018: implementación del protocolo.

- Abril 2019: evaluación del protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0054

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL PESARIO COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL EN LOS CME DEL AREA SANITARIA II. CONSULTAS DE GINECOLOGIA

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE CESAR RODRIGO CONDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL
ORTEGA MARCILLA SILVIA
VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER
RUBIO CUESTA PATRICIA
HERNANDEZ ARAGON MONICA
RUIZ CAMPO LEYRE
MIHAELA MIGDAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HA CUMPLIDO EL CALENDARIO MARCADO:

- EN EL MES DE MARZO DE 2019 NOS HABIAMOS PUESTO EN CONTACTO CON LA SUPERVISION CLINICA DE LOS CME Y YA SE HABIA PROVISTO A LOS CME DEL MATERIAL NECESARIO (PESARIOS DE DIFERENTES CALIBRES) PARA LA IMPLANTACIÓN DEL TRATAMIENTO.
- PREVIAMENTE, EN SESION CLINICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA, DE FORMA PROGRAMADA SE HABIA EXPUESTO EL TRABAJO A REALIZAR Y LA METODOLOGIA NECESARIA, ASI COMO EL REPASO A LAS INDICACIONES DEL USO DE ESTE TRATAMIENTO CONSERVADOR.
- EN EL MES DE MARZO DE 2019 REGISTRAMOS LAS PRIMERAS PACIENTES A LAS QUE DIMOS ALTA DESDE LA CONSULTA ESPECIFICA DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL. PACIENTES CANDIDATAS A CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO CONSERVADOR Y QUE PREVEIAMOS QUE SE PODIA CONTINUAR CON DICHO TRATAMIENTO EN LOS CME.
- ASI MISMO EN ESE MOMENTO SE COMENZÓ EN DICHS CENTROS A USAR DE FORMA PROTOCOLIZADA ESTE TRATAMIENTO CONSERVADOR, EN VEZ DE DERIVAR A LAS PACIENTES AL HOSPITAL.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A NIVEL DE LA CONSULTA DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL, HEMOS IDO RECOGIENDO DATOS MES A MES Y POR CENTROS DE DERIVACION DE LAS PACIENTES QUE HEMOS DADO DE ALTA PARA CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO EN LOS CME ENTRE MARZO NOVIEMBRE DE 2019

- 25 PACIENTES HAN SIDO DADA DE ALTA AL CME SAN JOSE
 - 20 PACIENTES HAN SIDO DADAS DE ALTA AL CME RAMON Y CAJAL
- DE ESTAS PACIENTES, EL 93.3 % (42 DE 45) HAN SIDO DADAS DE ALTA CON INFORME REALIZADO EN HP DOCTOR. LAS TRES PACIENTES RESTANTES FUERON DADAS DE ALTA CON INFORME ELABORADO A MANO POR NO DISPONER EN ESE MOMENTO DE ORDENADOR PARA TAL FIN.

EL RECUERDO DE ESTE TIPO DE TRATAMIENTO Y LA POSIBILIDAD DE CONTAR CON PESARIOS DE DIFERENTES MEDIDAS EN LOS CME HA FACILITADO Y PROMOVIDO EL USO DEL PESARIO EN EL PROLAPSO GENITAL EN AQUELLAS PACIENTES NO CANDIDATAS O REACIAS A TRATAMIENTO QUIRURGICO.

LAS ALTAS DADAS EN LA CONSULTA DE SUELO PELVICO, HAN CONTRIBUIDO A PALIAR LA PRESION ASISTENCIAL EN DICHA CONSULTA. NO HAY QUE OLVIDAR QUE ESTA PATOLOGIA SOLO CUENTA CON UNA AGENDA DE UN DIA Y MEDIO A LA SEMANA EN LAS CONSULTAS DEL HOSPITAL.

EN GENERAL LAS PACIENTES TIENEN MAS POSIBILIDAD DE ELECCION DE CONSULTA EN LOS CME Y HABITUALMENTE SON CENTROS A LOS QUE ACCEDEN DE FORMA MÁS FACIL.

HEMOS OBTENIDO DATOS DE ENCUESTA REALIZADA A LA PACIENTE Y DATOS SOBRE INFORMES REALIZADOS EN HP DOCTOR MEDIANTE EL REGISTRO DE LAS PACIENTES CANDIDATAS A ESTOS TRATAMIENTOS.

PODEMOS CIFRAR LOS DATOS DE SATISFACCION GLOBAL DE LOS TRATAMIENTOS EN TORNO AL 85 % DE LOS MISMOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HAY QUE CONTINUAR MEJORANDO EN LA ATENCION DE ESTE TIPO DE PACIENTES, Y SE NECESITA PARA ESTA MEJORA DE FORMA URGENTE ADECUAR LAS SALAS DE EXPLORACIÓN Y LAS MESAS GINECOLOGICAS DE DICHAS SALAS, SOBRE TODO TENIENDO EN CUENTA LAS DIMENSIONES Y CARACTERISTICAS DE ESTOS DOS ELEMENTOS EN EL CME RAMON Y CAJAL, DONDE PACIENTES CON MOVILDAD REDUCIDA TIENEN UNA DIFICULTAD AÑADIDA IMPORTANTE PARA PODER RECIBIR EL TRATAMIENTO.

NO OBSTANTE VAMOS A CONTINUAR RECOGIENDO DATOS PARA CONTROLAR SI LAS PACIENTES QUE HEMOS IDO DERIVANDO A CME TIENEN QUE TERMINAR ACUDIENDO AL HOSPITAL, O POR EL CONTARIO, Y COMO CREEMOS, CONTINUAN DE FORMA CRONICA ESTOS TRATAMIENTOS EN LOS CME.

HASTA AHORA DE LAS 45 PACIENTES REMITIDAS A CME, SOLO 2 HAN PRECISADO VOLVER A CONSULTAS DE HOSPITAL, PARA REEVALUACION DE SU PATOLOGIA.

DEBEREMOS POR ULTIMO MEJORAR EN EL REGISTRO DE NUEVOS TRATAMIENTOS QUE SE IMPLEMENTEN EN LOS CME, Y DE LOS CUALES EN EL HOSPITAL NO SOMOS CONOCEDORES, PARA EVALUAR LA TRASCENDENCIA DE ESTE TIPO DE TRAMIENTO, QUE HEMOS VISTO HA DEMOSTRADO MANTENER SU VIGENCIA EN PLENO SIGLO 21.

7. OBSERVACIONES.

SE NECESITA DE MATERIAL INFORMATICO (ORDENADOR DE SOBREMESA) EN LAS CONSULTAS DE GINECOLOGIA PARA PODER HACR MÁS AGIL EL TRÁMITE DE LOS INFORMES DE ALTA DE CONSULTA DE LAS PACIENTES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0054

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL PESARIO COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL EN LOS CME DEL AREA SANITARIA II. CONSULTAS DE GINECOLOGIA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/54 ===== ***

Nº de registro: 0054

Título
UTILIZACION DEL PESARIO COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL EN LOS CME DEL AREA SANITARIA II.
CONSULTAS DE GINECOLOGIA

Autores:
RODRIGO CONDE CESAR, RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL, ORTEGA MARCILLA SILVIA, VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER, RUBIO CUESTA PATRICIA, HERNANDEZ ARAGON MONICA, RUIZ CAMPO LEYRE, MIHAELA MIGDAN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE PESARIO VAGINAL ES UNA MEDIDA CONTRASTADA Y UTILIZADA AMPLIAMENTE POR NUESTRA ESPECIALIDAD. RECONOCIDO DICHO TRATAMIENTO POR NUESTRAS GUÍAS Y PROTOCOLOS DE ASISTENCIA MÉDICA.
SE TRATA DE UN PROYECTO PERTINENTE, YA QUE EN LA ACTUALIDAD EL USO DE ESTOS DISPOSITIVOS VAGINALES EN LOS CENTROS MEDICOS DE ESPECIALIDADES QUEDA CONDICIONADO POR DOS MOTIVOS, EN PRIMER LUGAR POR LA FALTA DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN COMUN ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA QUE PRESTAN ATENCION EN LAS CIUDADES CONSULTAS, Y EN SEGUNDO LUGAR SU USO ESTÁ LIMITADO YA QUE LAS PACIENTES QUE DECIDEN ESTE TRATAMIENTO DEBEN ASUMIR EL COSTE ECONÓMICO QUE RESULTA DE LA COMPRA DEL MISMO EN LA ORTOPEDIA O FARMACIA, A DIFERENCIA DE LO QUE OCURRE EN LA CONSULTA DEL HOSPITAL DONDE DISPONEMOS DE MATERIAL A CARGO DEL HOSPITAL

BIBLIOGRAFIA:
- Obstet Gynecol. 2016 Jul;128(1):73-80. doi: 10.1097/AOG.0000000000001489.
Vaginal Pessary in Women With Symptomatic Pelvic Organ Prolapse: A Randomized Controlled Trial.
- Protocolo SEGO prolapso (Sociedad Española de Ginecología)

RESULTADOS ESPERADOS
LOS OBJETIVOS SON CLAROS: PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN NECESARIA A LOS PROFESIONALES QUE PRESTAN ATENCION EN ESTAS CONSULTAS CON EL FIN DE UNIFICAR CRITERIOS DE TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL. QUE CONOZCAN LA DISPONIBILIDAD DE PESARIOS EN LOS ALMACENES DE LOS CENTROS, EVITANDO EL COSTE ECONÓMICO A LAS PACIENTES, DANDO LA MISMA ATENCION Y GARANTIA QUE DAMOS A LA PACIENTE QUE ACUDE A LA CONSULTA HOSPITALARIA.
EL SEGUNDO OBJETIVO, MAS IMPORTANTEMENTE, ES LA POSIBILIDAD DE ACERCAR LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LA PACIENTE, QUE EVITARÁ LA NECESIDAD DE DESPLAZARSE HASTA EL HOSPITAL, Y FACILITAR EL ACOMPAÑAMIENTO DE ESTAS PACIENTES, QUE SUELEN SER PACIENTES ANCIANAS, DADO QUE EN LOS CME RAMON Y CAJAL Y SAN JOSE, VAN A PODER ELEGIR CITA LOS 5 DIAS DE LA SEMANA Y EN HORARIO DE MAÑANA O TARDE. ACTUALMENTE, LA CONSULTA QUE PRESTA ESTA ATENCION EN EL HOSPITAL ESTA LIMITADA A LOS MIERCOLES, Y EN HORARIO DE MAÑANA.

MÉTODO
DICHA OPCIÓN DE TRATAMIENTO SE EXPLICARÁ A LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y SE COMUNICA A LAS SUPERVISORAS DE LOS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES DEPENDIENTES DEL HUS: CME RAMÓN Y CAJAL Y CME SAN JOSÉ, CON EL FIN DE QUE PREPAREN EN ALMACÉN LOS PESARIOS DE DIFERENTES MEDIDAS: 65, 70, 75, 80, 85, 90.
ADEMAS DE LAS PACIENTES NUEVAS QUE LLEGUEN A LOS CME Y SE LES OFERTE ESTE TRATAMIENTO, TAMBIÉN TENDREMOS EN CUENTA A LAS PACIENTES QUE YA ESTÁN UTILIZANDO DICHO TRATAMIENTO, INICIADO EN LA CONSULTA DE SUELO PELVICO (GINECOLOGIA) DEL HOSPITAL. EN EL CASO DE SER DERIVADAS AL CME PARA CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, DEBERÁN SERLO CON INFORME REALIZADO EN HP DOCTOR INDICANDO EL MODELO DE PESARIO QUE PORTA Y PARA CUANDO DEBE SER CITADO EL RECAMBIO DEL MISMO.
IGUALMENTE SE HARÁ CONSTAR EL GRADO DE PROLAPSO CUANDO SE COLOCÓ EL PESARIO, ASÍ COMO OTRAS PARTICULARIDADES QUE COINCIDAN EN LA PACIENTE Y SEAN IMPORTANTES PARA SU POSTERIOR SEGUIMIENTO, COMO POR EJEMPLO EL USO DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0054

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL PESARIO COMO TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO GENITAL EN LOS CME DEL AREA SANITARIA II. CONSULTAS DE GINECOLOGIA

TRATAMIENTO LOCAL.

DERIVAR A LA PACIENTE AL CME NO SERÁ IMPEDIMENTO PARA QUE CUANDO SE REQUIERA UNA NUEVA VALORACIÓN POR PARTE DE LA CONSULTA DE SUELO PÉLVICO, LA PACIENTE SEA DERIVADA A DICHA CONSULTA.

INDICADORES

EN LA CONSULTA DE SUELO PÉLVICO DEL HOSPITAL REGISTRAREMOS LAS PACIENTES QUE SON DERIVADAS A LOS CME PARA CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO CONSERVADOR.

EN LAS DIFERENTES CONSULTAS DE LOS CME IMPLEMENTAREMOS UN CUESTIONARIO QUE REFLEJE LA UTILIZACIÓN DE LOS PESARIOS, CON EL FIN DE PODER CALCULAR LA INCIDENCIA DE USO, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO DE INICIO Y LA SATISFACCIÓN POR PARTE DE LA PACIENTE

DURACIÓN

ENTRE MARZO Y ABRIL DE 2019 SE ANALIZARAN Y ACTUALIZARAN LOS PROTOCOLOS DE USO DE ESTE TRATAMIENTO CONSERVADOR, CONSENSUANDOS CON LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA, UTILIZANDO LAS SESIONES DE ACTUALIZACIÓN QUE SE REALIZAN EN EL SERVICIO.

ESPERAMOS QUE ENTRE FEBRERO Y MARZO LOS ALMACENES DEL LOS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES DISPONGAN DE PESARIOS DE LAS DISTINTAS MEDIDAS QUE SE PUEDEN UTILIZAR.

ASI MISMO EN ESTOS DOS MESES REPARTIREMOS LAS ENCUESTAS Y FORMULARIOS DE CONTROL QUE SE VAN A REALIZAR EN LAS DIFERENTES CONSULTAS DE GINECOLOGIA QUE PUEDEN ATENDER A ESTE GRUPO DE PACIENTES.

A LOS 6 MESES DEL INICIO REAL DE LA ACTIVIDAD SE ANALIZARÁN LAS ENCUESTAS RECOGIDAS, ASÍ COMO LOS DATOS DEL NUMERO DE PACIENTES QUE HAN SIDO DADAS DE ALTA DESDE LA CONSULTA HOSPITALARIA DE SUELO PELVICO GINECOLOGIA, Y EL PORCENTAJE DE ESTAS QUE HAN SIDO DADAS DE ALTA CON INFORME EN RED (HP DOCTOR).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0127

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION RECOMENDACIONES DE DGSP-GOB ARAGON EN MATERIA DE VACUNACION FRENTE A VIRUS PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES CON LESIONES PRENEOPLASICAS-ALTO GRADO DE CERVIX UTERINO Y OTROS GRUPOS DE RIESGO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE AMPARO BORQUE IBAÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL
JOSE GUTIERREZ YASMINA
YAGUE MORENO HORTENSIA
NEGREDO QUINTANA ISABEL
BAQUEDANO MAINAR LAURA
RODRIGO CONDE CESAR
RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se procede a la información y actualización de la plantilla del servicio de ginecología en materia de vacunación frente a VPH. Asimismo se transmite la sistemática de actuación para difundir las recomendaciones de la DGSP del Gobierno de Aragón con el objetivo de implementarlas en la práctica asistencial.
Se ha proporcionado información verbal sobre las recomendaciones sobre vacunación frente a VPH en el momento del diagnóstico de la lesión precursora y al establecer la indicación del tratamiento escisional o conización diagnóstica terapéutica.
Se ha remitido a las pacientes afectadas a los centros de salud para dispensación de la misma mediante un volante/informe por escrito que incluye el informe elaborado por la entidad oficial sobre las recomendaciones de la DGSP en materia de vacunación.
Se proporciona información escrita de nuevo en el momento del alta hospitalaria, o de CMA.
Se rescata a las pacientes que por algún motivo no hayan recibido previamente dicha información en la consulta de resultados tras la conización y se les comunica la recomendación insistiendo en la evidencia científica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Se ha obtenido una respuesta satisfactoria en cuanto a la implicación por parte de los facultativos implicados en el proceso.
-Un total de 9 de cada diez mujeres (90%) han recibido información sobre la pertinencia de la vacunación cuando son recibidas en la consulta de resultados de anatomía patológica tras la conización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En algunos casos se percibe como obstáculo la falta de información al respecto por parte de los médicos de atención primaria. La entrega del informe escrito parece poder subsanar dicha reticencia. No obstante el siguiente objetivo consistiría en ampliar dicha actualización al primer escalón de atención sanitaria: (centros de salud y médicos de atención primaria)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/127 ===== ***

Nº de registro: 0127

Título
IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DE LA D.G. DE SALUD PUBLICA DEL GOBIERNO DE ARAGON EN MATERIA DE VACUNACION FRENTE AL VPH EN PACIENTES CON LESIONES PRENEOPLASICAS DE ALTO GRADO DE CERVIX UTERINO

Autores:
BORQUE IBAÑEZ AMPARO, MOROLLON LORIZ MARIA ISABEL, JOSE GUTIERREZ YASMINA, YAGUE MORENO HORTENSIA, NEGREDO QUINTANA ISABEL, BAQUEDANO MAINAR LAURA, RODRIGO CONDE CESAR, RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0127

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION RECOMENDACIONES DE DGSP-GOB ARAGON EN MATERIA DE VACUNACION FRENTE A VIRUS PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES CON LESIONES PRENEOPLASICAS-ALTO GRADO DE CERVIX UTERINO Y OTROS GRUPOS DE RIESGO

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La persistencia de la infección por virus del papiloma humano en sus distintos genotipos ha sido ampliamente establecida como agente etiológico de más del 90% de los cánceres de cérvix uterino. Entre las medidas que han demostrado eficacia para disminuir la incidencia de dicha neoplasia se incluyen opciones de prevención secundaria: cribado citológico y test de detección de VPH para el diagnóstico precoz, y otras de prevención primaria: vacunación frente al VPH. La incorporación de dicha vacuna al calendario vacunal de la Comunidad Autónoma de Aragón se inició con las cohortes de niñas nacidas a partir del 01/01/1994. En estudios posteriores se ha demostrado que la vacunación en adultas que pertenecen a grupos de riesgo, y aquellas que han padecido una lesión intraepitelial de alto grado contribuye a una disminución del riesgo de reinfección y recidiva. Por tanto la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón establece con fecha del 01/06/2018 unas nuevas recomendaciones en materia de vacunación para pacientes con diagnóstico histológico de lesión intraepitelial de alto grado y también otros grupos de riesgo como mujeres VIH positivas y menores de 26 años que ejercen la prostitución.

El actual proyecto de mejora pretende establecer y protocolizar nuestra intervención como agentes de salud, incorporando de forma sistematizada dicha recomendación a lo largo de nuestra actividad asistencial en las pacientes que presentan dicha patología.

La información y recomendación sobre la opción de vacunación se realizará en el momento de la confirmación diagnóstica anatomopatológica, y se reincidirá en dicha información al alta hospitalaria tras la realización de tratamiento escisional. Se proporcionará asimismo información escrita sobre la recomendación oficial adjuntándola al informe provisional y / o definitivo de alta del proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

- Difundir la recomendación en materia de Salud Pública respecto a la vacunación frente a la infección por VPH entre las pacientes candidatas.
- Ampliar e informar de manera indirecta a los facultativos de atención primaria y personal de enfermería sobre la disponibilidad de dicha herramienta como prevención.
- Disminuir el número de reinfecciones, redetecciones, y recidivas en las pacientes sometidas a conización o con diagnóstico histológico de lesión intraepitelial de alto grado

MÉTODO

- Se ofrecerá información verbal sobre las recomendaciones sobre vacunación frente a VPH en el momento del diagnóstico y al establecer la indicación del tratamiento escisional o conización diagnóstica-terapéutica. Se remitirá a las pacientes a los centros de salud para dispensación de la misma.
- Se proporcionará información escrita de nuevo en el momento del alta provisional hospitalaria, o de CMA.
- Se rescatará a las pacientes que por algún motivo no hayan recibido previamente dicha información, y se insistirá en la consulta de resultados tras la conización.

INDICADORES

- Información escrita sobre recomendaciones de vacunación al menos al 90% de las pacientes sometidas a conización y de otros grupos de riesgo incluidos.

DURACIÓN

Año 2019 y siguientes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0746

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN LA ATENCION DE LA PACIENTE CON UNA GESTACION GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICA

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS
ENVID LAZARO BLANCA
FRANCO ROYO MARIA JESUS
ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT
RODRIGUEZ LAZARO LAURA
TAJADA DUASO MAURICIO CAYO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cambio de ubicación de la nueva consulta
Elaboración del informe ecográfico
Adecuación de la nueva sala
Cambio y elaboración de nuevas agendas
Puesta en funcionamiento de agendas con citas nuevas
Asimilación de todas las pacientes incluidas
Conclusión del formulario ecográfico en HP-doctor
Se ha realizado todo según el calendario estimado, excepto el informe ecográfico en HP-doctor, que se ha demorado por problemas de personal en el Servicio de Informática

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la actualidad, todas las pacientes incluidas en el proyecto, son vistas ya en la nueva consulta
Se encuentra en funcionamiento la nueva agenda específica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La participación de diversos servicios y estamentos en la consecución de este proyecto ha requerido una intensa coordinación, para poder llegar al final del proyecto. Debo decir que en general, toda la gente implicada ha puesto de su parte para poder completar el objetivo.
Aunque completado el formulario del informe, queda pendiente para resolver en fechas próximas, el desarrollo del documento word definitivo del informe ecográfico.
En ese momento se podrá dar como concluido el proyecto

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/746 ===== ***

Nº de registro: 0746

Título
CREACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN LA ATENCION DE LA PACIENTE CON UNA GESTACION GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICA

Autores:
CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL, DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS, ENVID LAZARO BLANCA, FRANCO ROYO MARIA JESUS, ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT, RODRIGUEZ LAZARO LAURA, TAJADA DUASO MAURICIO CAYO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0746

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN LA ATENCION DE LA PACIENTE CON UNA GESTACION GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICA

PROBLEMA

El control de la gestación gemelar se realiza siempre a nivel hospitalario. Se reparte entre la Sección de Diagnóstico Prenatal/Ecografía Obstétrica y la Sección de Medicina Materno Fetal. La morfología fetal es competencia única de la Sección de Diagnóstico Prenatal. El control del crecimiento fetal, por contra, se reparte entre las dos unidades. En general, en las pacientes que se controlan en la Sección de Medicina Materno Fetal, los controles se realizan en la misma consulta. Hasta el momento, no se había realizado así con las gestaciones gemelares por un problema logístico y de recursos tecnológicos. Con esta situación de partida, las gestantes con un embarazo gemelar tienen que pasar por dos consultas diferentes, en horarios a veces muy divergentes y a veces incluso en días distintos. Esto conlleva una incomodidad y una pérdida de tiempo para la paciente, más que considerable. Actualmente existe una tendencia a especializar las consultas y que sean un monográfico en cada jornada. Las consultas en la gestación gemelar, se encuentran mezcladas con muchas otras patologías y problemas totalmente distintos y que requieren otro tipo de control diferente.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la creación de una consulta de alta resolución en las gestaciones gemelares bicoriales biamnióticas, se pretende anular en una misma consulta, la realización de todas las ecografías exclusivas de, control del crecimiento y bienestar fetal, con la visita propia de la semana de embarazo correspondiente y la realización del test basal a partir de la semana que corresponda. Esto conllevará un importante ahorro de tiempo para la paciente, y la posibilidad de la toma de decisiones en el momento del diagnóstico. Además será una consulta monográfica de este tipo de gestaciones. La población diana son las pacientes con una gestación bicorial biamniótica desde la semana 24 del embarazo hasta el parto, que no tengan diagnosticada una malformación o anomalía morfológica fetal. Se integra todo el proyecto en el Servicio de Obstetricia.

MÉTODO

Las acciones previstas son: 1º Cambio de sala de consulta. Se realizará una permuta con la sala donde se realizan los test basales en la actualidad. Se ganará en espacio y confort para las pacientes. 2º Adecuación de la nueva sala. Delimitación del área de exploración mediante un sistema de cortinas. instalación de rosetas para reubicación de equipo informático. 3º Solicitud de nuevo equipo informático añadido al existente. 4º Adecuación de las agendas electrónicas a la nueva incorporación de actividad 5º Elaboración de tablas propias de medidas y pesos fetales en este tipo de gestaciones. 6º Elaboración de informe ecográfico a través de HP Doctor para que esté disponible en red

INDICADORES

Todas las mujeres incluidas en población diana, deberían ser vistas el día específico creado para este fin. El estándar debería estar en el 100% de las mujeres incluidas

DURACIÓN

Primer semestre: *Cambio de ubicación de la sala de consulta; *Elaboración de informe ecográfico; *Adecuación de la nueva sala de consulta (mobiliario, cortinas, rosetas, equipo informático); *Elaboración de las nuevas agendas
Segundo semestre: * Puesta en funcionamiento de las nuevas agendas y comienzo de las citas en la nueva consulta; * Incorporación del informe ecográfico en el sistema mediante el HP-Doctor * Asimilación en la consulta específica de todas las pacientes incluidas en la población diana.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0862

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN MODELOS DE SIMULACION DE DIAGNOSTICO Y REPARACION DE DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO TRAS PARTO VAGINAL EN EL HUMS

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE BELEN RODRIGUEZ SOLANILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES OROS PILAR
GONZALEZ BALLANO ISABEL
MARTINEZ SUÑER SILVIA
CRESPO ESTERAS RAQUEL
LASIERRA BEAMONTE ANA
RODRIGUEZ LAZARO LAURA
CASTAN MATEO SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Formación de equipo de trabajo integrado por facultativos del Servicio de Obstetricia, Sección de Partorio y Puerperio, del Hospital Miguel Servet. (Enero 2019).

- Revisión de la evidencia científica disponible. (Enero 2019).

- Diseño y "fabricación" de modelos de simulación para entrenamiento de los profesionales.

Modelos realizados por los facultativos de la sección con gomaespuma, fieltro y gomaeva.

- Talleres teóricos y prácticos basados en la simulación destinados a todos los profesionales implicados en el parto: (enero-abril 2019)

- Talleres para matronas y EIR formando a un total de 40 matronas con un modelo por persona.

- Talleres para facultativos y MIR de la especialidad en grupos de 4-6 personas.

- Colocación en quirófano y partorio de posters de reparación de desgarros perineales y tratamiento antibiótico de elección para facilitar su "recordatorio". (Junio 2019)

- Rotulación e identificación en partorio y quirófano de las suturas y material necesarias para reparación de los citados desgarros. (Junio 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La población diana del proyecto eran los profesionales implicados en el proceso del parto y por tanto en el diagnóstico y reparación de desgarros perineales postparto:

- Facultativos especialistas de Servicio de Obstetricia y Ginecología.

- MIR de Servicio de Obstetricia y Ginecología.

- Matronas.

- EIR de matrona.

Con nuestro proyecto hemos llegado a todos ellos.

El objetivo principal del proyecto era el entrenamiento, utilizando modelos de simulación, para diagnóstico y reparación de los desgarros perineales de tercer y cuarto grado tras parto vaginal. Se ha cumplido de forma muy satisfactoria.

Los principales objetivos secundarios logrados con nuestro proyecto han sido:

- Mejorar conocimientos teóricos y habilidades quirúrgicas en patologías poco prevalentes.

- Sistematizar maniobras de diagnóstico de desgarros perineales.

- Facilitar el acceso a material quirúrgico necesario en la reparación con una correcta rotulación del mismo.

- Protocolizar antibioterapia, ajustada a PROA, en relación con el procedimiento.

- Facilitar acceso a la información, colocando posters de reparación perineal en partorios y quirófano.

- Mejorar la satisfacción del profesional implicado en el proceso del parto al mejorar sus habilidades prácticas.

- Mejorar la seguridad del paciente evitando diagnósticos y tratamientos subestándar.

Todos ellos se han cumplido.

Indicadores de seguimiento:

1.- % matronas y EIR con conocimientos teóricos de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales tras asistencia a cursos formación continuada del Servicio de Obstetricia.

Mediante cuestionario tipo test tras actividad formativa. Objetivo > 80%.

2.- % matronas y EIR con capacidad de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales en modelos de simulación tras asistencia a talleres de formación continuada del Servicio de Obstetricia.

Mediante evaluación en modelos tras actividad formativa. Objetivo > 80%.

3.- % FEAS Servicio Obstetricia que realizan guardias con conocimientos teóricos de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales tras asistencia a cursos formación continuada del Servicio de Obstetricia.

Mediante cuestionario tipo test tras actividad formativa. Objetivo > 80%.

4.- % FEAS Servicio Obstetricia que realizan guardias con capacidad de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales en modelos de simulación tras asistencia a talleres de formación continuada del Servicio de Obstetricia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0862

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN MODELOS DE SIMULACION DE DIAGNOSTICO Y REPARACION DE DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO TRAS PARTO VAGINAL EN EL HUMS

Mediante evaluación en modelos tras actividad formativa. Objetivo > 80%.

5.- % MIR Servicio Obstetricia y Ginecología con conocimientos teóricos de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales tras asistencia a cursos formación continuada del Servicio de Obstetricia.
Mediante cuestionario tipo test tras actividad formativa. Objetivo > 80%.

6.- % MIR Servicio Obstetricia y Ginecología con capacidad de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales en modelos de simulación tras asistencia a talleres de formación continuada del Servicio de Obstetricia.
Mediante evaluación en modelos tras actividad formativa. Objetivo > 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La evaluación es altamente satisfactoria. Tanto las matronas y EIR como los MIR y facultativos del Servicio de Obstetricia han expresado su deseo de repetir la formación en modelo de simulación al menos con una periodicidad anual.

Dado el éxito del proyecto vamos a impartir un nuevo curso de simulación para matronas y EIR en el que incluimos este taller en marzo 2020 (2 ediciones de 20 alumnos cada una).
Destacamos que hemos diseñado y fabricado los modelos de simulación los obstetras de la Sección de Parto con material comprado por nosotros. El año 2019 se realizaron más de 40 modelos ya que se deterioran con el uso reiterado. Este año se van a fabricar al menos 40 modelos más igualmente sin financiación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/862 ===== ***

Nº de registro: 0862

Título
ENTRENAMIENTO EN MODELOS DE SIMULACION DE DIAGNOSTICO Y REPARACION DE DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO TRAS PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN, ANDRES OROS PILAR, GONZALEZ BALLANO ISABEL, MARTINEZ SUÑER SILVIA, CRESPO ESTERAS RAQUEL, LASIERRA BEAMONTE ANA, RODRIGUEZ LAZARO LAURA, CASTAN MATEO SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El parto es el proceso asistencial más frecuente de los que acontecen en un hospital. Los dos GRD más frecuentes en el Hospital Miguel Servet son "Parto vaginal sin complicaciones" y "Parto vaginal con complicaciones". Por tanto, cualquier medida que tenga como objetivo mejorar alguna parcela de su asistencia va a tener una importante repercusión.

La reparación del periné tras una episiotomía o desgarro es una de las prácticas quirúrgicas más comunes en la obstetricia. La correcta valoración de la lesión y una técnica quirúrgica adecuada son necesarias para evitar a la paciente secuelas a largo plazo que determinarán de forma importante su calidad de vida.

Los desgarros perineales de tercer y cuarto grado pueden ocasionar dispareunia, dolor pélvico crónico e incontinencia urinaria y fecal. Su prevalencia es baja y sin una adecuada formación puede infraestimarse. Consideramos fundamental el entrenamiento para su correcto diagnóstico y reparación en modelos de simulación. De esta forma el profesional puede no sólo actualizar sus conocimientos teóricos sino mantener sus habilidades quirúrgicas.

La herramienta de la simulación se enmarca dentro de la apuesta de nuestro Servicio de Obstetricia por la formación continuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: profesionales implicados en el proceso del parto y por tanto en el diagnóstico y reparación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0862

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO EN MODELOS DE SIMULACION DE DIAGNOSTICO Y REPARACION DE DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO TRAS PARTO VAGINAL EN EL HUMS

de desgarros perineales postparto:

- Facultativos especialistas de Servicio de Obstetricia y Ginecología.
- Médicos Internos Residentes de Servicio de Obstetricia y Ginecología.
- Matronas.
- Enfermeras Internas Residentes de matrona.

El objetivo principal del proyecto es el entrenamiento, utilizando modelos de simulación, para diagnóstico y reparación de los desgarros perineales de tercer y cuarto grado tras parto vaginal.

Objetivos secundarios:

- Mejorar conocimientos teóricos y habilidades quirúrgicas en patologías poco prevalentes.
- Sistematizar maniobras de diagnóstico de desgarros perineales.
- Facilitar el acceso a material quirúrgico necesario en la reparación con una correcta rotulación del mismo.
- Protocolizar antibioterapia, ajustada a PROA, en relación con el procedimiento.
- Facilitar acceso a la información, colocando posters de reparación perineal en paritorios y quirófano.
- Disminuir secuelas a medio y largo plazo para la paciente con desgarros de tercer y cuarto grado perineal postparto.
- Mejorar la satisfacción del profesional implicado en el proceso del parto al mejorar sus habilidades prácticas.
- Mejorar la seguridad del paciente evitando diagnósticos y tratamientos subestándar.

MÉTODO

* Formación de equipo de trabajo integrado por facultativos del Servicio de Obstetricia, Sección de Paritorio y Puerperio, del Hospital Miguel Servet.

* Revisión de la evidencia científica disponible.

* Diseño y "fabricación" de modelos de simulación para entrenamiento de los profesionales.

* Talleres teóricos y prácticos basados en la simulación destinados a todos los profesionales implicados en el parto.

Para el mantenimiento de habilidades quirúrgicas se planteará la convocatoria periódica de los citados cursos.

* Colocación en quirófano y paritorio de posters de reparación de desgarros perineales y tratamiento antibiótico de elección para facilitar su "recordatorio".

* Rotulación e identificación en paritorio y quirófano de las suturas y material necesarias para reparación de los citados desgarros.

INDICADORES

Se realizará un cuestionario tipo test al personal al que va dirigida la actividad formativa antes y después de los cursos.

Asimismo se realizará una evaluación de habilidades prácticas tras talleres de simulación en los modelos utilizados.

- Conocimientos teóricos de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales (según resultado test) tras cursos y talleres.

Objetivo > 80 %

- Capacidad de diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales (en modelos de simulación) tras cursos y talleres.

Objetivo > 80 %

DURACIÓN

Responsables del proyecto: Dra. Rodríguez Solanilla/ Dra. Andrés Orós

- Enero-Marzo 2019: formación del equipo de trabajo y revisión de evidencia disponible.

- Enero-Abril 2019: diseño y "fabricación" de modelos de simulación.

- Enero 2019-Abril 2020: cursos de formación y talleres de simulación para FEAs Servicio de Ginecología y Obstetricia, MIR de la especialidad, matronas y EIR de matronas. Test evaluación tras cada curso de formación.

- Junio 2019: rotulación e identificación de las suturas y material necesarias para reparación de desgarros.

- Septiembre 2019: colocación de posters.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1128

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATÍAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA RODRIGO RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PASCUAL MANCHO JARA
TAJADA DUASO MAURICIO CAYO
PEREZ PEREZ MARIA PILAR
GARRIDO FERNANDEZ PILAR
RODRIGUEZ VALLE ANA
ABENIA USON PILAR
ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha contactado con el Servicio de Citaciones de los Centros Médicos de Especialidades correspondientes fijando los plazos de las citas de las gestantes y se ha eliminado la restricción en el número de las primeras visitas en las consultas de tocología.

- Se han optimizado los plazos de citas para la realización de la ecografía del primer trimestre, con lo que el cálculo del cribado se realiza en las semanas de gestación adecuadas. En el año 2019 hubo 17 casos en los que se ha realizado el screening de segundo trimestre en vez del de primero a causa de un retraso en la fecha de la cita propuesta por el tocólogo.

- Se ha creado de una base de datos común entre Neonatología y Diagnóstico Prenatal con el objetivo de recoger los falsos negativos del cribado combinado de cromosomopatías. Con ello conseguimos determinar y conocer la existencia y el porcentaje de estos casos.

- Se ha creado un servidor para ubicar de manera remota la base de datos y que todos los especialistas implicados puedan tener acceso a ella.

- Se ha creado un calendario a modo de check-list para comprobar la correcta cumplimentación de la base de datos. Se decide que sea la matrona que pasa la consulta de Diagnóstico Prenatal la persona encargada de completar los datos de la base de datos. Dicha base se revisa con una periodicidad quincenal por parte de ambos servicios.

- Se ha creado un ítem en la base de datos de la consulta de Diagnóstico Prenatal llamado "resultados cribado de segundo trimestre" para contabilizar de una manera más fácil y rápida estas consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de mujeres que realizan el cribado de primer trimestre / total de recién nacidos en HUMS en un año. Estándar: superior al 90%.

Primer semestre 2019: 90.8%

** Segundo semestre 2019: Dato imposible de calcular en la fecha actual dado que los datos del programa PerkinElmer, el cual se utiliza para el cálculo de cromosomopatías, se almacenan en la nube y el circuito pasa por una agencia externa la cual no ha facilitado los datos aún. Estarán disponibles en dos o tres meses.

- N° de mujeres que realizan el cribado de segundo trimestre / total de recién nacidos en HUMS en un año.

Estándar: inferior al 10%

Año 2019: 7,1%

- Tasa de NIPT sobre el total de cribados realizados. Estándar: inferior al 12%

Primer semestre 2019: 14.7%

** Segundo semestre 2019: Dato imposible de calcular en la fecha actual dado que los datos del programa PerkinElmer, el cual se utiliza para el cálculo de cromosomopatías, se almacenan en la nube y el circuito pasa por una agencia externa la cual no ha facilitado los datos aún. Estarán disponibles en dos o tres meses.

- N° de consultas en Diagnóstico Prenatal para resultados de cribado de segundo trimestre. Objetivo: inferior a 150.

Año 2019: 102

- Creación de base de datos común entre Neonatología y Diagnóstico Prenatal. Creada y en funcionamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la puesta en marcha de este proyecto de mejora se ha conseguido optimizar la realización del cribado combinado y en general de todo el circuito de cromosomopatías.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1128

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATÍAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

A las mujeres gestantes se les realiza el cribado en un mayor porcentaje en el momento óptimo, disminuyendo el número de cribados realizados en el segundo trimestre, siendo estos dos los principales objetivos del proyecto.

Una de las dificultades a la hora de llevar a cabo este proyecto ha sido al contactar con los médicos de atención primaria de cara a informarles sobre el circuito de cribado, así como de las indicaciones a seguir en cuanto a plazos de citas, solicitud o no de analíticas y uso de la calculadora gestacional.

La externalización del cálculo del screening del primer trimestre a una plataforma online facilita el cálculo instantáneo en la consulta, pero dificulta la obtención de datos y los controles de calidad.

A la hora de contabilizar el número de consultas de Diagnóstico Prenatal realizadas para entregar los resultados de cribado de segundo trimestre encontramos dificultades, pero se han corregido con el nuevo ítem añadido al formulario de la consulta.

No han sido necesarios materiales nuevos derivados de la optimización del protocolo de cribado.

7. OBSERVACIONES.

Como ha sido previamente explicado, varios de los indicadores no han podido ser calculados debido a la externalización del cálculo del screening combinado. La agencia no ha facilitado los datos del segundo semestre completo de 2019 a la fecha actual de 31 de enero de 2020.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1128 ===== ***

Nº de registro: 1128

Título
OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATIAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores:
RODRIGO RODRIGUEZ MARIA, PASCUAL MANCHO JARA, TAJADA DUASO MAURICIO CAYO, PEREZ PEREZ MARIA PILAR, GARRIDO FERNANDEZ PILAR, ABENIA USON PILAR, RODRIGUEZ VALLE ANA, ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Para la detección prenatal de las anomalías genéticas se han desarrollado diversas estrategias de cribado mediante pruebas con las que identificar gestantes con fetos que presentan un riesgo elevado de tener una anomalía genética, sobre todo la trisomía 21, 13 y 18. En el Hospital Miguel Servet se ha protocolizado el cribado combinado: Se recoge la muestra para β -hCG y PAPP-A se ricas en semana 10 y la realización de la ecografía en semana 12. Para conseguir un buen cribado poblacional debemos conseguir que al menos el 80% de nuestra población gestante tenga acceso al mismo. Aproximadamente un 8% de las gestantes no realizan ni la analítica ni la ecografía en las semanas óptimas para ello, sino más tarde. La primera visita en tocólogo de área debería realizarse óptimamente en semana 8, plazo que no siempre se cumple por el hecho de posponer la remisión a tocología de área desde el médico de atención primaria (MAP) por la solicitud de una analítica sanguínea, que no estará completa y tendrá que repetir posteriormente; así como por el límite de primeras visitas establecido en la citación de la consulta de tocología. Si la ecografía no se realiza en el momento óptimo (medida cráneo-caudal fetal por debajo de 84mm), se considera que la gestante se encuentra en el segundo trimestre del embarazo y el cribado de cromosomopatías a realizar es diferente. Esto implica realizar la petición desde la consulta, aumentando también el número de citas en la consulta de Diagnóstico Prenatal (DP) para informar del resultado; así como una menor tasa de detección, de aproximadamente el 65-70%. Una vez realizado el cálculo de riesgo, si éste está comprendido entre 1/50 y 1/1000, estará indicado ofrecer a la gestante la realización del test fetal no invasivo (NIPT), solicitándose desde la consulta donde se informará de la prueba. Las gestantes acudirán a la Unidad Central del Laboratorio del HUMS para que se les realice la extracción de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1128

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DEL CIRCUITO DE CRIBADO DE CROMOSOMOPATÍAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

sangre (de 7:30 a 10h). La muestra de sangre junto con el consentimiento informado serán remitidos a la sección de Genética Clínica desde donde se procederá a la gestión del envío de la muestra, la recepción del resultado y la comunicación de éste a las gestantes.

En el caso que se tenga que solicitar el cribado de segundo trimestre, si el resultado es riesgo intermedio y está indicado realizar el NIPT, se citará a la paciente en la consulta de Diagnóstico Prenatal antes de las 9:30 para que pueda explicarse el resultado y la realización de la analítica el mismo día.

Debido a que el cribado alcanza una tasa de detección del 85-95%, puede existir un porcentaje de hasta el 15% de falsos negativos. Para la identificación de estos casos y realizar un feed-back adecuado, se considera necesario un circuito informativo entre los Servicios de Neonatología y Diagnóstico Prenatal del Hospital Miguel Servet. Con la aplicación de estos cambios, la paciente verá facilitada la realización de la prueba y el cribado de cromosomopatías será realizado en una consulta de alta resolución.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar el porcentaje de mujeres que se adhieren al programa de cribado de cromosomopatías del primer trimestre, estando éste por encima del 80%.
- Disminuir el porcentaje de mujeres que realizan el cribado de segundo trimestre y el número de visitas en la consulta de DP derivadas de éste.
- Incluir la totalidad de los NIPT que son solicitados desde DP en consultas antes de las 9:30h para que las pacientes puedan extraerse la analítica el mismo día y optimizar así el circuito.

MÉTODO

- Informar a los MAP de la no indicación de realización de analítica una vez la gestante acuda a su consulta y la importancia de remitirlas a toxicología con brevedad.
- Indicar al Servicio de Citaciones de los CME los plazos para las citas de las gestantes, así como eliminar la restricción en el número de primeras visitas en estas consultas.
- Colaborar con los especialistas de pediatría en la creación y mantenimiento de una base de datos común que vincule el número de historia de la madre y del recién nacido, riesgo del cribado y resultado perinatal.

INDICADORES

- N° mujeres que realizan el cribado de primer trimestre / total de recién nacidos en H. Miguel Servet en un año. Estándar: Superior al 90%
- N° mujeres que realizan el cribado de segundo trimestre / total de recién nacidos en H. Miguel Servet en un año. Estándar: Inferior al 10%
- Tasa de NIPT sobre el total de cribados realizados. Estándar: inferior al 12%
- Número de consultas en Diagnóstico Prenatal para resultados de cribado de segundo trimestre. Objetivo: Inferior a 150.
- Creación de base de datos común entre Neonatología y Diagnóstico Prenatal. Estándar: creada y en funcionamiento.

DURACIÓN

Mayo - Junio: Información a MAP / CME. Instrucciones al Servicio de Citaciones. Inicio de recogida de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1406

1. TÍTULO

PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO SANCHEZ PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IDOIPE CORTA MIRIAN
SATUE PALACIAN MARIA
MATEO OROBIA ANTONIO
LOPEZ VALVERDE GLORIA
PABLO JULVEZ LUIS EMILIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Entre profesionales e instituciones implicadas (Servicio de Oftalmología, Coordinador de trasplantes del Hospital Miguel Servet, Coordinador de trasplantes de la Comunidad Autónoma de Aragón, Dirección del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón. Establecen las necesidades, objetivos y plan de trabajo.
-Aplicación en nuestro hospital de las directrices establecidas en el Plan Nacional de Córneas 2016.
-Establecimiento de un sistema de detección de donante de cornea en unidades de hospitalización.
-Acciones de comunicación: sesiones clínicas de información y sensibilización a los profesionales implicados.
Curso de la ONT: el Papel de los Bancos de Ojos; en el Programa de Autosuficiencia de Córneas en España. Zaragoza, 8-9 de Marzo de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Un incremento en el año 2017 del 30% en el número de donantes de córnea con respecto a los realizados en el año anterior.
-Un incremento en el año 2017 del 25% en el número de pacientes sometidos a trasplante de córnea en relación a los realizados en el año anterior. Datos que pueden comprobarse en la memoria de tejidos de la Organización Nacional de Trasplantes.
-En fecha final del 2017 con respecto al año anterior se observa una reducción de las lista de espera de queratoplastia. Previamente durante los últimos cinco años la tendencia ha sido al incremento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos muy satisfechos con los resultados obtenidos, tanto por el incremento de actividad en la donación de corneas, en la actividad quirúrgica, como la reducción de las listas de espera.
-Es fundamental la implicación entre los profesionales implicados y mantener comunicación permanente.
-El margen de mejora es todavía importante, la donación y actividad quirúrgica aun debe ser mayor porque el tiempo de espera y numero de pacientes en lista de espera aún debe disminuir más.
-El margen de mejora también es importante en relación a elaboración de protocolos de actuación conjunta entre el hospital y el banco de tejidos.
-La sostenibilidad del proceso debe garantizarse porque la demanda sanitaria de este tipo de procedimientos es cada día mayor.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1406 ===== ***

Nº de registro: 1406

Título
PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

Autores:
SANCHEZ PEREZ ANTONIO, IDOIPE CORTA MIRIAN, SATUE PALACIAN MARIA, MATEO OROBIA ANTONIO, LOPEZ VALVERDE GLORIA,
PABLO JULVEZ LUIS EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1406

1. TÍTULO

PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-Necesidades detectadas:

El número de pacientes que se someten a un trasplante de córnea en nuestra Comunidad Autónoma ha ido en aumento. A pesar del esfuerzo realizado en formación, actualización de procedimientos y asistencia clínica, este incremento en el número de queratoplastias no ha ido acompañado de una disminución en las listas de espera quirúrgica, sino de todo lo contrario. Un alargamiento de los tiempos de espera que a principios de este año 2017, era de más de 12 meses. Plazos que no consideramos aceptables.

-Causas:

La incorporación en la cartera de servicios de las nuevas técnicas de queratoplastia lamelar (endotelial y lamelar anterior) con resultados anatómicos y funcionales superiores. Se ha producido un aumento de las indicaciones de los médicos oftalmólogos y de la demanda de la población. La disposición asistencial por parte del Servicio es máxima. Pero existe un claro factor limitante, la falta de disponibilidad de tejido corneal.

RESULTADOS ESPERADOS

-La finalidad del plan no es alcanzar un número determinado de donaciones de córneas o de implantes, sino conseguir la autosuficiencia de córneas.

-Homogeneización de los procedimientos.

-La autosuficiencia, conlleva una disminución del tiempo de listas de espera, mediante la programación sistemática de queratoplastias cada semana.

-La homogeneización conlleva un mantenimiento y mejora de la calidad del proceso.

MÉTODO

Acciones previstas para lograr los objetivos.

1. Promoción de la donación de córneas, tanto a nivel de la población general y de los profesionales sanitarios. ?

2. Promoción donación de córneas a nivel interno del Hospital.

La detección de posibles donantes procedentes de las plantas de hospitalización.

Determinar la Planta o Unidad Hospitalaria más adecuada para la detección del donante cadáver (Muerte cerebral / Asistolia)

Formación para detectar causas de exclusión generales o específicas del tejido corneal ?

3. Formación y sensibilización de los equipos extractores.

La extracción será llevada a cabo por personal entrenado para ello (Residente de Oftalmología)

4. Elaboración de protocolos conjuntos.

5. Mejoras en el circuito de comunicación Hospital-Banco de tejidos de referencia.

6. Optimización de listas de espera: según prioridad y técnica.

INDICADORES

Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados:

% pacientes intervenidos en menos de 6 meses LE

% pacientes intervenidos en menos de 4 meses LE

% paciente documentos completos

% pacientes cornea utilizada sin defectos

(nºinjertos donantes/ nº queratoplastias realizadas sin complicaciones propias del injerto)

DURACIÓN

Duración proyecto: 2 años.

Inicio proyecto: Mayo 2017.

Reuniones coordinación trasplantes + elaboración de protocolos y documentos: 3 meses.

Mirian Idoipe Corta, Maria Satué Palacián,

Formación personal: 3 meses.

Gloria López Valverde. Antonio Sánchez Pérez.

Inicio del programa continuado de cirugía de queratoplastias:

2 queratoplastias x semana x 18 meses = 144 procesos.

Mirian Idoipe Corta, Maria Satué Palacián, Antonio Mateo Orobia, Gloria López Valverde. Antonio Sánchez Pérez.

Evaluación proyecto: 4-6 meses.

Mirian Idoipe Corta, Maria Satué Palacián. Antonio Sánchez Pérez.

Fin proyecto: Mayo 2019

OBSERVACIONES

Destacar el alto valor intrínseco que dentro de la organización tiene el trasplante de córnea. Supone para muchos pacientes la última opción terapéutica en su posible recuperación visual. Incluye como en todos los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1406

1. TÍTULO

PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

trasplantes un acto generoso de donación desinteresada que no se puede cuantificar. Es un proceso de alto coste y que necesita equipos con experiencia para obtener buenos resultados. Finalmente recordar que involucra numerosos profesionales y de diferentes instituciones (Banco de Tejidos, Coordinadores Hospitalarios de Trasplantes y Servicio de Oftalmología).

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1407

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANTIAGREGACION Y ANTICOAGULACION EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DECATARATA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ ABADIA ALVAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ PEREZ ANTONIO
LARROSA POVES JOSE MANUEL
IDOIPE CORTA MIRIAN
SATUE PALACIAN MARIA
MATEO OROBIA ANTONIO
PABLO JULVEZ LUIS EMILIO
LOPEZ VALVERDE GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNION CON ANESTESIA PARA PROTOCOLIZAR EL MANEJO DE ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES EN EL PERIOPERATORIO DE CIRUGIA DE CATARATA
REDACCION DEL PROTOCOLO DE CONSENSO PARA EL MANEJO DE ESTOS FARMACOS
INSTAURACION DEL PROTOCOLO EN CIRUGIA SIN INGRESO
EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO
RECOGIDA DE DATOS DE COMPLICACIONES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE PROCEDIO A ACEPTAR LA NO RETIRADA DE LA ANTIAGREGACION NI ANTICOAGULACION EN NINGUN PACIENTE PREVIO A LA CIRUGIA DE CATARATA BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA ACTUAL
NO HA APARECIDO NINGUNA HEMORRAGIA EXPULSIVA NI COROIDEA DURANTE MAS DE 2000 CIRUGIAS
EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO HA SIDO DEL 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DEBIDO AL BAJO RIESGO DE SANGRADO Y SIGUIENDO LA EVIDENCIA CIENTIFICA ACTUAL, NO SE RECOMIENDA LA RETIRADA DE LOS FARMACOS ANTIAGREGANTES NI ANTICOAGULANTES PREVIOS A LA CIRUGIA DE CATARATA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1407 ===== ***

Nº de registro: 1407

Título
PROTOCOLO DE ANTOAGREGACION Y ANTICOAGULACION EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
ABADIA ALVAREZ BEATRIZ, SANCHEZ PEREZ ANTONIO, LARROSA POVES JOSE MANUEL, IDOIPE CORTA MIRIAN, SATUE PALACIAN MARIA, MATEO OROBIA ANTONIO, PABLO JULVEZ LUIS EMILIO, LOPEZ VALVERDE GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- Muchos enfermos sometidos a cirugía ocular usan anticoagulantes y/o antiagregantes para disminuir el riesgo de sucesos aterotrombóticos tromboembólicos especialmente aquellos con FA, IAM y el ACV.
- 28% AAS, 2% clopidogrel y >5% anticoagulantes.
- Cuando se retiran no hay que pensar sólo en que no existe el efecto del fármaco sino que además existe

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1407

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANTIAGREGACION Y ANTICOAGULACION EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DECATARATA

mayor reactivación plaquetaria y trombótica (efecto rebote), además de efectos proinflamatorios y protrombóticos de la cirugía.

- El impacto económico de la sustitución del tratamiento también ha de ser tenido en cuenta

RESULTADOS ESPERADOS

Racionalizar y estandarizar el protocolo de antiagregación y anticoagulación en cirugía oftalmológica

MÉTODO

Cambio en el protocolo de manejo de antiagregantes / anticoagulantes en el perioperatorio de cirugía oftalmológica

Organización comité intersección / reunión con anestesia / redacción protocolo / puesta en marcha

INDICADORES

Porcentaje de pacientes con terapia sustitutiva

Porcentaje de cumplimiento.

Porcentaje de pacientes sin complicaciones hemorrágicas oculares.

Porcentaje de pacientes sin complicaciones sistémicas hemorrágicas asociadas.

DURACIÓN

Inicio junio 2017 comité Servicio

Fin Diciembre 2017

Plan comunicación página web / mailing Servicios de oftalmología y anestesia

OBSERVACIONES

Recordar que el proceso quirúrgico más frecuente en nuestro entorno y con excelentes resultados funcionales es la cirugía de catarata.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0736

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELEVANTES CORNEASES EN CIRUGIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE GLORIA LOPEZ VALVERDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEL PRADO SANZ EDUARDO
MATEO OROBIA ANTONIO
IDIOPE CORTA MIRIAM
ALMENARA MICHELENA CRISTINA
HERNANDEZ VIAN RUBEN
SORIANO PINA DIANA
SANCHEZ PEREZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo de estudio hemos seleccionado a un grupo de 30 pacientes que presentaba cifras de astigmatismo entre -0,50 y -1,00 dioptrías y hemos aprovechado el acto quirúrgico de la catarata para realizar la incisión principal en el eje corneal más curvo para conseguir su aplanamiento y así reducir el estado refractivo final. Así mismo, a los pacientes que presentaban cifras de astigmatismo entre -1,00 y -1,50 dioptrías a parte de la medida anterior se les ha realizado una incisión enfrentada para conseguir un mayor efecto relajante en la curvatura corneal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado refractivo, aunque impredecible, ha mejorado significativamente en la mayoría de los pacientes. No se han observado ningún aumento de las complicaciones tras la cirugía de cataratas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusiones podemos afirmar que esta técnica, aunque poco predecible, es una buena oportunidad para mejorar el resultado refractivo final de la cirugía de catarata, sin añadir costes extras al acto quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/736 ===== ***

Nº de registro: 0736

Título
PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELAJANTES CORNEALES EN CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
LOPEZ VALVERDE GLORIA, DEL PRADO SANZ EDUARDO, MATEO OROBIA ANTONIO, IDOPE CORTA MIRIAM, ALMENARA MICHELENA CRISTINA, HERNANDEZ VIAN RUBEN, SORIANO PINA DIANA, SANCHEZ PEREZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La catarata consiste en una pérdida progresiva de la transparencia del cristalino. Con la facoemulsificación se ha conseguido solucionar este problema, y mediante las mejoras en la implantación y desarrollo de las lentes intraoculares (IOLs), el objetivo es alcanzar la emetropía. Con la implantación de las IOLs monofocales, se consigue que el defecto esférico residual para visión lejana fuese el mínimo, sin embargo no corrigen los defectos refractivos cilíndricos ni la presbicia.

El astigmatismo es una ametropía por la que el sistema óptico de un ojo es incapaz de formar imágenes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0736

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELEVANTES CORNEASES EN CIRUGIA DE CATARATA

puntuales de un punto objeto. En un sistema astigmático, la potencia es diferente según el meridiano que se considere, siendo los principales los de máxima y mínima curvatura. Puede clasificarse de diversas formas; atendiendo a su regularidad podemos diferenciar el astigmatismo regular e irregular. El astigmatismo regular es aquel en el que los distintos puntos de un mismo meridiano del sistema astigmático tienen el mismo poder refractivo. En el irregular los distintos puntos de un meridiano tienen diferente poder refractivo y los rayos refractados no presentan planos de simetría.

En pacientes que presentan astigmatismos corneales de escasa cuantía la realización de incisiones, simples o enfrentadas en el meridiano más curvo ha sido muy extendida por su facilidad, complicaciones escasas y no requerir instrumentación añadida a la cirugía de facoemulsificación convencional. En el caso de astigmatismos de mayor número de dioptrías, su corrección mediante el implante de lentes intraoculares tóricas resulta más predecible y menos traumática para la estructura ocular que los anteriormente citados.

RESULTADOS ESPERADOS

Comprobar la eficacia de la realización de incisiones relajantes corneales en la corrección del astigmatismo durante la cirugía de cataratas en el programa ARCCA del Hospital Nuestra Señora de Gracia. Acercarnos lo más posible a la emetropía post-quirúrgica sin añadir costes adicionales. Mejorar la agudeza visual sin corrección de los pacientes al disminuir su defecto refractivo.

MÉTODO

A partir de un estudio de cohortes prospectivo evaluaremos la eficacia de las incisiones relajantes corneales durante la cirugía de catarata para alcanzar la emetropía. La realización de las incisiones dependerá del criterio del cirujano durante la cirugía de catarata y su seguimiento se realizará en las consultas post-operatorias de la unidad ARCCA del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

-Criterios de Inclusión

- Pacientes adultos entre 18 y 90 años
- Catarata de más 2 grados en LOCS
- Agudeza Visual (AV) = 0.4
- Astigmatismo Corneal entre 0.50 y 1.5 dioptrías

-Criterios de exclusión

- Alteración corneal (Leucomas, guttas, cirugía refractiva previa, pterigium, ojo seco, queratitis...)
- Ejes curvos cuya situación resulte incómoda para el cirujano.
- Ojos con pronósticos visuales reservados como membranas epi-retinianas (MER), retinopatía diabética (RD), atrofia macular o glaucomas severos en los que sutiles cambios refractivos no van a ser tan acusados por parte del paciente.

Se incluirán en el estudio, de manera secuencial, los pacientes que cumplan los criterios anteriormente nombrados. El tamaño muestral será el suficiente para el estudio de la evolución de la enfermedad, siendo no inferior a 100 sujetos.

En astigmatismos inferiores a 0.50 dioptrías, se realizará la incisión principal en el eje 0-180 °.

En astigmatismos entre 0,50 y 1,00 dioptrías la incisión principal se realizará en el eje corneal más curvo.

En aquellos astigmatismos entre 1,00 y 1,50 no sólo se realizará la incisión principal en el eje corneal más curvo sino que se añadirá una incisión enfrentada a la principal.

En casos de astigmatismos de más 1,50 dioptrías se procederá a la implantación de LIOs tóricas.

INDICADORES

a. Variación de las dioptrías cilíndricas en el Auto-refractómetro respecto al previo a la cirugía medida por el Auto querato-refractómetro KR8900 de Topcon.

b. Variación de las dioptrías cilíndricas en la refracción subjetiva respecto a la previa a la cirugía comprobadas en las consultas pre y post-operatoria.

c. Máxima agudeza visual (AV) sin corrección y con corrección pre y post-cirugía. La AV se toma mediante optotipos Snellen a 6 metros de distancia. Se relacionará si las mejores AV sin corrección se asocian a menor refracción cilíndrica residual.

d. Variaciones en la queratometría y ejes astigmáticos de las topografías de los pacientes a estudio realizadas con Pentacam pre y post quirúrgicas.

Se analizarán mediante pruebas t-Student a través del programa estadístico SPSS 21 considerándose estadísticamente

DURACIÓN

Octubre de 2018 hasta Junio de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0736

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELEVANTES CORNEASES EN CIRUGIA DE CATARATA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0878

1. TÍTULO

CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ALEJANDRO BLASCO MARTINEZ
· Profesión OPTICO-OPTOMETRISTA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA BOROBIA JUAN
SORIANO PINA DIANA
FUERTES BERNAL JUAN LUIS
DEL PRADO SANZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se instalaron un total de 5 televisiones independientes en el servicio de oftalmología del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza y 3 televisiones en oftalmología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
Se conectaron a dichas televisiones todo el aparataje de exploración especializado duplicando y/o extendiendo la pantalla del software de cada aparato, haciendo posible que se reproduzca en la televisión lo mismo que el operador ve al realizar la prueba.
Se elaboró una presentación de diapositivas con instrucciones pre y post operatorias para la cirugía de cataratas en la televisión de la sala de espera del Hospital Nuestra Señora de Gracia.
Se instaló la plataforma Spontania y el software libre Blizz (TeamViewer) en los ordenadores de las salas de reuniones de ambos centros y en ordenadores independientes de consultas o salas de reuniones de los centros Hospital Royo Villanova, Hospital Infantil, CME Ramón y Cajal y CME Grande Covián de Zaragoza.
Se hicieron pruebas y mejoras de errores para compartir pantalla, envío de vídeo, audio, chat y compartición de aplicaciones como PowerPoint.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La mayoría de los aparatos especializados en la exploración oftalmológica del paciente pudieron ser conectados a su televisión correspondiente, por lo que mejoró notablemente la información al paciente y la docencia a los estudiantes de la Universidad de Zaragoza.

La presentación ofrecida en la sala de espera mejoró notablemente la satisfacción e información previa de los pacientes en el resultado final de su cirugía de cataratas.

Salvo incidencias muy puntuales, la conectividad de todos los aparatos fue un éxito en nuestra práctica diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conectividad telemática hace posible la visualización y participación de personal sanitario que no puede estar físicamente en el centro donde se imparte la reunión, incluso desde su teléfono móvil, haciéndola indudablemente útil para la comunicación entre diferentes centros.

La conexión del aparataje a televisiones independientes cercanas a los pacientes y alumnos es un buen método para mejorar la satisfacción e información de ambos grupos.

Recomendable designar a un encargado en el centro capaz de poner operativos los aparatos y sus conexiones, además de contactar con el responsable de este proyecto en caso de incidencias.

Este método es extrapolable a cualquier centro que disponga de un PC.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/878 ===== ***

Nº de registro: 0878

Título
CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

Autores:
BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO, PINILLA BOROBIA JUAN, SORIANO PINA DIANA, FUERTES BERNAL JUAN LUIS, DEL PRADO SANZ EDUARDO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0878

1. TÍTULO

CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: asistencia, docencia e investigación

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La unidad de Alta Resolución en Cirugía de Cataratas Ambulatoria (ARCCA), del H NTRA SRA Gracia, integra asistencia clínica pre y postoperatoria, docencia universitaria de los grados en medicina y optometría e investigación.

Para llevar a cabo todas estas actividades, se dispone de material de exploración especializado como el Keratograph 5M, OQAS II, Aberrómetro, topógrafo, biomicroscopios, OCT y biómetro.

Sin embargo, todos estos aparatos son de uso de un solo operador, por lo que para el ejercicio de la docencia, investigación y educación/información al paciente es difícil transmitir información con buena calidad. Otros aparatos exploratorios, como la OCT, sólo pueden ser seguidos por el operador, impidiendo una adecuada explicación, ya sea docente para los grupos de alumnos o inteligible para el paciente.

Es necesario un sistema de divulgación del conocimiento que se obtiene en la realización de las pruebas a tiempo real e in situ, tanto para informar al paciente de los resultados de sus pruebas como para mejorar la calidad docente de los alumnos de medicina y óptica

RESULTADOS ESPERADOS

La mayoría de los equipos anteriormente descritos disponen de una conexión a ordenador y/o HDMI para otras pantallas. El objetivo es conectar todos los aparatos a pantallas de visualización, (monitores, televisiones, etc.). También instalar y conectar una cámara acoplada al biomicroscopio.

El fin de estos nuevos materiales y conexiones es visualizar para toda la sala lo mismo que ve el operador al realizar la prueba y el resultado final, mejorando la asistencia, la docencia e investigación, por lo que la población diana sería tanto los alumnos como los pacientes a la hora de informarles.

Para ello, es necesaria la formación de nuestro personal del servicio para la utilización de estas nuevas tecnologías

MÉTODO

Se dispondrá de televisiones independientes colocadas en las consultas.

Se conectarán los aparatos a dichas televisiones mediante cables HDMI. Las conexiones que se quieren realizar se detallan a continuación:

Sala de reuniones: el ordenador irá conectado mediante un cable HDMI de 1m a la roseta de la pared, la cual lleva la señal a las dos televisiones de pared. Puesto muy útil para la realización de conferencias, reuniones, docencia e investigación.

Sala de iluminación 2: se instalará una cámara acoplada al biomicroscopio y se conectará a un ordenador. Éste ordenador se conectará a su vez a la televisión de su consulta a través de la conexión en la pared, mediante un cable HDMI de 4m. Puesto muy útil para docencia, investigación e información al paciente.

Sala de tecnologías: el ordenador necesario para guardar los datos del aberrómetro se conectará mediante un cable HDMI de 2m a la roseta de la pared y ésta a la televisión de esta consulta.

Sala de exploraciones: el ordenador necesario para manejar el OCT irá conectado a la roseta de la pared mediante un cable HDMI de 5m y ésta a la televisión de la pared.

Sala de espera: se elaborará una presentación en diapositivas con información útil para el paciente en cuanto a instrucciones preoperatorias y postoperatorias en la cirugía de cataratas, números y lugares de interés, etc. Dichas diapositivas se presentarán mediante un dispositivo USB conectado a la televisión.

Se formará al personal de oftalmología (médicos, enfermería, auxiliares y optometristas) para la utilización de estas conexiones y garantizar su funcionamiento correcto a diario

INDICADORES

La conectividad exitosa de cada aparato u ordenador a su televisión o monitor correspondiente será un indicativo de éxito. Se realizarán pruebas a diario con los aparatos comprobando que se puede visualizar a tiempo real lo mismo que el operador ve.

Todas las mañanas un miembro del personal se encargará de enchufar todos los aparatos. En el último turno de tarde, otro miembro del personal se encargará de apagarlos todos.

Si hay alguna incidencia se encargarán de ponerse en contacto con el responsable del proyecto para que valore, qué profesional puede resolver el problema

DURACIÓN

Fecha inicio: enero del 2019, Fecha finalización: abril del 2019

Instalación de televisiones y evaluación de su funcionamiento: enero 2019. Responsable: Juan Luis Fuentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0878

1. TÍTULO

CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

Instalación de cámara acoplada a biomicroscopio: enero 2019. Responsable: Diana Soriano
Conexión de aparataje a su televisión correspondiente: febrero 2019. Responsable: Juan Pinilla
Mejora de la estética de los cables utilizados mediante el uso de embellecedores anclados al rodapié: marzo 2019. Responsable: Eduardo Del Prado
Elaboración de diapositivas informativas para sala de espera: marzo 2019. Responsable: Alejandro Blasco
Prueba y solución de errores. Formación del personal: abril 2019. Responsables: Juan Pinilla y Alejandro Blasco
La formación se impartirá de 8:15h a 8:45h y de 15:15h a 15:45h durante todo el mes de abril

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0845

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROTOCOLO DE EXTRACCION DE ENDOTELIO EN CORNEA DONANTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA GARCIA GUTIERREZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ASENSIO AROSTEGUI ROSA
FERRANDIZ MAHIQUES CARMEN
MARIN BENEDI AURORA
SANCHEZ PEREZ ANTONIO
SATUE PALACIAN MARIA
IDOIPE CORTA MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el 2017 y primera mitad del 2018 se ha realizado una coordinación efectiva entre los profesionales implicados en la extracción del endotelio corneal procedente de cornea donante. Cada viernes se tenían reuniones informales en el mismo quirófano para comentar problemas y soluciones en la organización y ejecución de dicho procedimiento. A través de estas reuniones se ha creado un documento de actuación en el caso de requerir este procedimiento quirúrgico entre las diferentes secciones/servicios integrantes del grupo de trabajo facilitando extensiones de contacto y personas de referencia. Lamentablemente la persona que lideraba estos trasplantes estuvo de baja un temporada y la coordinadora de esta línea de mejora fue trasladada de forma temporal a otras unidades. Durante este tiempo de ausencias el número de trasplantes de endotelio corneal se vió reducido considerablemente, lo cual repercutió en la adquisición de datos para una valoración apropiada. Así pues, se continuó un año más con esta línea de mejora.

Durante estos dos años se han recogido datos basados en el checklist diseñado por enfermería, donde médicos y enfermeras son responsables de introducir dichos datos, por ejemplo duración del procedimiento de la extracción del tejido endotelial antes y después de diseñar e implementar el nuevo protocolo de preparación y actuación para el mismo o apagado del microscopio tras el procedimiento por parte del equipo médico.

El nuevo protocolo (Anexo 4) se instauró en Agosto del 2019, a partir de ahí los datos recogidos son parte de la información relacionada con el protocolo actualizado. En referencia a esta actualización se informa al jefe de sección de corneas, al personal adjunto y residente de la unidad. Son conocedores que el equipo de enfermería es quien tiene a su disposición en el quirófano 29 de la Unidad de Cirugía sin Ingreso una carpeta con el protocolo nuevo, los checklists (Anexo 1) y el diagrama de flujo correspondiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los puntos evaluados han revelado diferentes datos:

- Número de pacientes en los que se implanta endotelio corneal obtenido acorde con el protocolo creado, no se ha encontrado diferencia en el número de pacientes implantados pre y post protocolo.
- Duración de extracción de endotelio corneal procedente de córnea donante; antes de implantar el nuevo protocolo la duración media de la extracción era de 15 minutos con 30 segundos, tras implantar el nuevo protocolo esta duración media aumentó a 17 minutos con 40 segundos. Creemos que hay varios factores que han modificado esta duración media, y por lo que hemos observado este tiempo son factores humanos y no de organización o falta de efectividad. La cantidad de personas que realiza este procedimiento ha aumentado, con el protocolo antiguo solo había dos cirujanos que lo realizaran. Tras implantar el nuevo hay más personas que lo llevan a cabo, con lo cual el nivel experto se ha visto diluido con lo que se necesita de media más tiempo para cada procedimiento.
- El material necesario para este procedimiento lo prepara enfermería. No ha habido modificaciones antes y después de la implantación del nuevo protocolo, siempre ha sido un 100%, es decir, no ha habido deficiencias en la preparación de dicho material. Un deficiencia que se observó antes de diseñar este nuevo protocolo fue que en el 66% de los procedimientos se necesitaba por parte de los cirujanos material que no estaba en el campo estéril, así en el diseño del nuevo protocolo se incluyeron los materiales que hacía que los cirujanos tuvieran que echarse ellos mismo materiales al campo quirúrgico antes de tener todo para comenzar el procedimiento. Tras la implantación del nuevo protocolo la necesidad de que los cirujanos tengan que echar algo al campo quirúrgico se ha reducido a 0%.
- En el nuevo diseño se modificó un detalle que ahorrará dinero al Sistema público Aragonés de Salud, con la implantación del nuevo protocolo se cuestionó la necesidad de utilizar un bote de microbiología con su correspondiente volante y posterior gestión de la muestra por el laboratorio. La decisión final consensuada fue retirar este paso del procedimiento. Además algo que se ha observado es que el ratio de infecciones pre y post protocolo nuevo ha sido el mismo, 0%, con lo que no parece que la nueva manera de trabajar en este procedimiento haya podido afectar de ninguna manera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este Nuevo protocolo ha servido para que tanto cirujanos como el equipo de enfermería tengan un conocimiento más amplio de quién hace qué en este procedimiento y de la secuencia de eventos que ocurre tanto fuera como dentro de quirófano. Ha sido útil para hacer más efectivas las acciones en relación a este procedimiento y para conseguir eliminar elementos innecesarios en este él que cuestan dinero y no añaden una mejora de la calidad percibida por el paciente. Estandarizando y actualizando el protocolo se ha conseguido minimizar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0845

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROTOCOLO DE EXTRACCION DE ENDOTELIO EN CORNEA DONANTE

material que el cirujano necesita fuera del campo quirúrgico, lo cual les hace más autónomos y menos dependientes a la hora de realizar este procedimiento.

En oftalmología la mayoría de las operaciones se hacen a través de un microscópio, se vió que ni los adjuntos ni los residentes de medicina sabían cómo encender o apagar el microscopio, con lo que se ha percibido la necesidad de crear un document gráfico para formarlos y así garantizar que la vida del microscopio vaya a ser más duradera, ya que así no será solo el equipo de enfermería quien se encargue del cuidado de una máquina tan valiosa como es el microscopio. Fuera de la actividad programada de la Unidad de Cirugía sin Ingreso puede surgir alguna incidencia o urgencia y debe ser atendida por personal de enfermería que no pertenece a esta unidad, con lo cual esta formación también les ayudaría a ellos, ya que cuando esto ha ocurrido se ha observado que el microscopio no se ha apagado correctamente.

7. OBSERVACIONES.

LOS ANEXOS 1, 2, 3 Y 4 NOS GUSTARIA INCLUIRLOS PERO NO VEO COMO PODRIAMOS, SI SE PUEDE HACER POR FAVOR COMUNIQUENOSLO. GRACIAS

*** ===== Resumen del proyecto 2019/845 ===== ***

Nº de registro: 0845

Título
SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROTOCOLO DE EXTRACCION DE ENDOTELIO EN CORNEA DONANTE

Autores:
GARCIA GUTIERREZ CRISTINA, ASENSIO AROSTEGUI ROSA, FERRANDIZ MAHIQUES CARMEN, MARIN BENEDI AURORA, SANCHEZ PEREZ ANTONIO, SATUE PALACIAN MARIA, IDOPE CORTA MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Especificos de Unidad de Cirugía sin Ingreso

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el año 2017 se percibió una pobreza en la estandarización en la preparación del material y en la organización de los recursos físicos y organizativos necesarios para la extirpación y posterior conservación del endotelio corneal necesario para la intervención de queratoplastia endotelial.
La optimización del tiempo requerido para preparar y realizar dicha extracción es vital entre otras cosas, por la minimización del tiempo de extirpación lo que puede reducir considerablemente las posibilidades de infección de un ojo (recipiente de este tejido) transplantado con dicho material biológico. Además esto nos daría como producto más tiempo potencial para otros procedimientos quirúrgicos y en consecuencia una reducción de otras listas de espera quirúrgicas realizadas en la Unidad de Cirugía sin Ingreso.
Desde entonces se ha intentado una colaboración coordinada efectiva entre enfermeras y cirujanos oftalmológicos a través de reuniones informales donde se ponía en común diferentes puntos de vista y soluciones, como el protocolo diseñado en 2018.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la utilización de los recursos tanto materiales como personales.
Garantizar los derechos de los usuarios a una atención efectiva.
Conseguir que todo el personal implicado esté al tanto de dicho protocolo y se cumpla de forma rutinaria.
Reducir el tiempo quirúrgico en este procedimiento en concreto y la incidencia de eventos inesperados.

MÉTODO

Las reuniones con los oftalmólogos de córneas continuarán siendo los viernes durante la jornada de quirófano.
Se ha establecido un diagrama de flujo que se entregará a las enfermeras del quirófano implicado en esta técnica y los oftalmólogos de córneas responsables de la realización de la misma, en este diagrama se reflejará quién es responsable de cada paso y con quién se tiene que comunicar. Esto se distribuirá en marzo del 2019.
Se ha creado un checklist pre y post implementación del protocolo, con lo que desde marzo del 2019 se comenzará a recoger la información, a finales de año (2019) se hará un análisis de los resultados del checklist, lo que nos dará información sobre la eficacia de la implementación de dicho protocolo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0845

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROTOCOLO DE EXTRACCION DE ENDOTELIO EN CORNEA DONANTE

INDICADORES

Cumplimiento del protocolo por parte del personal implicado. Objetivo 90%.
Tasa de infecciones postoperatorias relacionadas con la cirugía DMEK
Duración de la extracción del endotelio corneal procedente de córnea donante.

DURACIÓN

Por parte de enfermería:
-Dar a conocer el diagrama de flujo a los oftalmólogos, marzo 2019.
-Modificarlo si es necesario para que se ajuste a la realidad, marzo-abril 2019.
-Recoger la información pertinente en el checklist, todo el año 2019.
Por parte de los oftalmólogos de corneas:
-Recoger la información pertinente en el checklist, todo el año 2019.
-Dar feedback de cambios en la técnica quirúrgica o necesidades materiales, todo el año 2019.
-Recoger información sobre las infecciones relacionadas con el trasplante de endotelial relacionadas con cirugía DMEK, todo el 2019.

OBSERVACIONES

Gracias a la experiencia de otros proyectos de calidad en los que nos hemos visto envuelto se cree necesario que la implicación de cada uno de los miembros de este grupo, que aspiran a dar una mejor calidad a nuestros usuarios, sea máxima y se pueda llevar a cabo durante este 2019 de forma rutinaria.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1512

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES DE RETINA MEDICA MEDIANTE GPS DE LOCALIZACION

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR CALVO PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ MORENO OSCAR
PARDIÑAS BARON MARIA NIEVES
MENDEZ MARTINEZ SILVIA
BARTOL PUYAL FRANCISCO
SIERRA BARRERAS JORGE
GIL RUIZ ROCIO
ARROYO RAMOS ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Confección un protocolo de enfermería
- Formación a todo el personal de enfermería y staff en dicho protocolo, mediante el curso I curso de gestión integral del proceso de la Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE).
- Redacción de un check-list de obligado cumplimiento previo al inicio de la consulta.
- Consensuar con Farmacia, Informática así como enfermería de sala blanca para informatizar los partes quirúrgicos de las inyecciones intravítreas (pendiente de aprobación del último prototipo).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Redacción de un protocolo de enfermería para la preparación de los pacientes de Retina Médica (pendiente de cambios y aprobación por parte de la comisión de calidad de enfermería)
- Confeccionar un check-list para preparar el día anterior la consulta de enfermería pendiente de cambios y aprobación por parte de la comisión de calidad de enfermería)
- Cambiar las agendas para iniciar la consulta con revisiones y no tener las primeras visitas hasta las 11.30am: el cambio será efectivo en las agendas de las consultas de retina médica a partir de abril de 2020.
- Manejo de actuación ante días de alto volumen, con refuerzo a través de personal de enfermería del propio servicio de oftalmología, distribuyendo la actividad de enfermería en oftalmología gracias a la gestión de la coordinadora de enfermería.
- Cambiar la localización de la consulta de pruebas (OCT) para que esté físicamente más cerca de la sala de AV, en la consulta 13, más cercana a la sala de espera (febrero 2020).
- La consulta de visita única (agudeza visual, OCT, examen médico e inyección intravítrea) en una sola visita para el paciente solo se implementará en pacientes que estén más lejos de 60 Km o pacientes reagudizados, en los días que se tenga de disponibilidad del quirófano de salas blancas, ya que no se dispone de la sala todos los días de la semana por razones ajenas al servicio. Actualmente dirección médica está pendiente de aprobar el uso de las salas blancas por parte de oftalmología todos los días de la semana.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente también de la visita del equipo evaluador en febrero 2020 (del 17 al 21) desde Reino Unido que evaluarán los tiempos de consulta con los cambios realizados, así como terminar de implementar los cambios expuestos en el apartado de actividades realizadas y resultados alcanzados mediante el uso de un sistema GPS.

7. OBSERVACIONES.
Se debe tener en cuenta que este acuerdo fue entregado en junio 2019 y que en los tiempos del proyecto para la medición del impacto y de los resultados acaba en junio 2020, como marca en el propio proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1512 ===== ***

Nº de registro: 1512

Título
MEJORA DEL CIRCUITO EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES DE RETINA MEDICA MEDIANTE GPS DE LOCALIZACION

Autores:
CALVO PEREZ PILAR, RUIZ MORENO OSCAR, PARDIÑAS BARON MARIA NIEVES, MENDEZ MARTINEZ SILVIA, BARTOL PUYAL FRANCISCO, SIERRA BARRERAS JORGE, GIL RUIZ ROCIO, ARROYO RAMOS ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1512

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES DE RETINA MEDICA MEDIANTE GPS DE LOCALIZACION

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El volumen de los pacientes de retina médica es cada vez más elevado ya que la edad de los pacientes cada vez es mayor y patologías como la degeneración macular asociada a la edad y el edema macular diabético son cada vez más frecuentes. Gracias a los tratamientos intravítreos hemos convertido a estas patologías en pacientes crónicos, que requieren un número muy elevado de visitas al hospital así como de tratamientos intravítreos (entre 7-9 al año). En las consultas hay días que pasan específicamente estas patologías hasta 4 facultativos, con una media de 25 pacientes cada uno lo que implica cerca de 100 pacientes sólo de retina médica que van a necesitar un trabajo específico de enfermería previo al examen médico (agudeza visual, dilatación pupilar y realización de una prueba llamada OCT -tomografía de coherencia óptica). Es fundamental optimizar un circuito de pacientes protocolizado para agilizar el tiempo de espera en las consultas y que todos los pacientes reciban unos cuidados con los máximos estándares de calidad. Mediante un proyecto de GPS de localización hemos encontrado los puntos clave de mejora que queremos cumplir con este acuerdo de gestión.

RESULTADOS ESPERADOS

- Redacción de un protocolo de enfermería para la preparación de los pacientes de Retina Médica
- Confeccionar un check-list para preparar el día anterior la consulta de Enfermería
- Cambiar las agendas para iniciar la consulta con revisiones y no tener las primeras visitas hasta las 11.30am
- Manejo de actuación ante días de alto volumen, evitar interrupciones, evitar pacientes en los pasillos y ante emergencias como la rotura de alguna máquina de pruebas (OCT)
- Cambiar la localización de la consulta de agudeza visual para que esté físicamente más cerca de la sala de las pruebas (OCT)
- Implementar una consulta de visita única (agudeza visual, OCT, examen médico e inyección intravítrea) en una sola visita para el paciente

MÉTODO

- Confeccionar un protocolo de enfermería
- Formación a todo el personal en dicho protocolo.
- Redacción de un check-list de obligado cumplimiento previo al inicio de la consulta.
- Consensuar con Farmacia, Informática así como enfermería de sala blanca para informatizar los partes quirúrgicos de las inyecciones intravítreas.

INDICADORES

Gracias a un GPS de localización, tenemos los tiempos de espera de los pacientes previos a implementar todos estos cambios. El objetivo va a ser volver a medir todos los tiempos de espera una vez realizado este proyecto y ver si hemos logrado una mejora en la gestión de estos pacientes.

El objetivo es conseguir que la visita médica completa dure menos de 40 minutos. El objetivo secundario será incluir la inyección intravítrea en la misma visita para evitar que el paciente vuelva a venir otro día.

DURACIÓN

Duración proyecto: 1 año
Inicio: junio 2019
Realización protocolo: julio-septiembre 2019
Implementación protocolo: a partir octubre 2019.
Empezar a medir resultados durante 1 año, hasta junio 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0054

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE DICTADO DE INFORMES PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 03/04/2018

2. RESPONSABLE ANGEL ARTAL CORTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se presentó para solicitar una ayuda económica para contratar un sistema de dictado de informes clínicos. Entre las características de este sistema destacan que es "on-line" y que puede ser personalizable para cada servicio e incluso para cada usuario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al no disponer de financiación el proyecto no se ha realizado. No obstante y de forma personal he contratado el servicio y he comenzado a utilizarlo como prueba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La tarea de dictar informes requiere cada vez más tiempo: realización de informes clínicos, solicitud por parte de los pacientes de informes múltiples y reiterados -incapacidad, minusvalía, segundas opiniones, seguros,...-, incorporación progresiva de la historia clínica electrónica) y el personal médico carece de apoyo (personal administrativo) para realizarlo.
Por esto los sistemas informatizados de dictado suponen un avance importante, son muy eficientes en lo que se refiere a la utilización de recursos y su uso se está generalizando. Ya es habitual en servicios centrales como Anatomía patológica o Radiodiagnóstico.
El sistema ensayado no es perfecto, tiene deficiencias en el reconocimiento de algunas palabras y algunas de las características que describe no funcionan adecuadamente.
A pesar de ello considero que es necesario seguir trabajando en ese campo para optimizar el tiempo de los médicos, en este caso del Servicio de Oncología Médica y perseverar en la solicitud de financiación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/54 ===== ***

Nº de registro: 0054

Título
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE DICTADO DE INFORMES PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
ARTAL CORTES ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La actividad de la práctica médica asistencial requiere cada vez más la cumplimentación de informes y de formularios electrónicos. Ello redundará en una mayor calidad de la atención por el registro más fidedigno de la información y por su mayor accesibilidad a través de la intranet.
Ambas actividades de requieren mucho tiempo y precisan un manejo ágil del teclado del ordenador. Derecho en nuestro servicio la demora en la realización de informes no impere no urgentes (por ejemplo informes de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0054

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE DICTADO DE INFORMES PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

éxitus o solicitudes de informes de incapacidad) tiene un retraso considerable.

RESULTADOS ESPERADOS

La posibilidad de utilizar un sistema de reconocimiento de voz para agilizar este proceso permitiría reducir el tiempo que se le dedica y utilizarlo la atención directa de los pacientes.

El proyecto incluiría la implementación de uno de estos sistemas dentro del servicio. Debería ser utilizado tanto en los pacientes hospitalizados como en los atendidos en la consulta de hospital de día y en la consulta externa.

MÉTODO

Es posible, al igual que existe en otros servicios centrales, que poner en marcha un sistema de reconocimiento de voz basado en la web de forma que permita el dictado de informes.

Todos los médicos del servicio tanto de plantilla como residentes podrían utilizar el sistema. Su participación sería voluntaria.

La implementación del programa puede ser global o paulatina de forma que se cree inicialmente un grupo de trabajo formado por médicos que evalúe la utilidad del sistema y sus limitaciones.

INDICADORES

Los indicadores a utilizar para controlar la implementación del programa sería analizar el número de informes realizados, el número de visitas en las que se realicen informes y la demora en su realización (por ejemplo la cumplimentación de informes de éxitus).

DURACIÓN

El proyecto comenzaría en el primer trimestre el año 2017 y se prevé un periodo de 6 meses de edad de adaptación y puesta en marcha definitiva.

OBSERVACIONES

la descripción del proyectos muy somera y no he incluido otros miembros el servicio por limitaciones de tiempo. No obstante, Todos estamos de acuerdo en que en un sistema de estas características es muy necesario para agilizar y mejorar la atención a los pacientes.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0256

1. TÍTULO

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA " HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA "

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS JORDAN BENAVENT
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANADON LAZARO EULALIA
MARTINEZ ALFONSO FATIMA
AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE
GRACIA MARCO PILAR
AGUILAR GIMENO RITA
PALACIN MARTIN PILAR
PALOMAR VALERO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formacion de un grupo interdisciplinar
Revisión bibliográfica sobre el manejo de seguro de fármacos citostáticos
Elaboración de una guía para el manejo de fármacos citostaticos dirigida al personal de enfermería de hospital de día oncología.
Realización de sesiones formativas para el personal de nueva incorporación a la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Existencia de una guía para el manejo de fármacos en el hospital de día oncología.
5 Sesiones formativas realizadas en hospital de día.
20 profesionales de enfermería de hospital de día de nueva incorporación formados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto ha permitido dar solución a una demanda del personal de enfermería que trabaja en hospital de día oncología. Ha servido para acercar posiciones entre enfermería y farmacia y conocer las necesidades y dificultades con las que nos encontramos ambos colectivos en el trabajo diario.
Ha permitido la creación de una guía, que para mantener su utilidad es necesario actualizar de forma periódica.
Las sesiones informativas al personal de nueva incorporación también son necesarias para la formación del personal que llega nuevo a la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/256 ===== ***

Nº de registro: 0256

Título
"SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS, EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA "HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA."

Autores:
JORDAN BENAVENT MARIA JESUS, ANADON LAZARO EULALIA, MARTINEZ ALFONSO FATIMA, AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE, GRACIA MARCO PILAR, AGUILAR GIMENO RITA, PALACIN MARTIN PILAR, PALOMAR VALERO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0256

1. TÍTULO

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA " HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA "

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Formación de profesionales

PROBLEMA

Los errores de medicación y sus consecuencias, constituyen un grave problema de salud pública, con importantes repercusiones, no sólo desde un punto de vista humano, asistencial y económico, sino también porque generan desconfianza de pacientes en el sistema y dañan a los profesionales. Los fármacos antineoplásicos se incluyen dentro del grupo de "medicamentos de alto riesgo" ya que pueden causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esto hace que todo el personal de enfermería involucrado en el manejo de pacientes en tratamiento con quimioterapia debe ser extremadamente competente en el manejo seguro de estos fármacos. En la actualidad se están implantando sistemas que ayudan a los profesionales durante su práctica diaria a minimizar el riesgo de cometer errores. Una manera de mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos de alto riesgo es disponer de protocolos detallados y explícitos específicos de la unidad de enfermería donde se van a aplicar. Los protocolos son especialmente útiles en quimioterapia, ya que los esquemas de tratamiento con estos medicamentos son complejos y cambiantes, lo que facilita la aparición de errores. El uso de protocolos, logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal recién incorporado a la plantilla, pueda realizar de manera segura un proceso que no le resulte familiar. La falta de protocolos estandarizados en la administración de fármacos quimioterápicos en nuestra unidad justifica la necesidad de creación de una guía actualizada y de fácil manejo que haga realidad un proceso de enfermería seguro y eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS

General:

- Desarrollar acciones que promuevan el uso seguro de los fármacos antineoplásicos con el fin de prevenir errores en el proceso de conservación, preparación y administración.

Específicos:

- Unificar criterios de actuación en el manejo seguro de fármacos.
- Diseñar, consensuar e implantar una guía para el manejo de fármacos antineoplásicos por parte del personal de Enfermería que se utilizan habitualmente en el hospital de día de oncología.
- Proporcionar formación al personal de enfermería de nueva incorporación.
- Mejorar las expectativas y satisfacción de los profesionales de Enfermería que se incorporan a la unidad.

MÉTODO

- Formación de un grupo interdisciplinar (Enfermería y Farmacia).
- Revisión bibliográfica sobre la seguridad en el manejo de fármacos antineoplásicos.
- Consenso y elaboración de la guía para el manejo de fármacos en el hospital de día de oncología para el personal de Enfermería.
- Realización de sesiones formativas para el personal de Enfermería de nueva incorporación:
 - Entre los conocimientos y habilidades a adquirir:
 - Los principios básicos de la quimioterapia, incluyendo los mecanismos de acción, métodos de dosificación, planificación y administración.
 - Los efectos adversos y toxicidad asociada a la quimioterapia, incluyendo la identificación temprana, la monitorización continua y los principios de la prevención y del manejo de los mismos.
 - Los principios del manejo seguro de la quimioterapia.
 - La preparación y almacenamiento de la medicación quimioterápica así como las vías de administración.

INDICADORES

- Existencia de una guía para el manejo de fármacos en el Hospital de Día de Oncología para enfermería.
- nº profesionales de enfermería de Hospital de Día que conocen el protocolo/ total de profesionales de enfermería de Hospital de Día.
- nº de sesiones de formación realizadas en el Hospital de Día.
- nº de profesionales de enfermería del Hospital de Día de nueva incorporación formados.

DURACIÓN

- Definición de un grupo interdisciplinar- Octubre 2016
- Revisión bibliográfica - Noviembre-Diciembre 2016
- Elaboración guía - Enero 2017 - Marzo 2017
- Sesiones formativas - Coincidiendo con la nueva incorporación de profesionales (Julio y Diciembre)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACION DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCION) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0256

1. TÍTULO

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA " HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA "

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1429

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS

Fecha de entrada: 29/04/2018

2. RESPONSABLE IÑAKI ALVAREZ BUSTO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARTAL CORTES ANGEL
ORTEGA IZQUIERDO MARIA EUGENIA
MARQUEZ MEDINA DIEGO
POLO MARQUES EDUARDO
COMIN ORCE ANA
NUÑO ALVES ANA
ANTON TORRES ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión base de datos programa prescripción tratamientos oncológicos endovenosos (HOSPIWIN) año 2017.
Análisis cumplimiento tratamiento previsto: incidencias, toxicidad y reducciones de dosis. (en curso)
Revisión bibliográfica y establecimiento relaciones con el Servicio de Geriatria de nuestro Hospital (recientemente implementado), para valorar la selección de test de valoración oncológica más apropiado y establecer las vías de derivación para una valoración por Geriatria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cuantificación del número de pacientes asistidos en Hospital de día oncológico según franjas de edad:
>70 años: 669 pacientes
>75 años: 377 pacientes
>80 años: 159 pacientes.

Revisión bibliografía y test valoración geriátrica.

Análisis necesidades recursos humanos y estructurales para poder desarrollar esta nueva acción con garantías.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha seleccionado la edad >75 años como corte para incluir en valoración geriátrica y atención en consulta de Oncogeriatría.

El número de pacientes > 75 años es de 377 durante 2017. Considerando que al menos debería realizarse una consulta cada 3-4 semanas, y que el tiempo necesario de una primera visita sería 60 minutos y una revisión 25 minutos, implicaría disponer de 4 consultas semanales dedicadas a estos pacientes.

La implicación de enfermería es crucial para sacar adelante el proyecto.

Dada la gran presión asistencial y la falta de despachos en Hospital de Día, es imprescindible dotar de personal de enfermería (1 enfermera y una auxiliar de enfermería) y espacios adecuados (2 despachos contiguos) antes de comenzar la actividad. Como alternativa a la falta de espacio, proponemos habilitar consultas en jornada de tardes hasta que se solucione el problema.

La revisión bibliográfica y selección test de valoración geriátrica ya esta realizada y refuerza la necesidad de implementar cuanto antes esta nueva actividad.

Se valorará en su momento la necesidad de contratar (1/2 jornada) un oncólogo que de apoyo a todas las actividades previstas.

7. OBSERVACIONES.

Guallart Calvo Reyes que era supervisora de enfermería del Hospital de Día de Oncología ha sido trasladada en el último concurso y ha abandonado el proyecto. No ha sido nombrada su sustituta hasta hace unos días, por lo que se ha retrasado la formación geriátrica a enfermería.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1429 ===== ***

Nº de registro: 1429

Título
IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS

Autores:
ANTON TORRES ANTONIO, ARTAL CORTES ANGEL, ALVAREZ IÑAKI, ORTEGA IZQUIERDO EUGENIA, MARQUEZ MEDINA DIEGO, COMIN ORCE ANA, NUÑO ALVES ANA, GUALLART CALVO MARIA REYES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1429

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS

Edad: Ancianos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Adaptar los tratamientos oncológicos a la vulnerabilidad de los pacientes según la edad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes oncológicos cada vez son más añosos. Una de las principales causas del incremento de la incidencia del cáncer es el envejecimiento. Aragón tiene una de las mayores esperanzas de vida al nacer del Estado Español. Los tratamientos oncológicos, sobre todo la quimioterapia, aumento sus efectos adversos conforme se incrementa la edad. Muchas funciones vitales, están deterioradas por el propio envejecimiento, como es el caso de la función renal, donde la edad es un componente crítico a la hora de calcular el aclaramiento renal. Esta situación, hace que tengamos que ser muy cuidadosos a la hora de seleccionar que pacientes se pueden beneficiar de recibir un tratamiento con quimioterapia. Actualmente hay publicaciones en las que se demuestra la utilidad de realizar una valoración geriátrica mínima, para seleccionar estos pacientes y poder prever los posibles beneficios / riesgos de los diferentes tratamientos oncológicos

RESULTADOS ESPERADOS
Analizar de forma retrospectiva el impacto de la edad en el beneficio / riesgo de los tratamientos oncológicos, haciendo hincapié en la quimioterapia. Revisaremos el número de tratamientos realizados según diferentes edades: > 70 años; >75 años y >80 años, con la intención de analizar la importancia del tema. Para ello, usaremos la base de datos del programa de prescripción de quimioterapia intravenosa (Hospipwin) y revisaremos los datos de prescripción de fármacos orales (Pacientes externos) del Servicio de Farmacia. Revisar la literatura más reciente al respecto y seleccionar los test más adecuados para detectar los niveles de riesgo. Por último, implementar dichos test en la población anciana seleccionada, para determinar prospectivamente el riesgo de complicaciones y tomar decisiones respecto a la utilidad de los tratamientos oncológicos.

MÉTODO
Valoración geriátrica mínima en todos los pacientes mayores de 75 años que sean vistos por el Servicio de Oncología y vayan a recibir tratamiento con quimioterapia. Revisión bases de datos prescripción quimioterapia del Servicio de Oncología Médica, de los 2-3 últimos años (2014-2016) para valorar el impacto de la edad en oncología. Revisar la bibliografía más reciente para seleccionar los test más adecuados para ayudarnos en la proyección del riesgo / beneficio del tratamiento oncológico en estos pacientes. Establecer una consulta específica de Oncogeriatría, en la que se atenderían los pacientes oncológicos >75 años y en la que se realizaría la evaluación geriátrica mínima, para la toma de decisiones. Esta consulta necesitaría el apoyo de personal de enfermería entrenado para realizar los test.

INDICADORES
Numero de pacientes >75 años vistos en la consulta de Oncogeriatría / N° pacientes >75 años totales vistos en Oncología. El primer año, estableceríamos el 50% como objetivo, que debería ser del 75% en el 2º año.

DURACIÓN
Análisis retrospectivo (3 meses): Irene Torres, Ana Comín, Pilar Felices y Ana Nuño, liderados por Ángel Artal y Antonio Antón.
Revisión bibliográfica y selección test (3 meses): Iñaki Álvarez, Diego Márquez, Eugenia Ortega, Eduardo Polo, Ángel Artal y Antonio Antón.
Formación enfermería en geriatría (1 mes)
Fase prospectiva: Ultimo trimestre 2017. Incorporación enfermera con formación en geriatría y puesta en marcha consulta Oncogeriatría: Dres. Iñaki Álvarez y Eugenia Ortega

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1430

1. TÍTULO

UNIDAD FUNCIONAL TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

Fecha de entrada: 29/04/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO ANTON TORRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ TRUFERO JAVIER
ORTEGA IZQUIERDO MARIA EUGENIA
LANZUELA VALERO MANUELA
TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión conjunta con el Servicio de Oncología Radioterapica para analizar la situación actual en nuestro centro y valorar oportunidades de mejora.
Visita conjunta (Oncología Médica y Radioterápica) al ICO Bellvitge (Barcelona) para conocer el funcionamiento y experiencia de la Unidad Funcional de tumores de cabeza y cuello de ese centro.
Redacción propuesta funcionamiento "Consulta conjunta primeros días" de los Servicios de Oncología Médica y Oncología Radioterapica.
Redacción propuesta "seguimiento pacientes con tumores de cabeza y cuello", para revisar de forma secuencial a los pacientes que han finalizado el tratamiento y evitar duplicidades y excesivo número de visitas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Visita a la Unidad Funcional de tumores de cabeza y cuello del ICO Bellvitge.
Redacción proyecto.
Análisis para desarrollar los cambios pertinentes para poder unificar la consulta de primeros días y seguimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora a realizado el análisis y propuesta de la Unidad de tumores de cabeza y cuello conjunta interservicios (Oncología Médica y Radioterápica)
La Dra. Manuela Lanzuela ha abandonado el proyecto, al ser nombrada Subdirectora Médica de nuestro Hospital.
Los ajustes internos del Servicio de Oncología Radioterapica han provocado retrasos y desajustes en la ejecución de la propuesta.
Dudas y dificultades para modificar las agendas actuales de los dos servicios implicados y encontrar un día a la semana donde poder coincidir las consultas y continuar con el desarrollo del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Esperamos poder superar todos estos inconvenientes e intentar la puesta en marcha de la consulta única de primeros días a lo largo de estos próximos meses.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1430 ===== ***

Nº de registro: 1430

Título
UNIDAD FUNCIONAL TUMORES CABEZA Y CUELLO

Autores:
ANTON TORRES ANTONIO, TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN, MARTINEZ TRUFERO JAVIER, ORTEGA IZQUIERDO EUGENIA, LANZUELA VALERO MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Pacientes con tumores de cabeza y cuello
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1430

1. TÍTULO

UNIDAD FUNCIONAL TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

PROBLEMA

Los pacientes diagnosticados de tumores de cabeza y cuello, representan un número importante en la actividad asistencial de ambos Servicios (Oncología Médica y Radioterápica). Un número cada vez mayor, requieren ser tratados con quimioterapia y radioterapia de forma concomitante o secuencial. Cuando estos pacientes son derivados desde los Servicios quirúrgicos: ORL y Cirugía Maxilofacial, tras ser comentados en el Comité de Tumores, conlleva realizar 2 citaciones de primer día, una en Oncología Médica y otra en Oncología Radioterápica. En muchas ocasiones, cuando es visto en un servicio, todavía no ha sido visto en el otro, lo que conlleva grandes dificultades organizativas y de coordinación, pudiendo incluso llegar a "extraviarse" algún paciente. Igualmente, una vez finalizados los diferentes tratamientos, el seguimiento de estos pacientes es realizado en los dos Servicios, además de en los Servicios quirúrgicos correspondientes. Esta situación, en ocasiones duplica exploraciones y visitas.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer una Unidad Funcional Oncológica de Tumores de Cabeza y Cuello, en la que estos pacientes serían vistos de primer día de forma conjunta por las dos especialidades, evitando discrepancias y descoordinación en el planteamiento terapéutico. Se evitaría duplicar las visitas a estos pacientes (solo un primer día y no dos) y se intentaría coordinar el inicio del tratamiento. Así mismo, y en dependencia de las dificultades para comenzar el tratamiento RT (listas de espera), indicaríamos la posibilidad de comenzar con quimioterapia de inducción, previa a la RT, dependiendo de la situación y urgencia de cada una de las situaciones. Posteriormente, plantearemos continuar con un seguimiento (revisiones) coordinado (alternante) para evitar duplicaciones de visitas y exploraciones y si se diera la oportunidad, que fuese en un área común y con agendas unificadas.

MÉTODO

Creación agenda única para visitar a este tipo de pacientes, en el que habría espacio para las visitas y para seguimiento.

Uso de 2 despachos contiguos en consultas externas: uno de ellos perteneciente a oncología médica y el otro a oncología radioterápica.

Designar "responsable" cuya función será citar las las visitas, revisar el correcto funcionamiento de la Unidad, realizar la memoria anual y reunirse con los responsables de los Servicios de Oncología Médica y Radioterápica para mantenerles informados de la actividad y posibles necesidades.

Creación Unidad Funcional de Oncología Médica y Oncología Radioterápica para atender a este tipo de pacientes (Pacientes oncológicos diagnosticados de tumores de cabeza y cuello) de forma unificada y coordinada, tanto para los primeros días, como para el seguimiento.

INDICADORES

Numero las visitas de tumores de cabeza y cuello en la Unidad Funcional / Numero de las visitas de cabeza y cuello vistos en cada servicio.

DURACIÓN

Planteamiento consulta conjunta previa visita al ICO para valorar su programa de Unidades Funcionales (Tumores de Cabeza y Cuello - TCC) a finales del mes de junio 2017.

Selección ubicación ambos despachos, donde se llevará a cabo las visitas.

Formación personal auxiliar en la dinámica de la consulta.

Creación agenda única unidad funcional TCC (septiembre 2017)

Carta informativa a los diferentes Servicios del Hospital, informándoles de la creación de esta Unidad Funcional y del inicio de su actividad a partir del 1 de octubre 2017.

OBSERVACIONES

Los despachos y auxiliares de enfermería ya existen en cada Servicio. Hay que realizar los ajustes necesarios para que coincidan en el tiempo ambas consultas.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1121

1. TÍTULO

PROGRAMA ACOGIDA PERSONAL ENFERMERIA NUEVA INCORPORACION A ONCOLOGIA MEDICA, EDUCACION EN MANEJO DE CITOSTATICOS Y COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS ENTRE UNIDADES (H. DE DIA/HOSPITALIZACION)

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE LORENA MORALES HIJAZO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ CASTRO BELEN
GRIMA CAMPOS LAURA
LASALA VILLA MARIA CRISTINA
CRISTOBAL MERCADO CRISTINA
AGUILAR GIMENO RITA
MUÑO LIDON MARIA SOLEDAD
MAJAN GUERRERO MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2019 y siguiendo el calendario prefijado:

1- Se llevaron a cabo 2 sesiones formativas sobre las tareas específicas de la unidad (aspectos teóricos y prácticos) dirigidas al personal de nueva incorporación tanto en la categoría de enfermería como en TCAE.

Al inicio de la formación se pidió que rellenaran un cuestionario con preguntas multi respuesta siendo solo una la correcta. Tras la formación se pidió que lo rellenaran de nuevo, así como la encuesta de satisfacción para poder comparar y valorar si la formación había sido efectiva.

2- Simultáneamente se trabajó, en el caso de enfermería, en la realización de tarjetas tipo kanban con información clave para que el personal de nueva incorporación tuviera un apoyo siempre a mano, complementando la guía de administración de fármacos quimioterápicos que también les entregamos a su llegada (también disponible en la intranet del hospital).

Para el personal TCAE se elaboraron 2 guías cortas, que resumen la información necesaria para desempeñar de manera efectiva las tareas propias de la unidad. Una específica para TCAE de consulta y otra para TCAE de sala.

3- Al mismo tiempo, y debido a la incompatibilidad informática del registro de medicación administrada, se diseñó una gráfica de enfermería que garantizase la continuidad de cuidados desde su paso por hospital de día hasta su ingreso en planta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el personal de enfermería formado el resultado del cuestionario inicial fue 58,3% de aciertos, mejorando hasta el 88,6% tras la formación.

En el caso de TCAE los resultados preformación fueron 69,3% de aciertos, siendo el 88,6% el resultado final.

Presencias: 100% (N=7 enfermeras y N=6 TCAE)

Las respuestas del cuestionario a nivel individual superaron en ambas categorías el 80% que fue el objetivo planteado.

Las tarjetas con información clave se repartieron a todo el personal que tenía que prestar servicios en la unidad independientemente del tiempo de estancia: 100%.

Las encuestas de satisfacción se rellenaron una vez terminada la formación y tras el cumplimiento del cuestionario. La satisfacción fue un 95% en enfermería y un 100% en las TCAE 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con los resultados obtenidos queda evidenciada la importancia de la formación en servicios donde se practican cuidados tan específicos, permitiendo además unificar criterios de actuación con el fin de fomentar la confianza del personal pudiendo centrarse en su trabajo de una manera mas efectiva llegando a proporcionar cuidados más holísticos contribuyendo a garantizar la seguridad del paciente.

La incompatibilidad informática hace que sea necesario el diseño de herramientas que favorezcan la continuidad de cuidados a lo largo del proceso por el que pasa el paciente.

Reconsideramos la opción de implantar el nuevo documento creado para el registro de los cuidados de enfermería y continuidad de los mismos, dado que estamos esperando la instauración del uso de la Historia Clínica Electrónica se establece que en este momento la forma de registrar la administración de fármacos y continuidad de cuidados en pacientes tratados en hospital de día y que requieren posterior ingreso en planta, será en el documento de observación de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1121 ===== ***

Nº de registro: 1121

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1121

1. TÍTULO

PROGRAMA ACOGIDA PERSONAL ENFERMERIA NUEVA INCORPORACION A ONCOLOGIA MEDICA, EDUCACION EN MANEJO DE CITOSTATICOS Y COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS ENTRE UNIDADES (H. DE DIA/HOSPITALIZACION)

Título

PROGRAMA ACOGIDA PERSONAL ENFERMERIA NUEVA INCORPORACION A ONCOLOGIA MEDICA, EDUCACION EN MANEJO DE CITOSTATICOS Y COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS ENTRE UNIDADES (H. DE DIA/HOSPITALIZACION)

Autores:

MORALES HIJAZO LORENA, FERNANDEZ CASTRO BELEN, GRIMA CAMPOS LAURA, LASALA VILLA MARIA CRISTINA, CRISTOBAL MERCADO CRISTINA, AGUILAR GIMENO RITA, MUÑO LIDON MARIA SOLEDAD, MAJAN GUERRERO MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Enfermería Oncológica debe basarse en estándares de Calidad y Seguridad del paciente, a fin de ofrecer una atención óptima y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos cuidados de enfermería especializados. Para poder ofrecer una atención estandarizada, se hace necesaria la creación de programas de acogida al personal de nueva incorporación, tanto en relación al manejo de citostáticos, como para su administración y eliminación, así como en la continuidad de cuidados del paciente en caso de requerir ingreso durante su tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

- El objetivo principal es el formar adecuadamente al personal tanto de enfermería como TCAE de nueva incorporación al Servicio de Oncología Médica del HUMS.
- Garantizar una asistencia óptima a los pacientes oncológicos evitando errores para garantizar su seguridad, así como reducir el grado de ansiedad generado en el personal al incorporarse al servicio garantizando con ello una mejor acogida.

MÉTODO

- Preparar dos sesiones formativas para el personal de enfermería que incluya:
Sesión 1: Recorrido y dinámica del paciente que acude a tratarse al hospital de día (dirigidas al personal de HD).
Sesión 2: Manejo de fármacos administrados en Oncología, haciendo especial hincapié en aquellos en los que se considere que puedan requerir más complicación de aprendizaje, como actuar en caso de urgencia y/o extravasación (dirigidas al personal de Hospital de día y hospitalización).
- Preparar dos sesiones formativas para el personal TCAE que incluya:
Sesión 1: Funciones generales del personal tanto en hospital de día como en consultas (dirigidas al personal de HD).
Sesión 2: Manejo de citostáticos, eliminación, excretas, derrame... modo de actuación en cada caso (dirigidas al personal de Hospital de día y hospitalización).
- Evaluar el conocimiento adquirido durante las sesiones impartidas al finalizar.
- Diseñar un tríptico/diptico que recoja la información más relevante y que sirva de apoyo para el personal TCAE de Hospital de día.
Realizar una tarjeta de información clave esquematizada para poder dar apoyo en caso de duda al personal de enfermería.
- Diseñar una gráfica de seguimiento del tratamiento quimioterápico, de manera que haya una continuidad de cuidados entre hospital de día y planta de oncología. La enfermera que atiende al paciente registrará en esta gráfica todo tratamiento quimioterápico que se vaya a administrar. Esta gráfica además, se rellenará cada vez que reciba quimioterapia en la planta de oncología para poder llevar un control más específico garantizando la máxima seguridad.
Elaborar una encuesta que deberá completar el personal formado al final del programa para evaluar su grado de satisfacción con el mismo.

INDICADORES

- Sesiones formativas. El indicador será nº de sesiones impartidas/nº de sesiones previstas según destino de trabajo (HD o planta) X 100. El dato se comprobará consultando los registros de las supervisoras. Se considera adecuado que este indicador sea del 80%
- Tríptico informativo, tarjeta informativa y gráfica de tratamiento. Se comprobará que se han realizado consultando a las Supervisoras. El indicador será nº de documentos elaborados/3 x 100. Este indicador deberá

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1121

1. TÍTULO

PROGRAMA ACOGIDA PERSONAL ENFERMERIA NUEVA INCORPORACION A ONCOLOGIA MEDICA, EDUCACION EN MANEJO DE CITOSTATICOS Y COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS ENTRE UNIDADES (H. DE DIA/HOSPITALIZACION)

ser del 100%.

- Encuesta de satisfacción del personal de nueva incorporación (enfermería y TCAE) con la formación y apoyo recibido. Constará de 5 preguntas con 2 opciones: satisfecho/no satisfecho. Se considerará satisfecho el presentar 3 o más respuestas con resultado de satisfecho. El indicador será nº de personal con resultado satisfecho/nº personal total formado x 100. Se considerará un resultado óptimo que el 80% de los asistentes esté satisfecho.

- Evaluación mediante prueba escrita con 10 preguntas y cuatro opciones como respuestas, con una de 1 de ellas correcta, sobre el tema tratado.

El indicador será el nº de preguntas acertadas/ nº total preguntas formuladas x 100. Se considerará un resultado óptimo que el 80% de las preguntas sean correctas de manera individual.

DURACIÓN

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora. Belén Fernández Castro y Cristina Lasala Villa. Inicio:1/1/19 Fin: 15/04/19

2. Preparación de las sesiones (contenido, personal docente). Laura Grima Campos. Rita Aguilar Gimeno, Belén Fernández Castro, Lorena Morales Hijazo, M^a Soledad Muñio Lidón y Mar Majan Guerrero. Inicio: 1-1-19 Fin: 31-3-19

3. Elaboración de las tarjetas y trípticos.

Tarjetas: 1º semestre 2019 Responsable: Laura Grima Campos y Lorena Morales Hijazo.

Triptico: 1º semestre 2019 Responsable: Belén Fernández Castro, M^a Soledad Muñio Lidon y Mar Majan Guerrero

4. Elaboración de la gráfica de fármacos.

1º semestre 2019 Responsable: Cristina Lasala Villa y Cristina Cristobal Mercado.

5. Impartir sesiones formativas y Evaluación: 16-4-19 al 31-12-19. Laura Grima Campos. Rita Aguilar Gimeno, Belén Fernández Castro Lorena Morales Hijazo, M^a Soledad Muñio Lidon y Mar Majan Guerrero.

6. Evaluar satisfacción: Lorena Morales Hijazo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1175

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE IÑAKI ALVAREZ BUSTO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTON TORRES ANTONIO
ORTEGA EUGENIA
LASALA VILLA MARIA CRISTINA
FERNANDEZ CASTRO BELEN
PEREZ ISABEL
TARAZONA MARTA
GURRUTXAGA SOTES IBON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 y de acuerdo con el calendario prefijado se han elaborado dos documentos (hoja informativa y tarjeta) para pacientes en tratamiento inmunoterápico que están disponibles para su uso en la intranet del servicio y se reparten de forma habitual en las consultas.
También se han realizado las dos sesiones formativas en inmunoterapia para personal no médico, los días 20 y 22 de Noviembre de 2019
Finalmente, se han identificado los pacientes en tratamiento con inmunoterapia a través del programa informático de farmacia Hospiwin pero todavía no se han empezado a introducir en el registro, lo que esperamos hacer en los próximos meses.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Documentos pacientes: confirmación, al final del proyecto, de que se han elaborado los dos documentos (hoja informativa y tarjeta) y que están disponibles para su uso consultando la intranet del Servicio. CUMPLIMENTADO 100%. Los documentos están ya en la intranet del servicio y se reparten de forma habitual en las consultas.
2. Formación personal no médico: Número de sesiones formativas en inmunoterapia organizadas/año. El objetivo es realizar al menos dos. CUMPLIMENTADO 100%. Se han realizado dos sesiones formativas (los días 20 y 22 de Noviembre de 2019
3. Creación registro pacientes que reciben inmunoterapia. Se comprobará consultando el número de tratamientos prescritos mediante el programa informático HOSPIWIN y el número de registros realizados en el Servicio donde deberá existir un excell con el listado.
Se han identificado los pacientes a través del programa informático de farmacia Hospiwin pero todavía no se han empezado a introducir en el registro, lo que esperamos hacer en los próximos meses. CUMPLIMENTACIÓN: 50%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han conseguido los objetivos fundamentales del proyecto el cual además ha tenido una muy buena acogida por parte del resto de integrantes del Servicio quienes han valorado la iniciativa muy positivamente por lo que en el equipo de mejora estamos satisfechos. Ha quedado pendiente, aunque confiamos en poder ponerlo en marcha en los próximos meses, la creación del registro de pacientes que reciben tratamiento con inmunoterapia aunque sí tenemos identificados a los pacientes gracias al programa de prescripción farmacológica Hospiwin. A lo largo de este año tenemos intención de elaborar un nuevo programa, continuación de el presente, para seguir mejorando la calidad asistencial de estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1175 ===== ***

Nº de registro: 1175

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA A PACIENTES CON CANCER QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

Autores:
ALVAREZ BUSTO IÑAKI, ANTON TORRES ANTONIO, ORTEGA EUGENIA, LASALA VILLA MARIA CRISTINA, FERNANDEZ CASTRO BELEN, PEREZ ISABEL, TARAZONA MARTA, GURRUTXAGA SOTES IBON

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1175

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años se están produciendo importantes avances en el conocimiento del cáncer lo que está condicionado cambios en sus tratamientos. En especial, se ha implantado la inmunoterapia la cual ha demostrado ser eficaz en una gran variedad de tumores y cuyas indicaciones siguen aumentando año tras año. Su incorporación a nuestro arsenal terapéutico con su diferente y específico mecanismo de acción ha supuesto un reto no sólo ya para los Oncólogos sino también para los pacientes ya que sus efectos adversos difieren de los de otros tratamientos disponibles tales como la quimioterapia. Estos efectos adversos son en su mayoría leves pero ocasionalmente pueden ser graves e incluso mortales por lo que su pronta identificación y tratamiento específico son esenciales. El reconocimiento precoz y manejo óptimo de estos efectos adversos es imprescindible para que la balanza riesgo-beneficio resulte favorable.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo final del proyecto es la creación de mecanismos que garanticen un adecuado manejo de los efectos adversos de los pacientes oncológicos que reciben tratamiento con inmunoterapia en el Servicio de Oncología Médica del HUMS de Zaragoza y preserven su seguridad. En el mismo se van a implicar los Oncólogos, las Enfermeras tanto de hospital de día como de hospitalización así como a las Coordinadoras de ensayos clínicos.

MÉTODO

Las acciones previstas son:

1- Documentos pacientes:

- Elaboración de una hoja de información sobre los efectos adversos inmunorelacionados que se entregará a todo paciente que reciba tratamiento con inmunoterapia en nuestro Servicio. En la misma se le indicarán unas pautas básicas de actuación ante la aparición de alguno de ellos así como el teléfono de contacto de la consulta de enfermería de hospital de día para que lo emplee en caso necesario.
- Creación de una tarjeta identificativa de tamaño cartera que se entregará a los pacientes en la que se especificará el tipo concreto de esquema de tratamiento que lleva así como breve recordatorio de los efectos adversos más frecuentes que puede presentar. Se añadirá también una pauta de tratamiento que se podría indicar en un Servicio de Urgencias en caso de toxicidad grave y/o amenazante para la vida.

Cuando estén elaborados y validados por todo el Servicio ambos documentos se colgarán en la intranet del Servicio.

2- Formación en efectos adversos inmunorrelacionados a todo el personal no médico del Servicio para su mejor conocimiento y así aumentar las posibilidades de detección precoz y tratamiento en grados más leves de los mismos.

3-Creación de un registro de pacientes en tratamiento con inmunoterapia con el fin de poder analizar en el futuro los datos de toxicidad y eficacia en la práctica asistencial habitual y ver si se ajustan a los estándares de los ensayos clínicos.

INDICADORES

- Documentos pacientes: confirmación, al final del proyecto, de que se han elaborado los dos documentos (hoja informativa y tarjeta) y que están disponibles para su uso consultando la intranet del Servicio.
- Formación personal no médico: Número de sesiones formativas en inmunoterapia organizadas/año. Esto se comprobará consultando el registro de sesiones del Servicio. El objetivo es realizar al menos dos.
- Creación registro pacientes que reciben inmunoterapia. Se comprobará consultando el número de tratamientos prescritos mediante el programa informático HOSPIWIN y el número de registros realizados en el Servicio donde deberá existir un excell con el listado.
- Recogida de datos mínimos de cada uno de los pacientes registrados: El objetivo será que al menos esten reflejados los siguientes datos: nombre, número de historia clínica, edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal, tipo de tumor, estadio, indicación del tratamiento (adyuvancia, n° de línea de enfermedad metastásica), fármaco/s empleados, recursos hospitalarios utilizados: visitas a Urgencias y número de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1175

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

ingresos hospitalarios por toxicidad.

- Los indicadores serán:

- N° de pacientes registrados / N° pacientes totales tratados con inmunoterapia x 100. Se considerará un buen estándar que se registre prospectivamente el 80% de los casos tratados.

- n° campos completados del registro / n° campos totales x 100. Se considerará un buen estándar que estén completados al menos el 80% de los datos.

DURACIÓN

- Documentación pacientes: Dra. Ortega, Dr. Gurrutxaga, Dr. Álvarez, Cristina Lasala Villa, Belén Fernández, Isabel Pérez, Dr. Antón. Inicio 1-1-19 Fin: 30-4-19.

- Sesiones formativas: Dra. Ortega, Dr. Gurrutxaga, Dr. Álvarez, Dr. Antón. Inicio: 1-5-9. Fin: 31-12-19.

- Registro: Marta Tarazona, Dr. Gurrutxaga. Dra. Ortega, Dr. Álvarez, Dr. Antón. Inicio: 1-1-9. Fin: 31-12-19.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0296

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE AGUSTINA MENDEZ VILLAMON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA GIMENO BLANCA
PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR
PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL
BORDONADA MARTINEZ CHRISTIAN
VAZQUEZ FERNANDEZ JAGOBA
MUÑOZ SAENZ ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

* Actualización de procedimientos operativos.
* incorporación de nuevas instrucciones adaptadas a las necesidades de trabajo
* Inicio del análisis de riesgos en el Sº de Oncología Radioterápica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cumplimiento de objetivos: Aplicación de tratamientos con boost integrado en tratamientos de cabeza y cuello .
Certificación UNE en ISO 9001 en 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente seguir desarrollando análisis de riesgos creando un grupo de trabajo para poder desarrollarlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/296 ===== ***

Nº de registro: 0296

Título
MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

Autores:
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR, MIRANDA BURGOS ANABELA, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, MUÑOZ SAENZ ENCARNA, ARRABAL MARTINEZ YOLANDA, GIL MARTINEZ PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma UNE-EN ISO 9001 desde el año 2012
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del Servicio de Oncología Radioterápica para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0296

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

Nuestro plantenamiento es: Desarrollar las áreas de mejora detectadas en la Auditoria interna de 17/03/2016 y Rev por la Dirección (28-04-2016).

RESULTADOS ESPERADOS

Inclusión en todos los consentimientos informados, la autorización del paciente para ser filmado o fotografiado. Desarrollar un check-List de seguridad (firmado por el profesional que lo cumplimenta) a los procedimientos de braquiterapia y RIO
Elaboración de una hoja de solicitud de tratamiento RT informatizada a través de HP-Doctor para la cumplimentación por parte de los servicios peticionarios, desarrollandola inicialmente con el S° de Urología

MÉTODO

- Se revisaran los consentimientos informados y se añadira en todos ellos: la autorización del paciente para ser filmado o fotografiado. Así como en los de nueva creación. Responsable: Dra. Puertas
- Check-List de seguridad para RIO. Responsable: Cristina Vazquez
- Check-List de seguridad para Braquiterapia Ginecológica Responsable: Dra. Miranda.
- Check-List de seguridad para Braquiterapia prostática LDR Responsable: Yolanda Arrabal
- Elaboración de una hoja de solicitud de tratamiento RT informatizada a través de HP-Doctor para la cumplimentación por parte de los servicios peticionarios, desarrollandola inicialmente con la colaboración del el S° de Urología. Responsable Dra. Méndez

INDICADORES

- Consentimientos informados el indicador será que el 100% de los consentimientos informados esten actualizados en un periodo de 6 meses.
 - Check-List de seguridad para RIO.El indicador sera la realización del mismo y puesta en marcha.
 - Check-List de seguridad para Braquiterapia prostática LDR sera la realización del mismo y puesta en marcha
 - Check-List de seguridad para Braquiterapia ginecologica sera la realización del mismo y puesta en marcha.
 - Elaboración de una hoja de solicitud de tratamiento RT informatizada a través de HP-Doctor el indicador será la creación y puesta en marcha en colaboración con el S° de Urología
- La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Auditoria interna: Febrero/abril 2017

Revision por la Direccion: Abril 2017

Auditoria Externa: mayo/junio 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Seguimiento semestral

-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR PUERTAS VALIÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA
JIMENEZ ALBERICIO JAVIER
GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA
BORDONABA MARTINEZ CRISTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de protocolo de utilización del sistema Body-FIX
Sesiones de formación al personal de su utilización.

Aplicación del sistema a otras localizaciones corporales (SBRT próstata).

Enero 2016: Puesta en marcha de la técnica, con formación del personal. La formación afecta a todas las etapas del ttº radioterápico. En la etapa de localización el estudio de TAC debe realizarse con unos parámetros específicos que garanticen la reproducibilidad de la posición del paciente y minimicen la incertidumbre en los cálculos dosimétricos. Se trata de un estudio de TC 4D que, mediante varias adquisiciones de imagen durante el ciclo respiratorio recoge las variaciones de la posición de los volúmenes a tratar producidas por la respiración del paciente. En la planificación médica se introducen nuevos fraccionamientos de dosis que implican nuevos límites de dosis y nuevos tejidos a tener en cuenta en el contorneo de órganos de riesgo. Además las estructuras involucradas en la inmovilización del paciente han de incorporarse igualmente en la planificación del tratamiento. La dosimetría clínica resulta más compleja debido a que las altas dosis por fracción impartidas conllevarían con técnicas convencionales altas dosis periféricas que superarían los límites de dosis impuestos por los órganos de riesgo. Se hacen necesarias más incidencias del haz de radiación y un uso más frecuente del giro de mesa. En la etapa de puesta en marcha y en la de administración del tratamiento las variantes del ttº con respecto a los ttºs convencionales deben ser atendidas con especial cuidado. Así la correcta posición del paciente se comprueba mediante comparación de imágenes de cone beam CT adquiridas en el instante previo al ttº con las imágenes de planificación. Las correcciones en la posición del paciente se llevan a cabo según un protocolo de IGRT on line. Los giros de mesa requieren la intervención del personal técnico durante el ttº. Además la envergadura los inmovilizadores utilizados supone una limitación en la realización de cierto movimientos del acelerador lineal de electrones, lo que requiere de especial pericia por parte del personal técnico involucrado. Realización en nuestro Centro de la técnica de SBRT: radioterapia extereotáctica extracraneal, aplicada a tumores y metástasis pulmonares.

Se ha realizado una base de datos en relación con ésta técnica, dónde además de datos relacionados con el paciente y antecedentes, se recogen datos en relación con la planificación realizada, número de campos, volúmenes tumorales irradiados, dosis medias, máximas y mínimas, así como datos de puesta en marcha en el acelerador. Todo ello nos permite registrar las variabilidades diarias en la colocación del paciente, calcularlas y corregirlas antes del tratamiento en cada sesión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Diciembre 2016: Durante el tiempo del proyecto previsto, se ha llevado a cabo la realización de la técnica SBRT pulmonar en 15 pacientes, a lo largo del 2016.

Los tiempos de ejecución del ttº son más largos que un ttº estándar, requiriendo aproximadamente 30-45 min por paciente, variable según el fraccionamiento utilizado y número de sesiones.

La implantación de esta técnica nos ha permitido tratar a los pacientes en nuestro centro, evitando la derivación a otras Comunidades Autónomas, lo cual satisface enormemente a los pacientes oncológicos, y evidentemente, supone un ahorro en cuanto a derivaciones.

Tras la revisión de incidencias se realiza un protocolo para guardar los cojines personalizados de vacío BlueBAG Bodyfix

OBJETIVO 1	Elaboración de un protocolo de utilización		
INDICADOR 1	SÍ / NO		
Periodicidad	Única	Responsable	Dra. Puertas Valiño
Fecha Seguimiento	Resultado Seguimiento		
Enero 2016	SÍ		
OBJETIVO 2	Sesiones de formación		
INDICADOR 2	SÍ / NO		
Periodicidad	Única	Responsable	
Fecha Seguimiento	Resultado Seguimiento		
Enero 2016	SÍ		
OBJETIVO 3	Empleo del sistema SYMMETRY		

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

INDICADOR 3	% Pacientes de SBRT PULMONAR con SYMMETRY	
Periodicidad	Semestral	Responsable
Fecha Seguimiento	Resultado Seguimiento	
Julio 2016	100 %	
Enero 2017	100 %	
OBJETIVO 4	Precisión y seguridad en el tratamiento de SBRT PULMONAR	
Periodicidad	Anual	Responsable
Fecha Seguimiento	Resultado Seguimiento	
Enero 2017	100 %	
INDICADOR 4.2	% Dosimetrías clínicas cuyos valores de interés han sido registrados en la base de datos	
Periodicidad	Anual	Responsable
Fecha Seguimiento	Resultado Seguimiento	
Enero 2017	100 %	

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La técnica está, actualmente, establecida en nuestro centro y se ha convertido en un ttº estándar de amplio uso e indicación para los tumores pulmonares T1-T2N0 y metástasis pulmonares, en casos dónde se contraindica o rechaza cirugía.

Existe conocimiento de su utilidad e indicaciones en el Comité de Tumores Torácicos, por lo que es una técnica indicada y ofrecida a los pacientes por cualquiera de los especialistas que asisten a estos pacientes, así como desde otros hospitales de la Comunidad (HCU, Hospital de Alcañiz).

Este proyecto de puesta en marcha de la técnica y su implementación nos ha permitido participar en estudios con el Grupo Español de SBRT pulmonar, con resultados muy similares al resto de hospitales.

Conjuntamente, se ha desarrollado unos protocolos de utilización del sistema y de la técnica de SBRT, de amplio uso en nuestro servicio en la actualidad.

PROBLEMAS DETECTADOS EN SU DESARROLLO

1. Dificultades asociadas a la modificación en la forma habitual de actuación, con requerimiento de mayor preparación del personal, todo ello llevado además de la realización del trabajo diario, con iguales medios físicos y humanos.

2. Este tipo de técnicas precisa para su realización de una formación del profesional y de mayor tiempo empleado en la preparación, planificación y administración del ttº por tratarse de técnicas de mayor complejidad, aunque el nº de sesiones a recibir por el paciente sea inferior al 20%, con lo cual los tiempos totales de acelerador se reduzcan entre un 50% y un 70% según casos. Por ejemplo, un ttº estándar de una lesión T1 de un CA de pulmón supondría entorno a 33-35 sesiones de radioterapia estándar. Con la técnica de SBRT, en función del tamaño y localización, se reduce a 5-8 sesiones. La buena comunicación y la sinergia entre los miembros del equipo multidisciplinar ha sido fundamental para superar las dificultades encontradas.

3. Necesidad de materiales no incluidos en los suministros usados de modo habitual en el Sº de O. Radioterápica, con lo que los pedidos de materiales específicos para llevar a cabo la técnica retrasan su empleo en los pacientes y limitan el nº de pacientes a tratar por falta de material (colchones de vacío, plásticos envolventes).

PROCEDIMIENTO DE SBRT PULMONAR

Norma UNE-EN-ISO-9001

Elaborado: Mª Mar Puertas Valiño

1. INTRODUCCION: SBRT PULMONAR

La SBRT es una modalidad de ttº radiante novedosa de alta precisión, en la cual se utilizan dosis ablativas de radiación con hipofraccionamiento, por lo general, con 1-5 fracciones, empleando técnicas estereotácticas, con radioterapia conformada con planificación 3D (RTC-3D) o radioterapia de intensidad modulada (RTIM), siendo imprescindible el empleo de radioterapia guiada por imágenes (RTGI) antes de cada fracción de ttº.

La SBRT se desarrolló inicialmente en el Instituto Karolinska en Estocolmo, con los trabajos pioneros de Lax y Blomgren en 1994, en base a los principios de la Radiocirugía o radioterapia estereotáctica craneal. Estos investigadores diseñaron un equipo de inmovilización corporal con marcadores fiduciaros combinado con compresión abdominal, para el ttº de diversas lesiones en hígado y pulmón. Posteriormente se realizan los estudios en Japón de Uematsu y cols. (1998) combinando un equipo de TC y un Acelerador Lineal FOCAL unit, Fusión de TC y AL, aplicando este sistema en el ttº de tumores primarios de pulmón y metástasis pulmonares. Luego en la Universidad de Indiana, Timmerman y cols (2003), realizan un estudio fase I en carcinoma de pulmón inoperable por razones médicas.

La mayoría de investigadores limita el uso de SBRT a tumores bien circunscritos con un diámetro máximo de 5 cm, aunque algunos centros tienen recogidos datos en lesiones de hasta 7 cm. 32-34,45-47

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

C. 50 Gy (12.5 x 4 fx) <1cm <5cm >2cm
D. 60 Gy (7.5 Gy x 8 fx) >2cm <5cm >1cm i < 2cm

Las restricciones a órganos críticos varían según el esquema adoptado:

Órgano de Riesgo	1 Fracción				
34 Gy*	3 Fracciones				
18 Gy*	4 Fracciones				
12.5 Gy*	8Fracciones				
7.5 Gy**					
Medula	14 Gy	18 Gy (6 Gy/fx)	26 Gy (6.5 Gy/7fx)	30 Gy (6 Gy/fx)	
Esófago	15.4 Gy	30 Gy(10 Gy/fx)	30 Gy(7.5 Gy/fx)	32.5 Gy (6.5 Gy/fx)	
Plexo Braquial	17.5 Gy	21 Gy (7 Gy/fx)	27.2 Gy (6.8 Gy/fx)	30 Gy (6 Gy/fx)	
Corazón / Pericardio	22 Gy	30 Gy(10 Gy/fx)	34 Gy (8.5 Gy/fx)	35 Gy (7 Gy/fx)	
Grandes Vasos	37 Gy	39 Gy (13 Gy/fx)	49 Gy (12.25 Gy/fx)	55 Gy (11 GY/fx)	
Tráquea/Bronquios Principales		20.2 Gy	30 Gy (10 Gy/fx)	34.8 Gy (8.7 Gy/fx)	40 Gy (8 Gy/fx)
Costilla	30 Gy	30 Gy (10 Gy/fx)	32 Gy(7.8 GY/fx)	32.5 Gy (6.5 Gy/fx)	
Piel	26 Gy	30 Gy (10 Gy/fx)	36 Gy (9 Gy/fx)	40 Gy (8 Gy/fx)	
Estómago	12.4 Gy	27 Gy(9 Gy/fx)	30 Gy(7.5 Gy/fx)	35 Gy (7 Gy/fx)	

Recomendaciones basadas en Estudios multicéntricos (RTOG 0618, RTOG 0915).

5. VERIFICACION Y TT° DEL PACIENTE

- Reproducción de la posición del TC
- IGRt mediante Cone-beam
- Oncólogo radioterapeuta realiza el 3D-3D match : Ajusta ITV del CT referencia sobre la lesión visualizada en el CBCT
- Administración del tt°

6. SEGUIMIENTO en consultas externas

7. OBSERVACIONES.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Wulf J, Haedinger U, Oppitz U, et al. Stereotactic radiotherapy for primary lung cancer and pulmonary metastases: a noninvasive treatment approach in medically inoperable patients. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 60:186-196, 2004.
- 2.- Wulf J, Baier K, Mueller G, et al. Dose-response in stereotactic irradiation of lung tumors. Radiother Oncol. 77:83-87, 2005.
- 3.- Hof H, Muentner M, Oetzel D, et al. Stereotactic single-dose radiotherapy (radiosurgery) of early stage nonsmall-cell lung cancer (NSCLC). Cancer. 110:148-155, 2007.
- 4.- Fritz P, Kraus HJ, Mühlnickel W, et al. Stereotactic, single-dose irradiation of stage I non-small cell lung cancer and lung metastases. Radiat Oncol. 1:30-38, 2006.
- 5.- Whyte RI, Crownover R, Murphy MJ, et al. Stereotactic radiosurgery for lung tumors: preliminary report of a phase I trial. Ann Thorac Surg. 75:1097-1101, 2003.
- 6.- Hara R, Itami J, Kondo T, et al. Clinical outcomes of single-fraction stereotactic radiation therapy of lung tumors. Cancer. 106:1347-1352, 2006.
- 7.- Lax I, et al. Stereotactic radiotherapy of malignancies in the abdomen: Methodological aspects. Acta Oncol. 33: 677-683, 1994.
- 8.- Blomgren H, et al. Stereotactic high dose fraction radiation therapy of extracranial tumors using an accelerator. Acta Oncol. 34: 861-870, 1995.
- 9.- Blomgren H, et al. Radiosurgery for tumors in the body: Clinical experience using a new method. J Radiosurg. Vol. 1, No. 1: 63-74, 1998.
- 10.- Timmerman R, Papiez L, McGarry R, et al. Extracranial stereotactic radioablation: Results of a phase I study in medically inoperable stage I non-small cell lung cancer patients. Chest. 124(5): 1946-55, 2003.
- 11.- Timmerman et al. 49th ASTRO meeting, November-2007. Los Angeles.(USA)
- 12.- Wulf J, Hadinger U, Oppitz U, et al. Stereotactic radiotherapy of extracranial targets: CT-simulation and accuracy of treatment in the stereotactic body frame. Radiother Oncol. 57(2): 225-36, 2000.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

13.- Negoro, Y, Nagata, Y, Aoki, T, et al. The effectiveness of an immobilization device in conformal radiotherapy for lung tumor: Reduction of respiratory tumor movement and evaluation of the daily setup accuracy. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 50: 889-98, 2001.

14.- Cardenes H, Timmerman R, Papiez L. Extracranial stereotactic radioablation: Review of biological basis, technique and preliminary clinical experience. Oncologia. 23(4):193-199, 2002.

15.- Timmerman RD, Papiez L, McGarry R, Likes L, DesRosiers C, Frost S, Williams M. Extracranial stereotactic radioablation: Results of a phase I study in stage I non-small cell lung cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 57(2 Suppl): S280-1, 2003.

16.- Taremi M, Hope A, Dahele M, Pearson S, et al. Stereotactic body radiotherapy for medically inoperable lung cancer: Prospective, single-center study of 108 consecutive patients. IJFOBP, In press.

RADIOTERAPIA ESTEREOATÁXICA EXTRACRANEAL (SBRT)

Esta modalidad terapéutica permite administrar, en pocas sesiones y con una gran precisión, dosis muy altas de irradiación sobre el tumor de forma eficaz y con una mínima toxicidad sobre los tejidos sanos circundantes. Sus efectos secundarios son pocos.

La SBRT es una técnica mínimamente invasiva que permite al paciente recibir el tratamiento de forma ambulatoria, sin necesidad de ingreso.

En la mayoría de los estudios, la radioterapia estereotáxica extracraneal (SBRT) obtiene tasas de control local de más del 80% de las lesiones tratadas, y con mínima toxicidad.

De hecho, está ya establecida como tratamiento de elección en pacientes no operables, con cáncer de pulmón en estadios precoces, y se perfila como alternativa a otros tratamientos locales en cáncer de próstata, tumores hepáticos, metástasis hepáticas, óseas, ganglionares, suprarrenales o pulmonares.

Así, hoy en día es claro su uso, como alternativa a cirugía en pacientes con enfermedad localizada u oligometastásicos, en:

- Carcinoma de pulmón T1-T2,
- Metástasis pulmonares
- Carcinoma hepatocelular y metástasis hepáticas
- Carcinoma de próstata
- Lesiones vertebrales
- Otros: tumores renales, páncreas.

Esta técnica permite administrar altas dosis en una o pocas sesiones, con finalidad radical, curativa.

Una de las grandes dificultades de esta técnica es administrar dosis ablativas a volúmenes de modo preciso, por el límite de tolerancia de los tejidos sanos y el fraccionamiento.

En cuanto a los requerimientos tecnológicos para implementar la SBRT, podrían agruparse en tres bloques:

- a) Incluye una adecuada identificación del tumor o volumen a irradiar, para lo que hay que emplear estudios de imagen con TAC, TAC 4D, y en muchos casos resonancia o PET.
- b) Son necesarios sistemas de planificación que permitan realizar una dosimetría del alto gradiente y alta conformación como la radioterapia conformada 3D o la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) para poder administrar dosis altas al tumor y dosis bajas a los tejidos sanos de alrededor".
- c) Necesidad de disponer de aceleradores de última generación que incorporen sistemas de imagen guiada que verifiquen y aseguren la precisión del tratamiento, incluso controlando el posible movimiento del tumor durante la irradiación".

Todos estos requisitos se consideran imprescindibles de la SBRT.

El movimiento es una causa importante de artefactos en la imagen y errores en la terapia de alta precisión. Para llevar a cabo una adecuada planificación del tratamiento y su reproducción exacta en el acelerador, es preciso contar con unos sistemas de inmovilización del paciente, que permitan reducir los márgenes a aplicar al tumor a la hora de tratar.

Son múltiples los sistemas de inmovilización existentes en el mercado.

A nuestro servicio de Oncología Radioterápica nos ha llegado un sistema adquirido con el acelerador ELEKTA, denominado Body-FIX.

BodyFIX permite un exacto y preciso posicionamiento del paciente y su inmovilización, proporcionando las bases para la imagen y el tratamiento en radioterapia.

La tecnología de Bodyfix permite realizar un doble vacío al paciente, reduciendo la movilidad tanto involuntaria y voluntaria. Bodyfix ofrece claridad de imagen sin artefactos con la atenuación del haz mínima. La lámina de cubierta única está ubicada alrededor del paciente y produce una presión uniforme, de forma segura para inmovilizar partes del cuerpo del paciente.

Los cojines de vacío BlueBAG Bodyfix crean un molde cómodo, estable y preciso de la posición del paciente durante un máximo de seis semanas. Pueden ser utilizados para diferentes configuraciones y las indicaciones clínicas tales como el tórax, cadera o total del cuerpo. Asocia un sistema de control del movimiento diafragmático, mediante la aplicación de presión sobre el tórax.

El colchón de vacío BlueBAG™ BodyFIX® se debe fijar sobre la mesa del TAC de planificación, del mismo modo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

se realizará en la mesa del acelerador mediante unas barras de indexación.

Se coloca el colchón de vacío Bodyfix BlueBAG sobre la mesa utilizando las barras de indexación (requisito previo es el sistema de indexación Bodyfix).

El sistema de presión abdominal, igualmente ha de ser indexado en la mesa del TAC de planificación para determinar con precisión los volúmenes a tratar.

Hoy en día esta técnica está perfectamente validada y utilizada en los servicios de Radioterapia, para tratar a un subgrupo de pacientes oncológicos de modo seguro, con una técnica no invasiva, de rápida realización, mayoritariamente en pocas sesiones, evitando en muchos casos una cirugía cruenta y costosa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/327 ===== ***

Nº de registro: 0327

Título
IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

Autores:
PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR, MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA, BORDONABA MARTINEZ CRISTIAN, GASCON FERRER MARINA, PUEYO PODEROS ANA, VIÑAS BERNAL EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....: MEJORA DE LOS TRATAMIENTOS APLICADOS CON REDUCCION DE TOXICIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

PROBLEMA

La irradiación de los tumores de pulmón requiere una adecuada delimitación del volumen tumoral a tratar, teniendo en cuenta la necesidad de irradiar la lesión con un margen de seguridad tanto por enfermedad microscópica como por el movimiento respiratorio, entre otros factores, que hace que los volúmenes a tratar sean amplios y los riesgos de efectos secundarios importantes, dado que en un alto porcentaje de casos estos pacientes tienen problemas respiratorios (EPOC). Incluso, este problema en ocasiones, conlleva la necesidad de administrar tratamiento quimioterápico de inducción, con la finalidad de reducir el tamaño tumoral e incluso rechazar el tratamiento de radioterapia.

Para llevar a cabo una adecuada planificación del tratamiento, más exacta, minimizando la dosis en el pulmón sano y órganos de riesgo así como su reproducción exacta en el acelerador, es preciso contar con:

- unos sistemas de inmovilización del paciente, que permitan reducir los márgenes a aplicar al tumor a la hora de tratar
- el empleo de técnicas que permitan una irradiación (IMRT) más conformada y
- sistema de comprobación de imagen (IGRT) en el propio acelerador

A nuestro servicio de Oncología Radioterápica nos ha llegado un sistema de inmovilización, denominado Body-FIX. En inicio, para el conocimiento de este sistema y su empleo en la práctica, es necesario una formación adecuada del personal técnico, conocer su utilidad, realización específica de la preparación así como su colocación en el acelerador y la interpretación de los datos objetivados con el sistema IGRT SYMMETRY.

Hemos considerado como proyecto de mejora la elaboración de un protocolo de utilización del sistema Body-FIX, claro y sencillo, así como el establecimiento de una serie de sesiones de formación al personal correspondiente de su utilización, haciendo especial hincapié en el razonamiento de su uso y de las ventajas que aporta, que sumado al empleo del sistema SYMMETRY, esperamos se traduzcan en la aplicación de tratamientos cada día más precisos y seguros, minimizando los efectos secundarios. Todo ello supondría tratar un mayor número de pacientes con mayor seguridad y precisión, y menor toxicidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el empleo del sistema de inmovilización Body-FIX en el acelerador Elekta, con capacidad para hacer IGRT 4D gracias al dispositivo Symmetry, diseñado especialmente para tumores de tórax, logramos la adquisición de imágenes 4D correlacionadas anatómicamente en el momento del tratamiento, pudiendo visualizar el movimiento respiratorio y hacer las correcciones necesarias online.

Así se comprueba que el tumor está en la posición prevista o, si no es así, el equipo informa de los movimientos necesarios que se deben realizar al paciente para que el tumor quede en el lugar exacto respecto a lo planificado previamente.

MÉTODO

Esta llamativa mejora en la calidad de los tratamientos de radioterapia administrados al paciente supone un incremento en el tiempo de preparación y colocación del paciente, así como en las comprobaciones que a diario son necesarias, con evidentes ventajas en precisión y calidad así como en seguridad.

En principio, una vez llevado a cabo la formación, pretendemos hacer extensivo a un subgrupo de pacientes con cáncer de pulmón, el uso de este sistema, estableciendo una comparativa de:

- reducción del movimiento respiratorio con la inmovilización
- tiempos de preparación frente al tratamiento estándar.
- tiempos requerido para el tratamiento en el acelerador.

Lo que el proyecto pretende es establecer un método de trabajo y planificación de la actividad que permita emplear esta técnica evidentemente en todos los casos de cáncer de pulmón y si es factible, en el resto de pacientes sometidos a irradiación torácica con fraccionamientos estándar, garantizando una mayor precisión y seguridad durante la administración del tratamiento, con visualización directa del tumor durante toda la irradiación, con disminución evidente de las toxicidades secundarias, al controlar un factor importante en la necesidad de emplear campos amplios: el movimiento del tumor durante el ciclo respiratorio.

En la puesta en marcha y desarrollo de este proyecto están implicados y es precisa la colaboración y trabajo de distintos estamentos (médicos, físicos, técnicos de radioterapia), todos los cuales pretenden encontrar con este proyecto una mejora sustancial tanto en la calidad del tratamiento como en los resultados obtenidos.

INDICADORES

- 1) Tiempo de preparación del sistema para planificar el tratamiento.
- 2) Tiempo de colocación del paciente y tratamiento en el acelerador.
- 3) Toxicidad aguda del paciente durante el tratamiento.

DURACIÓN

El proyecto se realizará en inicio a lo largo de un año, estableciendo el tiempo necesario para el tratamiento de los pacientes, la necesidad de reposicionar, los efectos secundarios agudos y crónicos en relación con radioterapia, así como y el grado de satisfacción y comodidad del paciente,

OBSERVACIONES

Este mismo sistema nos permite comprobar en el momento del tratamiento que el volumen tumoral a tratar es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

equivalente a lo planificado. En caso contrario, nos permite llevar a cabo las modificaciones necesarias.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0593

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA GIMENO HERNANDEZ
· Profesión TECNICO DE RADIOTERAPIA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VILLA GAZULLA DAVID
BORDONADA MARTINEZ CRISTIAN
GARGALLO HERRERO MARIA JESUS
VIÑAS BERNAL EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el posicionamiento del paciente, tanto en la simulación como en el tratamiento diario, los técnicos en radioterapia hemos hecho uso de las barras de indexación, fijando así los sistemas de inmovilización (colchones de vacío, belly board, plano pulmón, plano mama, base soporte de cabeza y cuello, base del marco estereotáxico...) a la mesa del tac y de tratamiento, contribuyendo así a obtener una mayor precisión en el posicionamiento e inmovilización del paciente.

Todas estas actividades se han realizado cumpliendo el calendario fijado inicialmente.

Para realizar este estudio se ha elaborado un registro de los datos obtenidos (indicadores), para su posterior análisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado gracias a las actividades realizadas ha sido óptimo, ya que se ha conseguido minimizar los errores intrafracción e interfracción que se producen en el posicionamiento, maximizando la exactitud del reposicionamiento y las estabilidad del paciente durante la sesión de tratamiento, logrando así mayor rigurosidad y fidelidad con respecto a la simulación y/o TAC y al estudio dosimétrico de cada paciente, obteniendo el grado de excelencia y nivel técnico, permitiendo administrar dosis de radiación más eficaces y seguras a los tumores y con menos efectos secundarios y contribuyendo a un mejor control de la enfermedad y una mayor calidad de vida para los pacientes.

Los resultados se han obtenido gracias al registro de estos 3 indicadores utilizados:

Indicador 1: Valores desplazamiento mesa día simulación (origen Tac)

Indicador 2: Valores desplazamiento mesa tras posicionamiento diario (Ofset mesa: origen Tac -Isocentro)

Indicador 3: Valores desplazamiento mesa tras la verificación de imágenes diaria (CBCT: coincidencia Isocentro de Planificación con el de Radiación).

Para cada paciente y tras cada sesión se ha realizado una comparativa entre los indicadores mencionados (1-2 y 2-3) y un registro de los datos obtenidos, para su posterior análisis.

Así mismo, los resultados obtenidos se han comparado con los indicadores de otros pacientes en los que no se ha utilizado el sistema de indexación, lo que nos ha permitido llegar a esta conclusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos gracias a la implementación de esta mejora han sido tan satisfactorios que tras la finalización del proyecto forman parte del protocolo diario en posicionamiento de los pacientes de nuestro Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/593 ===== ***

Nº de registro: 0593

Título
MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

Autores:
GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA, VILLA GAZULLA DAVID, BORDONABA MARTINEZ CRISTIAN, GARGALLO HERRERO MARIA JESUS, VIÑAS BERNAL EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0593

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cáncer
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Proyecto de mejora en la calidad asistencial

PROBLEMA

Los últimos progresos experimentados en la Oncología Radioterápica han contribuido a desarrollar la Radioterapia Estereotáxica, que constituye en la actualidad un campo muy atractivo, ya que es una forma de radiación muy precisa, permitiendo la aplicación de dosis elevadas de radiación en una ó pocas sesiones al tumor y mínimas a los tejidos sanos circundantes, mediante sistemas de coordenadas y condiciones de gran exactitud espacial, de modo que es posible tratar lesiones en poco tiempo y con un perfil de efectos secundarios tolerables.

El uso de estos esquemas de fraccionamiento hoy en día son una realidad dado el desarrollo de los equipos de diagnóstico por imagen, de los Aceleradores Lineales modernos, los avanzados sistemas de planificación de tratamiento radiante y los sistemas de inmovilización.

Por tanto, es una condición indispensable irradiar volúmenes blanco limitados con una gran precisión, evitando al máximo la exposición de los tejidos y órganos normales para obtener resultados terapéuticos favorables con un mínimo de complicaciones. Para ello es imprescindible un adecuado sistema de posicionamiento e inmovilización del paciente para la optimización del tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Contribuir con nuestra intervención a:
-Minimizar los errores intrafracción e interfacción, tanto aleatorios como sistemáticos que se producen en el posicionamiento.
- Maximizar la exactitud del reposicionamiento y la estabilidad del paciente durante la sesión de tratamiento, logrando que sea lo más riguroso y fiel a lo que anteriormente se ha proyectado en la simulación y/ó TAC y en el estudio dosimétrico de cada paciente.
-Obtener el grado de excelencia y nivel técnico, los cuales permiten administrar dosis de radiación más eficaces y seguras a los tumores y con menos efectos secundarios, lo cual contribuirá en gran medida a un mejor control de la enfermedad y una mayor calidad de vida para los pacientes.

MÉTODO

A la hora de posicionar al paciente, tanto en la simulación como en el tratamiento diario, los técnicos en radioterapia vamos a hacer uso, previa indicación del facultativo especialista en oncología radioterápica, de unos dispositivos de fijación: las barras de indexación, que permiten fijar los sistemas de inmovilización usados hasta el momento (colchones de vacío, belly board, plano pulmón, plano mama, base soporte de cabeza y cuello, base del marco estereotáxico...) a la mesa del tac y de tratamiento, contribuyendo así a obtener una mayor precisión en el posicionamiento e inmovilización del paciente.

INDICADORES

Indicador 1: Valores desplazamiento mesa día simulación(origen Tac)
Indicador 2: Valores desplazamiento mesa tras posicionamiento diario (Ofset mesa: origen Tac -Isocentro)
Indicador 3: Valores desplazamiento mesa tras la verificación de imágenes diaria (CBCT: coincidencia Isocentro de Planificación con el de Radiación)
Para cada paciente y tras cada sesión se va a realizar una comparativa entre los indicadores mencionados (1-2 y 2-3) y un registro de los datos obtenidos, para su posterior análisis.
Así mismo, los resultados obtenidos podrán compararse con los indicadores de otros pacientes en los que no se haya utilizado el sistema de indexación.

DURACIÓN

El estudio comenzará en Octubre del 2016 (a partir de la presentación de este proyecto de mejora) y finalizará en Diciembre del 2016.

CRONOGRAMA:

Diariamente los técnicos procederán a:
-La indexación de los sistemas de inmovilización durante el posicionamiento de los pacientes con tratamiento estereotáxico.
-Verificación de imágenes tras el posicionamiento y antes de la administración de tratamiento.
-Registro de los datos obtenidos en cada sesión (XVI).

Al finalizar el tratamiento, facultativo y físico procederán a:

-Analizar de los resultados obtenidos por paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0593

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

- Realizar una comparativa con los indicadores de pacientes en los que no se utiliza el sistema de indexación.
- Evaluación final y elaboración de un informe de resultados.

OBSERVACIONES

El sistema de indexación también puede ser aplicable a los tratamientos radioterápicos convencionales (no estereotáxicos) en los que se utilicen sistemas de inmovilización indexables, pero hemos elegido la estereotaxia por ser la modalidad terapéutica en la que se administran dosis elevadas de radiación y requiere máxima precisión.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0633

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE BLANCA GARCIA GIMENO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
CUARTERO CONEJERO ESTHER
MUÑOZ SAENZ ENCARNA
MOLINA OSORIO GUADALUPE
IBÁÑEZ CARRERAS REYES
MIRANDA BURGOS ANABELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vez realizada la consulta médica de 1º día, las pacientes candidatas a RIO, pasan por la consulta de enfermería, en donde se les hace una valoración física; que incluye la realización de una foto de la paciente en bipedestación con ambas extremidades superiores en jarra, para una valoración estética previa y posterior del tratamiento quirúrgico y radioterápico.

Se explican detalladamente cuales son los cuidados a realizar previos y posteriores a la cirugía y en cual de ellos deben incidir más. Para ello se les entrega un tríptico informativo en el que explica en que consiste la Radioterapia Intraoperatoria y cuales son los cuidados a realizar pre y post cirugía. Explicamos también la posibilidad de que tras la RIO puedan ser sometidas a Radioterapia Externa en caso de que algún factor estimado para la RIO pueda variar tras su análisis; explicando así cuales son los cuidados a realizar a partir del momento en que se les comunique que van a ser sometidas a Radioterapia Externa. Damos recomendaciones sobre que tipo de cremas hidratantes son más adecuadas según el tipo de piel de la paciente (dando unas pequeñas muestras) y según la etapa de tratamiento en la que se encuentra la paciente.

Damos la oportunidad a la paciente y familiares de expresar sus dudas y cómo se sienten ante la intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Inclusión de las pacientes nuevas en la consulta de enfermería desde su implantación (grado de cumplimiento 100%): En el período desde el 01/11/2016 hasta 30/11/2017 se han incluido un total de 111 pacientes.

- % pacientes que llevan a cabo los cuidados previos y posteriores a la cirugía (98%). Del total de 111 pacientes el 98% ha realizado correctamente los cuidados previos y posteriores a la cirugía.

De las 111 pacientes, 38 han recibido Radioterapia Externa (34,234%) en el que observamos como efecto secundario:

Radiodermatitis Grado 2 (RTOG2) (Descamación Húmeda) solamente en un 10,52% de las pacientes.

Radiodermatitis Grado 1 (RTOG1) (Eritema): 34,21%

No presencia de radiodermatitis (RTG0) (Sin cambios): 55,26%

con el cumplimiento de los cuidados durante el tratamiento de Radioterapia Externa en el 100% de las pacientes sometidas a terapia

- % pacientes que disminuyen sus dudas tras el paso por la consulta de enfermería (se esperaba un 80% de las pacientes, pero tras la verbalización de sus dudas creemos que se trata de un % más elevado)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras los % obtenidos desde la implantación de la consulta el equipo de mejora creemos de vital importancia el seguimiento de esta consulta dentro de todo el proceso de la RIO.

Como aspecto pendiente faltaría crear una herramienta que nos ayudase a la valoración posterior de las pacientes, para asegurar que las dudas y ansiedad han disminuido tras el paso por la consulta.

7. OBSERVACIONES.

La fecha de inclusión de pacientes en la presentación del Proyecto es de Diciembre-2016, pero al ser algo que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0633

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)

creíamos muy importante para las pacientes, se decidió ponerla en marcha en Noviembre-2016

*** ===== Resumen del proyecto 2016/633 ===== ***

Nº de registro: 0633

Título
IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)

Autores:
GARCIA GIMENO BLANCA, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, CUARTERO CONEJERO ESTHER, MUÑOZ SAENZ ENCARNA, LANZUELA VALERO MANUELA, MOLINA OSORIO GUADALUPE, IBAÑEZ CARRERAS REYES, MIRANDA BURGOS ANABELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La radioterapia intraoperatoria (RIO) es una técnica que permite la administración durante la cirugía de una única dosis de radiación ionizante directamente sobre la cavidad quirúrgica con el objetivo de mejorar el control local de la enfermedad y disminuir la toxicidad por menor irradiación de tejidos sanos. Su uso se ha descrito como sobreimpresión del lecho tumoral (boost) del tratamiento convencional de radiación externa, logrando un aumento de la dosis de radiación en el volumen tumoral, o como única modalidad de radioterapia en estadios limitados del cáncer de mama.

En la actualidad en el Servicio de Oncología Radioterápica se realiza la historia médica de 1º día de las pacientes candidatas a RIO, sin tener paso por la consulta de enfermería del propio servicio. Esto presenta varios problemas:

Ausencia de participación de enfermería en la valoración inicial de las pacientes que se someterán a este tipo de técnica, lo que disminuye el reforzamiento de conocimientos de la paciente acerca de la posible toxicidad secundaria y cuidados necesarios a realizar pre y postquirúrgicos sobre el área de tratamiento.

Con la implantación de la consulta se pretende solucionar estos problemas, estableciendo una valoración por parte del personal de enfermería, ya que como integrantes del proceso pueden contribuir a explicaciones más detalladas de todos los cuidados, así como a una valoración del estado de la paciente, no solo físico sino también emocional

RESULTADOS ESPERADOS

Mayor conocimiento por parte de la paciente de todo el personal implicado en el proceso, así como dar la oportunidad a aclarar dudas y una valoración mucho más completa que abarque el aspecto no solo físico sino también emocional.

En el caso de que la indicación de RIO sea como boost conlleva una mejor preparación de la piel previo al inicio de la radioterapia adyuvante

MÉTODO

Una vez realizada la consulta médica de 1º día, las pacientes candidatas a RIO, pasaran por la consulta de enfermería, en donde se les hará una valoración física; que incluye la realización de una foto de la paciente en bipedestación con ambas extremidades superiores en jarra, para una valoración estética previa y posterior del tratamiento quirúrgico y radioterápico. Se explicaran detalladamente cuales son los cuidados a realizar previos y posteriores a la cirugía, en cual de ello deben incidir más, y dar la oportunidad a la paciente de expresar sus dudas y cómo se siente ante la intervención.

INDICADORES

- Inclusión de las pacientes nuevas en la consulta de enfermería desde su implantación (grado de cumplimiento 95%)
- % pacientes que llevan a cabo los cuidados previos y posteriores a la cirugía (Actual 0% - Esperado 90%)
- % pacientes que disminuyen sus dudas tras el paso por la consulta de enfermería (Actual 0% - Esperado 80%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0633

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)

DURACIÓN

Desarrollo del contenido de los puntos a tratar en la consulta: Noviembre 2016

Implantación de la consulta de Enfermería: Noviembre 2016

Inclusión de las pacientes en la consulta de Enfermería: Diciembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0378

1. TÍTULO

COMO FACILITAR AL NIÑO EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO: UNA PEQUEÑA MEJORA QUE APORTA MUCHO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR PUERTAS VALIÑO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA AGUILERA CRISTINA
CERROLAZA PASCUAL MARIA
ESCUIN TRONCHO CECILIA
PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA
SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR
GASCON FERRER MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con la finalidad de conseguir los fondos necesarios para nuestro proyecto se presentó una solicitud a ASPANOA en la convocatoria que esta entidad lanza para financiar proyectos de investigación, formación y humanización que aumenten la calidad asistencial en la Oncopediatría aragonesa.

Una vez aceptado nuestro proyecto, se firma un acuerdo de colaboración entre ASPANOA y el H. Miguel Servet, para la colocación de la TV antes de finales del verano 2019.

El 21/9/19 se realiza la colocación por parte de una empresa externa del aparato de TV dentro de uno de los aceleradores.

La segunda TV se guarda con el objetivo de colocarla en el nuevo bunker para el acelerador donado por la fundación de Amancio Ortega, actualmente en construcción en nuestro hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras varias variadas intervenciones por parte del equipo técnico de montaje de la televisión con el fin de conseguir una adecuada colocación en la sala de tratamiento, sin interferir con los espacios necesarios para la adecuada aplicación de la irradiación y giros del cabezal y mesa del acelerador, en la actualidad, está funcionando principalmente para la población infanto-juvenil y algún paciente adulto, con películas y música grabadas en un puerto USB.

A traves de ASPANOA se nos han facilitado DVDs para poder proyectar, al mismo tiempo que ante cualquier avería, ellos se han encargado de ponerse en contacto con la empresa de montaje para su reparación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto nos ha permitido poner de manifiesto que una medida sencilla y con un coste bajo es suficiente para mejorar la calidad de asistencia a nuestros pacientes y para mejorar la percepción y aceptación de un tratamiento como la radioterapia, que de entrada es un tratamiento desconocido y poco agradable para el paciente oncológico. Igualmente, el coste de la intervención (instalación de las TVs) nos ha permitido un ahorro importante tanto en recursos materiales, como tiempo y personal, al evitar en el caso de los niños más pequeños, la necesidad de anestesia para las sesiones diarias de Radioterapia, que en algunos casos, llega a ser de más de 30 días.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/378 ===== ***

Nº de registro: 0378

Título
COMO FACILITAR AL NIÑO EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO: UNA PEQUEÑA MEJORA QUE APORTA MUCHO

Autores:
PUERTAS VALIÑO MARIA MAR, GARCIA AGUILERA CRISTINA, CERROLAZA PASCUAL MARIA, ESCUIN TRONCHO CECILIA, PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL, MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR, GASCON FERRER MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0378

1. TÍTULO

COMO FACILITAR AL NIÑO EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO: UNA PEQUEÑA MEJORA QUE APORTA MUCHO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cáncer sigue siendo la causa más frecuente de fallecimiento por enfermedad en el periodo comprendido entre el año y los 14 años de vida. España se sitúa en el contexto europeo occidental, con unas cifras de incidencia cercanas a los 900 nuevos diagnósticos anuales (de 0 a 14 años).
En la mayoría de los tumores sólidos infantiles, el tratamiento multimodal del cáncer asocia cirugía y radioterapia para conseguir el control local del tumor y la quimioterapia para erradicar la enfermedad sistémica. Una premisa básica en el tratamiento de radioterapia es maximizar la dosis en el tumor, minimizándola en los tejidos sanos y esto adquiere mayor importancia y trascendencia en la irradiación de población pediátrica. Por tanto, es de gran importancia la mejora del posicionamiento y de la inmovilización durante el tratamiento. El paciente ha de permanecer en una posición concreta, en ocasiones en una posición poco cómoda, sin moverse en cada sesión, durante un tiempo que en ocasiones llega a ser de más de 30 o 40 minutos.
En nuestro centro iniciamos la irradiación con regularidad de pacientes pediátricos en 2012/13. Desde entonces, hemos ido avanzando en la búsqueda del máximo confort para el paciente pediátrico, minimizando el stress que el tratamiento pudiera producirle.
Es importante llamar la atención sobre el tiempo de duración del tratamiento de radioterapia en los niños: el empleo de IGRT diaria previa al tratamiento para asegurar una irradiación lo más precisa posible y ajustada al volumen a tratar es fundamental. Por tanto, desde el empleo de música, cuenta cuentos y actualmente la visualización de películas, hemos conseguido disminuir el uso de anestesia para la aplicación del tratamiento, al mismo tiempo que nos ha permitido el empleo de sistemas de inmovilización que aumentan la precisión a la hora de la administración del tratamiento.
Nuestra gran mejora llegó con el empleo de un DVD portátil, que asociado a un proyector nos permite visualizar películas infantiles (DVDs aportados por nuestros conocidos y amigos) durante la sesión de radioterapia. El niño fija su atención en algo que le gusta, de modo que es capaz de mantener la postura establecida, y el tiempo se le pasa más rápido. Asociado a este hecho, el estar más entretenidos, nos permite el empleo de diversos sistemas de inmovilización como el Body-Fix .

RESULTADOS ESPERADOS

Aunque estamos orgullosos y satisfechos con el beneficio obtenido con este sistema, tenemos problemas en cuanto a la inestabilidad de su colocación, la facilidad con que puede ser golpeado por estar colocado a nivel de los mandos del acelerador, la limitación de calidad de la imágenes proyectadas y el hecho de sólo poder reproducir DVDs que son básicamente infantiles.

El objeto de este proyecto es solicitar la colocación de una televisión grande de 55 pulgadas en cada una de salas de los aceleradores donde tratamos a esta población pediátrica.
La colocación de la TV con un soporte desde el techo, no afectaría a la estructura de blindaje de los aceleradores, y nos permitiría a través de un puerto USB la reproducción de películas o videos musicales, más adaptados a las distintas edades de pacientes: niños, adolescentes...

Evidentemente, todos los pacientes se beneficiarían de su instalación, pudiendo estar distraídos durante la sesión de radioterapia, disminuyendo los movimientos involuntarios y el estrés que inevitablemente la situación les provoca.

MÉTODO

Con la finalidad de conseguir los fondos necesarios para nuestro proyecto se presentó una solicitud a ASPANOA en la convocatoria que esta entidad lanza para financiar proyectos de investigación, formación y humanización que aumenten la calidad asistencial en la Oncopediatría aragonesa.
Una vez aceptado nuestro proyecto, se firma un acuerdo de colaboración entre ASPANOA y el H. Miguel Servet.

INDICADORES

Utilizaremos como indicadores:

1. Ajuste a los tiempos indicados por el compromiso adquirido respecto al inicio del proyecto y tiempo hasta la puesta en marcha de la nueva TV.
2. Plan de trabajo con la empresa encargada del montaje.
3. Grado de satisfacción del paciente: encuesta de satisfacción.
4. Porcentaje de pacientes en los que evitamos anestesias para el tratamiento de radioterapia.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0378

1. TÍTULO

COMO FACILITAR AL NIÑO EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO: UNA PEQUEÑA MEJORA QUE APORTA MUCHO

Está prevista la instalación de la primera TV durante el verano 2019 o antes si se dan las circunstancias oportunas. La segunda TV se instalará coincidiendo con la instalación del nuevo acelerador.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0427

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA CERTIFICACION UNE EN ISO 9001 A LA UNIDAD DE UCMORA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE AGUSTINA MENDEZ VILLAMON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL
CAMPOS BONEL ARANTXA
GASCON FERRER MARINA
CORRAL DELGADO SARA
VALTUEÑA PEYDRO GERMAN
GARCIA GIMENO BLANCA
PUEYO PODEROS ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas:

Creación de grupo de trabajo ISO

Revisar logo UCMORA

REV de CI y Opinión de pacientes respecto a CI

Mapa de UCMORA

Cronograma de actividades con lista de actividades para programar la ampliación de la certificación.

Para ello se han realizado las siguientes reuniones de trabajo:

29 -03-2019 1ª Reunión en salud
26-06-2019 2º Reunión en SALUD
20-10-2019 Formación ISO
09/08-10-2019 Reunión del grupo de trabajo ISO
17/27-11-2019 Reunión del grupo de trabajo ISO
17-12-2019 Reunión del grupo de trabajo ISO

A lo largo del 2019 se ha creado el grupo de trabajo ISO entre ambas sedes con colaboración de médicos enfermeras y técnicos.

Se ha modificado el mapa de procesos ampliándolo a UCMORA.

Hemos revisado, actualizado y unificado los consentimientos informados de UCMORA, pendiente de colgar en intranet.

Documentación revisada y actualizada de Procedimientos Operativos e instrucciones:

PO-01_SA(E)_ORT CIT CITACIÓN
PO-02_SA(E)_ORT EVAL EVALUACIÓN INICIAL Y DECISIÓN TERAPEUTICA
PO-03_SA(E)_ORT BQ LDR BRAQUITERAPIA
PO-04_Z2(E)_M_RT RADIOTERAPIA EXTERNA
PO-05_SA(E)_ORT SUP RADIOTERAPIA SUPERFICIAL
PO-06_Z2(E)_M_RT DERIVACIÓN
PO-11_SA(E)_ORT RIO MAMA PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE RIO EN CANCER DE MAMA.doc
PO-12_SA(E)_ORT BQ GINE PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE BRAQUITERAPIA GINECOLOGICA.doc
PO-13_SA(E)_ORT BQ CERVIX BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO
PO-14_SA(E)_ORT HOP PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN HOP
PO-15_SA(E)_ORT H. ALCAÑIZ PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN H. Alcañiz
PO-16_SA(E)_ORT H. SAN JORGE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN H. San Jorge
IT-35_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC EXTREMIDADES.doc
IT-36_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC MAMA.doc
IT-37_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR.doc
IT-38_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC PROSTATA.doc
IT-39_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC PULMON Y MEDIASTINO.doc
IT-40_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC RECTO.doc
IT-41_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC GINECOLOGICOS.doc
IT-42_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC COLUMNA CERVICAL.doc
IT-43_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC COLUMNA DORSAL.doc
IT-44_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC COLUMNA LUMBAR.doc
IT-45_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION TECNICA RIO MAMA.doc
IT-46_SA(E)-HUMS_ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC CABEZA Y CUELLO[1]
IT-47_SA(E)-HUMS_ORT ORT INSTRUCCION PROTOCOLOS DE TAC SNC.doc

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha iniciado el proceso hacia la certificación en UNE en ISO 2015 de la Unidad Clínica de Oncología

Radioterápica de Aragón.

Alcanzando los objetivos propuestos para el 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0427

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA CERTIFICACION UNE EN ISO 9001 A LA UNIDAD DE UCMORA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aspectos positivos a destacar:

- 1- Se han establecido unas bases de comunicación para conocer los procedimientos de trabajo de ambos hospitales.
- 2- Hemos elaborado procedimientos operativos e instrucciones comunes adaptadas a cada una de las sedes de UCMORA.
- 3- Se ha desarrollado un feed-back entre los distintos profesionales, intentando mejorar flujos de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/427 ===== ***

Nº de registro: 0427

Título
AMPLIACION DE LA CERTIFICACION UNE EN ISO 9001 A LA UNIDAD DE UCMORA

Autores:
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL, CAMPOS BONEL ARANTXA, GASCON FERRER MARINA, CORRAL DELGADO SARA, VALTUEÑA PEYDRO GERMAN, GARCIA GIMENO BLANCA, PUEYO PODEROS ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Acercamiento del especialista a

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (Resolución publicada en BOA del 20/11/17), justifica su creación en base a los modelos organizativos de servicios compartidos con gestión multihospitalaria que se benefician de un valor añadido al concentrar los recursos para una mejor gestión de la atención sanitaria, y de este modo es posible obtener economías de escala y la prestación de técnicas específicas únicas, favoreciendo al mismo tiempo el acceso a la tecnología y la incorporación de recursos e innovación.
La nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA) incorpora la plantilla médica de los dos anteriores servicios, y tiene una dependencia orgánica de la Gerencia del Hospital Universitario Miguel Servet. Por otra parte, con fecha 28 de febrero de 2018 se publicó una Resolución de la Dirección General de Asistencia Sanitaria por la que se dictan instrucciones para la atención a los pacientes que precisen tratamiento de Oncología Radioterápica. Atendiendo a esta Resolución la especialidad de Oncología Radioterápica deberá estar presente en todos los hospitales de Aragón que tengan Comités de Tumores, participando activamente en ellos y realizando las indicaciones del tratamiento más adecuado para cada paciente. Este acuerdo de gestión cuatrienal tiene como misión definir las actuaciones, recursos, e indicadores que permitan poder alcanzar los objetivos propuestos en el Plan Operativo de la creación de la Unidad, y en la resolución anteriormente mencionada de la Dirección General de Asistencia Sanitaria

RESULTADOS ESPERADOS

La sede del HUMS se encuentra certificada en UNE ISO 9001 desde 2012.
El objetivo desde esta nueva andadura como nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Aragón, es ampliar la certificación de gestión de la calidad UNE en ISO 9000 a la sede del HCU.

MÉTODO

1. 1º Reunión entre las unidades de Calidad de ambos Hospitales HCU y HUMS tutelados por la Unidad de Calidad del SALUD
2. 2º Unificación de consentimientos informados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0427

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA CERTIFICACION UNE EN ISO 9001 A LA UNIDAD DE UCMORA

3. Realización del mapa de procesos de UCMORA
4. Desarrollo y unificación de procedimientos generales de ambos sectores
5. Desarrollo de procedimientos operativos en la sede del HCU.

INDICADORES

Indicador 1 que el 100% de los CI estén unificados a lo largo de 2019.

Indicador 2 que este realizado el Mapa de procesos de UCMORA en Dic de 2019 con el diseño de Procedimientos operativos.

DURACIÓN

El plazo para poder alcanzar la certificación sería de 2 años.

- | | | |
|---|---------------------|--|
| ? | 1º semestre de 2019 | unificación de CI |
| ? | 2ª semestre de 2019 | adecuación de los procedimientos operativos/ generales con indicadores |
| ? | 1º semestre de 2020 | análisis de riesgos |

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0429

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE MARINA GASCON FERRER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ CARRERAS REYES
ESCUIN TRONCHO CECILIA
PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR
GARCIA AGUILERA CRISTINA
PARDO SUS ALIDA
SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR
TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Asistencia por parte de los Oncólogos Radioterápicos especializados en cáncer de mama a los distintos centros periféricos, tanto para asistir a los Comités de Tumores de Mama como para la realización de la actividad asistencial programada (primeras visitas y consulta de revisión).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En Hospital Obispo Polanco de Teruel se ha comenzado actividad en abril de 2018, valorándose hasta la fecha 88 pacientes con cáncer de mama, de las cuales 22 pacientes se han tratado con Radioterapia Intraoperatoria en el mismo centro y 66 con Radioterapia Externa Hipofraccionada.

En Hospital de Alcañiz se ha iniciado actividad en junio de 2018. Se han valorado hasta la actualidad 75 pacientes con cáncer de mama de las cuales 11 se han tratado con Radioterapia Intraoperatoria en el propio centro y 64 con Radioterapia Externa Hipofraccionada.

En Hospital de Huesca se ha iniciado actividad en enero de 2019, habiéndose valorado hasta la fecha 93 pacientes con ca de mama, de las cuales 11 se han tratado con Radioterapia Intraoperatoria en el mismo centro y 82 con Radioterapia Externa.

Todas las pacientes tratadas con Radioterapia Externa han recibido esquema Hipofraccionado.

Se han visitado en total 256 pacientes con ca de mama en centros periféricos, de las cuales 44 pacientes se han podido tratar en mismo centro con Radioterapia Intraoperatoria, evitando desplazamientos a centro de referencia en Zaragoza.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde el inicio de la actividad en abril de 2018 se ha conseguido ofrecer una atención multidisciplinar de calidad y un acceso equitativo a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama permitiendo disminuir la variabilidad en la indicación de radioterapia y su infrautilización secundaria a factores geográficos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/429 ===== ***

Nº de registro: 0429

Título
DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

Autores:
GASCON FERRER MARINA, IBAÑEZ CARRERAS REYES, ESCUIN TRONCHO CECILIA, PUERTAS VALIÑO MARIA MAR, GARCIA AGUILERA CRISTINA, PARDO SUS ALIDA, SANAGUSTIN PIEDRAFITA PILAR, TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0429

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro de las Estrategias y proyectos de atención oncológica en Aragón: Unificación servicios y unidades de referencia. En 2017 tuvo lugar la unificación de los Servicios de Oncología Radioterápica. La creación de la Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica (OR) de Aragón (UCMORA) permite la gestión de una cartera de servicios común. La distancia entre los dos centros donde se concentra la tecnología disponible y que forman parte de la Unidad Clínica propuesta en Zaragoza (M.Servet y Clínico) permite la prestación de dicha cartera de servicios en los dos hospitales y dirigido a toda la población aragonesa.

RESULTADOS ESPERADOS

Uno de los objetivos de UCMORA es la disminución de la variabilidad clínica en el ttº local del cáncer de mama. El tratamiento estándar en el cáncer de mama precoz es la cirugía conservadora seguida de Radioterapia. Se ha observado

que en aquellos centros que no disponen de Oncólogo Radioterápico, la tasa de mastectomía es más elevada. La mayor accesibilidad a la Radioterapia permitirá aumentar la tasa de cirugía conservadora en el cáncer de mama precoz.

Otro objetivo es estandarizar la Radioterapia Externa en cáncer de mama mediante técnicas de Hipofraccionamiento (equivalente en cuanto a control local y toxicidad al fraccionamiento clásico), permitiendo disminuir el número de sesiones de Radioterapia con impacto en la calidad de vida de las pacientes.

El paso inicial y necesario es la realización de un movimiento centrífugo hacia los Hospitales de la CA, y cuyo objetivo es acercar al experto. Se trata de un proyecto de implantación de la especialidad en la cartera de servicios de todos los hospitales de la CA de Aragón. Debemos hacer especial hincapié en aquellos centros donde existe Comité de Tumores, como son Teruel, Alcañiz y Huesca donde ya están creadas las unidades funcionales desde mayo y junio de 2018 respectivamente y desde febrero de 2019 en Huesca, con el fin de ofrecer una atención multidisciplinar de calidad y un acceso equitativo a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que permita disminuir la variabilidad en la indicación de radioterapia y su infrautilización secundaria a factores geográficos.

Objetivo 1: - Presencia del Oncólogo radioterápico en los Comités de Tumores. Asistencia a los Comités de Mama de cada centro.

Objetivo 2: - Presencia del Oncólogo radioterápico en la actividad asistencial. Atención de primeras visitas y revisiones. Se planifican las revisiones conjuntamente con Oncología Médica al objeto de disminuir el número de visitas sucesivas innecesarias.

Objetivo 3: - Consensuar las indicaciones de Radioterapia en los distintos estadios del cáncer de mama entre todos los oncólogos radioterápicos implicados en el ttº del cáncer de mama mediante la elaboración de un protocolo conjunto. Todas las pacientes subsidiarias de tratamiento radioterápico se presentan en sesión clínica para sentar la indicación más adecuada para cada paciente.

Objetivo 4: - Elaboración del Procedimiento Operativo de Atención a las pacientes de cáncer de mama en la Comunidad Autónoma de Aragón. UNE-EN-ISO-9001. Este modelo nos va a permitir conocer la realidad: el número de pacientes candidatos a radioterapia evitando tanto la infraindicación por cuestiones de distancia como evitar la derivación a centros privados de técnicas especiales asumibles por UCMORA. Estimamos que en este primer año el número de pacientes valorados alcanzará los 250 pacientes.

MÉTODO

-Asistencia por parte de los Oncólogos Radioterápicos especializados en cáncer de mama a los distintos centros periféricos, tanto para asistir a los Comités de Tumores de Mama como para la realización de la actividad asistencial programada. -Presentación de los casos de cáncer de mama valorados en los centros periféricos en sesión clínica diaria donde se indique el tratamiento más óptimo para cada paciente.

INDICADORES

Nº pacientes con cáncer de mama remitidas a los centros periféricos (Alcañiz, Teruel y Huesca) / nº pacientes con cáncer de mama subsidiarias de Radioterapia. Nº pacientes tratadas con Radioterapia Hipofraccionada / Nº pacientes subsidiarias de Radioterapia Externa.

DURACIÓN

Inicio de la actividad en Hospital de Teruel en mayo de 2018, en Hospital de Alcañiz en junio de 2018 y en Hospital de febrero de 2019 con periodicidad semanal. Se evaluarán anualmente los indicadores y objetivos conseguidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0429

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN EL TRATAMIENTO RADIOTERAPICO DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0431

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PERTENECIENTES AL ÁREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ARANTXA CAMPOS BONEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALAN CERRATO NIEVES
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA
VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO
MIRANDA BURGOS ANABELA
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA
IBAÑEZ CARRERAS REYES
TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante todo el año 2019, un facultativo especialista en oncología radioterápica perteneciente Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA) a la se ha desplazado semanalmente (los martes) al Hospital de Alcañiz en el horario comprendido entre 8:30 - 17:00 horas para realizar las siguientes actividades:

1. Participación en subcomités del Hospital, principalmente en el comité de mama del hospital de Alcañiz celebrado todos los martes a las 8:40 horas.
2. Consulta de primera visita en oncología radioterápica, donde se realiza una valoración del paciente subsidiario de tratamiento con radioterapia, se ofrece el mejor y más adecuado tratamiento con radioterapia externa con sus diferentes técnicas u otras modalidades como son la radioterapia superficial o la braquiterapia. Se explica la indicación del mismo, así como sus beneficios y efectos secundarios y funcionamiento del servicio.?
3. Consulta de seguimiento del paciente que ha recibido tratamiento radioterápico, conjuntamente con oncología médica o los servicios responsables del paciente para evaluar toxicidad aguda y crónica del tratamiento, respuesta y evolución de la enfermedad. Se incluyen aquellos pacientes que inician el proceso en este año, como aquellos pacientes que estando en seguimiento en las diferentes sedes de Zaragoza, solicitan continuar revisiones en el Hospital de Alcañiz.
4. Valoración de pacientes ingresados en el Hospital de Alcañiz que requieren de tratamiento con radioterapia de carácter urgente o preferente.
5. Acercamiento de la especialidad de oncología radioterápica a otros especialistas, ofreciendo un acceso directo para comentar aquellos casos complejos y que requieran de una decisión multidisciplinar.
6. Se ha participado en programas de Focuss y de formación continuada del personal sanitario del Hospital de Alcañiz, dando a conocer la especialidad y mostrar el circuito de trabajo.

Los recursos empleados son:

Un facultativo especialista en oncología radioterápica con posibilidad de desplazarse.

Un espacio físico donde llevar a cabo la consulta, durante este año el servicio de oncología médica nos ha cedido la consulta del hospital de día del Hospital de Alcañiz.

Se ha creado una agenda del servicio de oncología radioterápica en el Hospital de Alcañiz que comprende desde las 10 horas hasta las 16:45 horas, donde se incluyen las primeras visitas y revisiones.

Personal de enfermería y administrativo para la citación de los pacientes, tanto las hojas de consulta de las primeras visitas como los pacientes que solicitan revisión.

Para el adecuado registro de todos los pacientes valorados como primera visita y dar entrada en el flujo de trabajo del servicio, se abre un número de historia propio de UCMORA, que consiste en los dos últimos dígitos del año en curso, la inicial de la población del hospital y nº de paciente, por ejemplo: 19A/001.

Además, se ha realizado un registro en una base de datos Excel de los pacientes valorados en la que se reflejaran los siguientes datos: nombre y apellidos del paciente, nº de historia General, nº de historia de UCMORA, localización tumoral, indicación de radioterapia y centro de derivación para la administración de radioterapia. El facultativo que se desplaza a la consulta del Hospital de Alcañiz, crea un episodio de oncología radioterápica en la historia clínica electrónica a todos los pacientes valorados en consulta de primer día y seguimiento, donde se adjunta un informe y comentarios de la evolución de la enfermedad, que será accesible para todos los especialistas de cualquier sede hospitalaria de UCMORA, así como para el los demás especialistas y a atención primaria.

Una vez finalizado el tratamiento con radioterapia en las sedes de UCMORA, el paciente se cita en la consulta de seguimiento del Hospital de Alcañiz; para ello se ha elaborado un informe que se entrega el día de la última sesión de radioterapia, donde se facilitan los datos de donde debe citarse y el teléfono en caso de no poder ir en persona, así como, la fecha aproximada de revisión en función del protocolo establecido en cada una de las patologías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0431

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PERTENECIENTES AL ÁREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

1. N° de pacientes remitidos a la consulta de ORT del HA / N° de pacientes subsidiarios de radioterapia en HA. El objetivo es que el 90% de los pacientes sean valorados en consulta de Oncología Radioterápica del Hospital de Alcañiz.

El objetivo marcado fue 150 pacientes. Durante el año 2019 se han valorado 131 pacientes como primera visita en la consulta de oncología radioterápica del Hospital de Alcañiz, es decir el 87% de los pacientes subsidiarios de tratamiento con radioterapia. La causa de no haber llegado a esta cifra es el desconocimiento por parte de los facultativos de otras especialidades de la existencia de este proyecto durante los primeros meses y por tanto, se derivaban a los pacientes directamente a su hospital de referencia de Zaragoza. Una vez realizada una correcta difusión de la implantación de esta consulta, se ha resuelto este punto.

2. N° de pacientes devueltos tras finalización de radioterapia para seguimiento en HA / N° total de pacientes tratados en UCMORA.

El objetivo es que el 90% de los pacientes continúen su seguimiento en consulta de ORT de HA.

En la consulta de seguimiento se han valorado 184 pacientes. El 100% de los pacientes han continuado seguimiento en el Hospital de Alcañiz tras finalizar el tratamiento de radioterapia.

De los pacientes tratados antes del 2019 en UCMORA, 35 de ellos, han solicitado continuar seguimiento en la consulta de oncología radioterápica del Hospital de Alcañiz.

El proyecto ha supuesto un impacto positivo en la calidad de los tratamientos en los pacientes oncológicos pertenecientes al Hospital de Alcañiz debido a que el acercamiento del especialista permite una mejor indicación del tratamiento radioterápico así como, mejor coordinación con los demás servicios implicados en el proceso. Además, se ha evitado el desplazamiento del paciente a Zaragoza para realizar estas consultas y en consecuencia, menor interrupción de la vida diaria de pacientes y familiares.

Fuente de obtención: Indicadores de calidad en oncología radioterápica, SEOR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El personal sanitario del Hospital de Alcañiz valora positivamente el acercamiento del especialista de Oncología Radioterápica, ya que permite una mejor valoración multidisciplinar de los casos clínicos oncológicos y mayor conocimiento de la especialidad por parte de los demás facultativos, tanto del hospital como de los centros de atención primaria.

Los pacientes se sienten agradecidos de evitarse el desplazamiento para las consultas, ya que en muchos casos no tiene medios para desplazarse hasta Zaragoza y en la primera visita se gestiona la solicitud de transporte para las sesiones de tratamiento con radioterapia. Valoran muy positivamente el acercamiento del especialista, que les permite tener un acceso más fácil y rápido en caso de requerir consulta por una complicación derivada del tratamiento o proceso oncológico.

Para lograr la integración total del especialista en oncología radioterápica en el Hospital de Alcañiz, queda pendiente encontrar el método más adecuado para poder participar en los comités multidisciplinarios que se realizan en días distintos al que se desplaza el facultativo de oncología radioterápica.

Para la sostenibilidad del proyecto y poder continuar durante los próximos años, se requiere de más personal facultativo para llevar a cabo la consulta, ya que debido al desarrollo tecnológico son cada más los pacientes candidatos a tratamiento radioterápico.

Se requiere de un espacio propio para realizar la consulta semanalmente y así no tener que hacer uso de la consulta del hospital de día. Se requiere de personal de enfermería para los cuidados necesarios durante el tratamiento y personal administrativo para las citaciones.

Como conclusión, remarcar que este proyecto ha permitido reducir la variabilidad en la práctica clínica del paciente oncológico sin pérdida de especialización. Supone un aumento del bienestar a los pacientes y beneficio económico al reducir los gastos. Proporciona proximidad, equidad y accesibilidad a todos nuestros pacientes independientemente de la zona donde residan.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/431 ===== ***

N° de registro: 0431

Título
ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS PERTENECIENTES AL AREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
CAMPOS BONEL ARANTXA, GALAN CERRATO NIEVES, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, MIRANDA BURGOS ANABELA, MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, IBAÑEZ CARRERAS REYES, TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0431

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PERTENECIENTES AL ÁREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente, la Comunidad de Aragón dispone de un único servicio de Oncología Radioterápica (ORT) centralizado en la ciudad de Zaragoza, llamado Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA). Esto supone el desplazamiento de los pacientes del área de Alcañiz hasta Zaragoza para realizar una valoración de la indicación del tratamiento radioterápico, planificación y administración del mismo, que suele ser diario y con una duración que puede oscilar entre una sesión a 5 semanas, y posteriormente las revisiones realizadas para un adecuado seguimiento de la enfermedad y posibles toxicidades agudas y crónicas.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es acercar los recursos humanos al paciente oncológico, es decir, acercar al especialista de ORT a los pacientes del Hospital de Alcañiz (HA) para realizar una correcta indicación de tratamiento radioterápico y posterior seguimiento, evitándoles los viajes que suponen estas consultas a Zaragoza. La ventaja de realizar la valoración del paciente por un facultativo de ORT es poder ofrecer el mejor y más adecuado tratamiento con radioterapia externa con sus diferentes técnicas u otras modalidades como son la radioterapia superficial o la braquiterapia de las diferentes localizaciones anatómicas. Otro de los objetivos es acercar la ORT a los facultativos de otras especialidades mediante la participación en los subcomités del hospital y la comunicación directa, permitiendo, realizar la valoración de pacientes ingresados en el HA.

MÉTODO

Un facultativo de la UCMORA se desplazará semanalmente, por el momento, los martes, hasta el HA en horario de 8:45 a 17 horas.

Las actividades a realizar son:

1.Participación en subcomités del Hospital, con el fin de establecer una correcta indicación de tratamiento radioterápico, así como establecer el momento adecuado de inicio de radioterapia en coordinación con los demás servicios implicados en el tratamiento del paciente oncológico.

2.Valoración de pacientes como primera visita.

El servicio de Oncología Médica, recepcionará todas las solicitudes de tratamiento de radioterapia tanto de su propia especialidad como del resto del hospital para ser citados en función de la preferencia por Oncología Médica y Oncología Radioterápica. En caso de que, por decisión médica, o del propio paciente, se decida no realizar tratamiento radioterápico, quedará reflejado en la historia del paciente y se remitirá de nuevo al Servicio que lo derivó a ORT, comunicando la decisión adoptada. Todos los pacientes valorados como primera visita, se les abrirá una historia de la UCMORA, que se identificará con un nº propio del servicio: dos últimos dígitos del año en curso, la inicial de la población del hospital y nº de paciente, por ejemplo: 19A/001.

3.Seguimiento del paciente conjuntamente con Oncología Médica o los servicios responsables del paciente. Los pacientes tratados en sedes de UCMORA se citarán para seguimiento en consulta de ORT del HA según el protocolo establecido en cada una de las patologías y se les hará entrega del informe de fin de tratamiento radioterápico. Se establecerá un registro en Excel de los pacientes valorados en la que se reflejaran los siguientes datos: Nombre y apellidos del paciente, Nº de Hª General, Nº de Historia de ORT, Localización, Indicación de RT y Centro de derivación.

Se creará un episodio de ORT en la historia clínica electrónica a todos los pacientes valorados en consulta de primer día y seguimiento donde se adjuntará un informe y comentarios de la evolución de la enfermedad que será accesible para todos los especialistas de cualquier sede hospitalaria y atención primaria.

INDICADORES

La previsión es realizar la valoración de aproximadamente 150 pacientes/año como primera visita con sus posteriores revisiones. También se incluirán en revisión, aquellos pacientes ya tratados anteriormente en UCMORA, que quieran continuar su seguimiento en el HA. Los indicadores que se utilizaran son:

1.Nº de pacientes remitidos a la consulta de ORT del HA / Nº de pacientes subsidiarios de radioterapia en HA. El objetivo es que el 90% de los pacientes sean valorados en consulta de Oncología Radioterápica del HA.

2.Nº de pacientes devueltos tras finalización de radioterapia para seguimiento en HA / Nº total de pacientes tratados en UCMORA (sede HUMS). El objetivo es que el 90% de los pacientes continúen su seguimiento en consulta de ORT de HA.

La evaluación de los indicadores se realizará semestralmente.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0431

1. TÍTULO

ACERCAMIENTO DEL ESPECIALISTA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PERTENECIENTES AL ÁREA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

El proyecto va realizarse durante el año 2019, con previsión de continuar en los próximos años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0601

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE BLANCA GARCIA GIMENO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑOZ SAENZ ENCARNA
IRUN CUAIRAN MARIA JESUS
SANCHO SERRANO ANGEL
CARRUESCO CRESPO IRENE
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA
CAMPOS BONEL ARANCHA
MIRANDA BURGOS ANABELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Marzo de 2019, fecha en la que se decide comenzar a realizar la llamada telefónica, no ha habido candidatas que cumplan los factores para la realización de la técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Inclusión de las pacientes nuevas desde su implantación (grado de cumplimiento 95%): no ha habido candidatas que cumplan los factores para la realización de la técnica.

- % pacientes que llevan a cabo los cuidados previos y posteriores a la realización de la técnica (Actual 0% - esperado 90%)
- % pacientes que disminuyen sus dudas tras la realización de la llamada telefónica (Actual 0% - Esperado 80%)

El personal de Enfermería del Servicio de Oncología Radioterápica junto con los facultativos responsables barajamos la posibilidad de ampliar la realización de la llamada a las pacientes diagnosticadas de Ca Cérnix operado tratadas con Radioterapia Externa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de no haber podido realizar llamadas telefónicas, se cree de vital importancia el seguimiento no presencial de estas pacientes para mantener un seguimiento permanente de la paciente y asesorar ante cualquier efecto adverso preservando su calidad de vida y favoreciendo su confortabilidad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/601 ===== ***

Nº de registro: 0601

Título
SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO

Autores:
GARCIA GIMENO BLANCA, MUÑOZ SAENZ ENCARNA, IRUN CUAIRAN MARIA JESUS, SANCHO SERRANO ANGEL, CARRUESCO CRESPO IRENE, MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, CAMPOS BONEL ARANCHA, MIRANDA BURGOS ANABELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cáncer de Cérnix es el segundo tipo de cáncer ginecológico más común en las mujeres. La edad media de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0601

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO

aparición es a los 45 años. Es frecuente en países en vías de desarrollo, diagnosticándose más de 400.000 nuevos casos cada año en el mundo.

En líneas generales, las pacientes con cáncer de Cérvix en estadios iniciales, se tratan con cirugía y las que tienen tumores avanzados, se tratan con radioquimioterapia concomitante. La correcta utilización en tiempo y forma de la braquiterapia como parte integral del tratamiento del cáncer de Cérvix se comporta como factor pronóstico en el control local de la enfermedad.

El tratamiento con braquiterapia electrónica en cáncer de Cérvix no operado se realiza en cuatro sesiones, dos días consecutivos (generalmente jueves y viernes), durante dos semanas seguidas. La paciente el día previo a la 1ª sesión de Braquiterapia ingresa en el Hospital por la tarde, realizándose el tratamiento los días siguientes a la fecha de ingreso, recibiendo la primera y segunda sesión de tratamiento. Tras las dos sesiones si la paciente se encuentra en buen estado es dada de alta, repitiéndose el mismo esquema para la tercera y cuarta sesión de tratamiento, en la semana siguiente.

Por el tiempo transcurrido entre sesiones el personal de Enfermería puede desempeñar un papel importante en la detección de posibles efectos secundarios, así como poder ofrecerle a la paciente un apoyo durante el proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

Mayor seguimiento de la paciente durante y tras finalizar el tratamiento con el fin de poder valorar como se encuentra la paciente, tanto física como emocionalmente; además de poder detectar cualquier efecto secundario derivado del mismo tratamiento y si fuera necesario, junto al facultativo responsable del tratamiento, tomar las medidas pertinentes.

MÉTODO

Una vez dada de alta, el lunes el personal de Enfermería de Oncología Radioterápica llamará por teléfono a la paciente con el fin de hacer una valoración general respecto al siguiente Check - List:

- Estado general
- Fiebre
- Dolor (según escala EVA): si ha precisado analgesia

- Toxicidad ginecológica / urinaria (según escala CTAE 4.0)
- Sangrado vaginal
- Disuria
- Nicturia
- Polaquiuria
- Hematuria
- Toxicidad rectal (según escala CTAE 4.0)
- Diarrea
- Rectorragia
- Rectitis

- Cumplimiento de tratamiento
- Lavados con Rosalgin
- Óvulos de Cicatridina

Si tras la llamada y comentado con los facultativos responsables del tratamiento se valora que todo está correcto, la paciente procederá al ingreso para realizar las dos siguientes sesiones de Braquiterapia, espaciadas en una semana. Una vez finalizado el tratamiento, el lunes se volverá a llamar a la paciente para volver a valorar su estado general y reforzar las recomendaciones al alta, de acuerdo al Check - List.

INDICADORES

- Inclusión de las pacientes nuevas desde su implantación (grado de cumplimiento 95%)
- % pacientes que llevan a cabo los cuidados previos y posteriores a la realización de la técnica (Actual 0% - Esperado 90%)
- % pacientes que disminuyen sus dudas tras la realización de la llamada telefónica (Actual 0% - Esperado 80%)

DURACIÓN

Desarrollo del contenido de los puntos a incluir en el Check -List: Febrero 2019
Realización de la llamada: Marzo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0601

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO TELEFONICO DE ENFERMERIA A LAS PACIENTES SOMETIDAS A BRAQUITERAPIA ELECTRONICA EN CANCER DE CERVIX NO OPERADO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0824

1. TÍTULO

PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE RAMON TERRE FALCON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ DELGADO LAURA
GOMEZ DIAZ MARIA COVADONGA
RIVARES ESTEBAN JAVIER
ARTAL SANCHEZ RAQUEL
URGEGUI GARCIA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Busqueda bibliografica para documentacion cientifica Ramon Terre Falcon
Sesiones clinicas de puesta al dia en la problemática. Javier Rivares Esteban, Raquiel Artal
Reuniones intradepartamentales de consenso terapeutico. Laura Perez Delgado
Elaboracion de documentos preliminares. Rafael Fernandez Liesa, Angel Urpegui
Redacción definitiva del protocolo Carmen Orte Aldea

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El protocolo se ha realizado mediante los pasos de elaboración anteriormente citados y actualmente se encuentra en disposición de presentación al resto del equipo ORL, mediante una sesión clínica, que se difundirá por todos los servicios implicados en el mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es conveniente conocer metodología de realización de consensos entre facultativos.
El seguimiento a largo plazo de los pacientes se hace difícil porque al tratarse de una patología banal y con buenos resultados quirúrgicos, el numero de pacientes perdidos en las revisiones al encontrarse bien es elevado. Por lo que confirmar la mejora de los resultados después de su aplicación presenta cierta problemática que podría resolverse fácilmente con la constitución de una consulta específica de seguimiento dada la cuantía de pacientes intervenidos en nuestros centros de dicha patología

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/824 ===== ***

Nº de registro: 0824

Título
PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS

Autores:
TERRE FALCON RAMON, PEREZ DELGADO LAURA, GOMEZ DIAZ MARIA COVADONGA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, RIVARES ESTEBAN JAVIER, ARTAL SANCHEZ RAQUEL, SANCHEZ FERNANDEZ LUCIA SORAYA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0824

1. TÍTULO

PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS

La hipertrofia de cornetes inferiores (HCI) se define como el aumento del tamaño de los cornetes inferiores que provoca obstrucción de las fosas nasales. Es una de las causas más comunes de obstrucción nasal y constituye la octava causa de cirugía en ORL. Las principales causas de hipertrofia de cornetes inferiores bilateral es la rinitis crónica en sus diversas formas: Rinitis alérgica crónica (es la causa más frecuente, existen más de 600 millones de alérgicos). Rinitis crónica No alérgica o Vasomotora. Rinitis medicamentosa. Rinitis durante el embarazo u hormonal (menstruación). Hipertrofia turbinal relativa en una nariz estrecha. En la mayoría de las ocasiones la hipertrofia de cornetes es controlada con tratamiento farmacológico. El tratamiento médico más efectivo es la administración de corticoides tópicos (Ct) y antihistamínicos (Anhl). En el consenso de 2003 se determina que la única indicación de cirugía es el fallo del tratamiento médico. Pero existen una serie de ítems a tener en cuenta que son: 1. Que No existe consenso en la literatura de cuánto tiempo debemos mantener el tratamiento médico. 2. El proceso quirúrgico ideal debe de reducir el tamaño de los cornetes conservando su forma responsable de la dirección y formación del flujo nasal, puesto, preservar sus funciones fisiológicas al mismo tiempo que disminuya al máximo las posibles complicaciones. 3. Que No existe consenso en una técnica específica

RESULTADOS ESPERADOS

Por todo ello consideramos esencial la elaboración de un protocolo terapéutico. Los objetivos de este son: Estandarizar el tratamiento médico y quirúrgico de la HCI. Disminuir la arbitrariedad ineterfacultativa de la indicación. Estandarizar los resultados en el tratamiento quirúrgico. Mejorar la eficiencia de las actuales técnicas quirúrgicas. Disminuir el número de reintervenciones. Disminuir el gasto sanitario en esta patología aplicando aquellas medidas terapéuticas que tengan mejor índice coste - beneficio.

MÉTODO

Este protocolo tiene en cuenta la etiología subyacente a la HCI y el coste-efectividad del proceso quirúrgico. Es el siguiente:

En casos de rinitis aislada con criterios de CSI:

- HCI en rinitis alérgica: Tratamiento medicamentoso: 1. Ct durante tres meses. 2. Si no mejora iniciar tratamiento concomitante con Ct + Anhl orales durante tres meses más. 3. Tratamiento quirúrgico con AL o sedación en CSI: Radiofrecuencia. 4. Tratamiento quirúrgico con AG en CSI: - Turbinectomía parcial o submucosa endoscópica. - Turbinectomía total o sección del nervio vidiano, si no mejora con turbinectomía parcial endoscópica
- HCI en rinitis medicamentosa / hormonal: Dejar el fármaco y utilizar spray con corticoides durante 3 meses. Si no mejoría o incapaz de dejar el fármaco planteamos cirugía con AL o sedación (radiofrecuencia)
- HCI en rinitis no alérgica / vasomotora: Evitación de desencadenantes (frio /calor/picante/ fármacos) + Ct durante tres meses.
- HCI por concha bullosa: Tratamiento quirúrgico con AG en CSI (turbinectomía parcial endoscópica).

En casos de rinitis asociada a otra patología que no cumplen criterios de CSI:

HCI en rinitis alérgica + IVN por dismorfia septal: Tratamiento medicamentoso: 1. Ct durante tres meses. 2. Si no mejora iniciar tratamiento concomitante con Ct + Anhl orales durante tres meses más. Tratamiento quirúrgico con AG e ingreso de ambas patologías: Turbinectomía parcial o submucosa endoscópica + septoplastia. HCI en rinitis alérgica + IVN por Poliposis nasosinusal: 1. Protocolo de cirugía en poliposis nasosinusal del HUMS. 2. En caso de que el paciente requiera de Tratamiento quirúrgico según nuestro protocolo: CENS para polipectomía a demanda y/o radical + Turbinectomía parcial o submucosa endoscópica.

INDICADORES

Obtendremos una base de datos de cada uno de los pacientes con dicha patología, para ulteriores estudios de eficacia y eficiencia de los procedimientos terapéuticos realizados. En caso de hacer estudios posteriores se aplicaran los indicadores de coste efectividad y eficiencia más convenientes a las características del estudio aplicado. La monitorización de los resultados se realizara mediante: La realización de la encuesta NOSE, antes y después de la cirugía, que nos informara sobre el grado de mejoría subjetiva que el paciente percibe después de la aplicación del procedimiento terapéutico. La realización de rinomanometría antes y después de la cirugía, para comprobar de una manera objetiva la mejoría en la patología.

DURACIÓN

Desde inicio de proyecto en noviembre de 2016 hasta noviembre de 2017.

11/2016: elaboración de la base de datos y remodelación del protocolo.

OBSERVACIONES

Este proyecto no incluye E. estadísticos iniciales pero si está proyectado realizarlos una vez obtenida la muestra de pacientes.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1268

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE SEVERA EN EL HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA PEREZ DELGADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
DE MIGUEL GARCIA FELIX

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de un protocolo de tratamiento de la papilomatosis laríngea recurrente y difusión del mismo:
Se realizó una revisión bibliográfica recogiendo los artículos más relevantes sobre el tema hasta la fecha, se consultó con algunos expertos y se elaboró un protocolo que se presentó en sesión clínica al Servicio de ORL.

DRA. LAURA PEREZ DELGADO
Noviembre 2016

2. Introducción de los pacientes incluidos en el protocolo en una base de datos para su estudio y seguimiento:
En diciembre de 2016 se creó una base de datos para los pacientes de la consulta de voz donde se incluyen a los pacientes de PLR.

DRA. LAURA PEREZ DELGADO / DR. FERNANDEZ LIESA

Diciembre 2016

3. Revisión periódica de los pacientes y análisis de su evolución a largo plazo:

Todos los pacientes que entran en el protocolo de PLR son controlados en consulta de voz antes y después de cada una de las intervenciones realizando un estudio de su calidad vocal que incluye videolaringoestroboscopia con grabación de la voz. Una vez que finalizan el tratamiento y están libres de enfermedad son controlados de forma anual durante 3-5 años.

DRA. LAURA PEREZ DELGADO / DR. FERNANDEZ LIESA

Diciembre 2016

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A) INDICADORES:

1.- Nº de pacientes diagnosticados de papilomatosis laríngea recurrente (PLR) en la consulta de voz del HUMS: La PLR es una enfermedad poco frecuente y su tratamiento puede llegar a ser complejo y desesperante. El objetivo final es ofrecer un tratamiento centralizado y unificado a los pacientes con papilomatosis laríngea recurrente, que mejore la eficacia en cuanto a la curación de la enfermedad y reduzca en la medida de lo posible sus complicaciones y secuelas.

2.- Nº de pacientes diagnosticados de PLR severa incluidos en el protocolo de tratamiento: El diagnóstico de papilomatosis laríngea recurrente no es suficiente para ser incluido en el protocolo de tratamiento que incluye terapia adyuvante con cidofovir. Cada paciente debe ser estudiado de forma individual y deben cumplirse una serie de indicaciones. Si el paciente es candidato a dicho protocolo, se le debe informar debidamente de los riesgos y características del tratamiento. Si éste da su consentimiento por escrito, se solicita el fármaco a farmacia y dicha solicitud será revisada y aceptada por el comité de ética del Hospital. El número de pacientes diagnosticados de PLR debe ser superior al número de pacientes diagnosticados de PLR que entran en el protocolo de tratamiento descrito.

3.- Nº de pacientes libres de enfermedad: tras el protocolo de tratamiento, los pacientes son controlados en la consulta de voz y se consideran libres de enfermedad cuando no se observan papilomas en la mucosa de la laringe durante los 12 meses posteriores a la última intervención de exéresis de los papilomas.

4.- Nº de pacientes incluidos en el protocolo de PLR severa con estudio completo de la calidad de voz antes y después del tratamiento: debido a que la enfermedad es recidivante, las múltiples intervenciones que son necesarias para su erradicación pueden dejar como secuela una mala calidad vocal o incluso insuficiencia respiratoria severa por estenosis laríngeas. El objetivo es que todos los pacientes (100%) tengan un estudio vocal, antes de iniciar el tratamiento y tras finalizar el mismo.

5.- Grado de cumplimiento del protocolo: Nº de pacientes diagnosticados de PRL severa e incluidos en el protocolo de tratamiento con cumplimiento del protocolo descrito. El objetivo es llegar a un estándar de cumplimiento del protocolo de 90%.

B) SEGUIMIENTO DE INDICADORES:

fecha de evaluación 20-12-2017

1. 6 pacientes han sido diagnosticados de papilomatosis laríngea recurrente en la consulta de voz del HUMS durante este periodo.

2. 4 pacientes fueron incluidos en el protocolo de papilomatosis laríngea recurrente del HUMS, ya que solo estos cumplían las indicaciones establecidas en el protocolo.

3. Los cuatro pacientes (100%) se encuentran en el momento actual libres de enfermedad.

4. Todos los pacientes incluidos en el protocolo (100%) tienen un estudio completo de su calidad vocal antes y después del tratamiento,

5. En los cuatro pacientes ha habido un cumplimiento de protocolo correcto (100%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta el momento los objetivos planteados al diseñar el proyecto se han alcanzado. Debido a la baja

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1268

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE SEVERA EN EL HUMS

frecuencia de la enfermedad el número de pacientes diagnosticados e incluidos en el protocolo de tratamiento es pequeño. El objetivo a largo plazo es consolidar un centro de referencia de pacientes con papilomatosis laríngea recurrente en nuestra comunidad autónoma para un tratamiento adecuado, que aumente la seguridad, mejore los resultados en cuanto a calidad vocal y reduzca las complicaciones y secuelas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1268 ===== ***

Nº de registro: 1268

Título
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE EN EL HUMS

Autores:
PEREZ DELGADO LAURA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, DE MIGUEL GARCIA FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La papilomatosis respiratoria recurrente es una enfermedad relacionada con la infección del virus del papiloma humano (VPH) caracterizada por la aparición de lesiones de aspecto vegetante en el epitelio respiratorio que pueden afectar a una o ambas cuerdas vocales así como a cualquier otra localización de la vía respiratoria. Se trata de una enfermedad crónica infrecuente (4,3 por cada 100.000 niños y 1,8 por cada 100.000 adultos), pero su coste económico es alto y puede ocasionar alteraciones emocionales en los pacientes y sus familiares. Muchos de los pacientes que la padecen deben someterse a múltiples intervenciones quirúrgicas por su gran tendencia a la recidiva y las secuelas en la calidad de la voz pueden ser importantes. Existe un patrón bimodal de distribución por edades con 2 picos de edad: de 2 a 5 años y de 20 a 30 años. Existe un riesgo de malignización de las lesiones descrito en el 4% de los pacientes. A pesar de que las formas más agresivas de papilomatosis laríngea recurrente se dan en adultos, el diagnóstico antes de los 3 años de vida triplica el riesgo de necesitar más de cuatro procedimientos quirúrgicos por año y duplica el riesgo de afectación de dos o más lugares anatómicos. El tratamiento estándar actual es exéresis quirúrgica completa de los papilomas y la preservación de estructuras normales. En pacientes con afectación de la comisura anterior o posterior con papilomas de alta agresividad, el objetivo debe ser asegurar la vía aérea preservando el tejido sano para evitar complicaciones como estenosis glóticas o subglóticas, o la formación de sinequias que reduzcan el espacio glótico. Aunque la cirugía de las lesiones es el pilar del tratamiento en la papilomatosis, algunas formas de tratamiento adyuvante son necesarias en al menos el 20% de los casos. Las indicaciones más ampliamente aceptadas para la aplicación de un tratamiento adyuvante son la necesidad de más de 4 procedimientos quirúrgicos por año, el rápido crecimiento de la papilomatosis con compromiso de la vía aérea o la extensión distal multicéntrica de la enfermedad. En la actualidad el tratamiento adyuvante más utilizado a nivel mundial es el cidofovir intralesional, aunque existe controversia en cuanto a la forma de administración y sus indicaciones.

En nuestro Hospital, el cidofovir como tratamiento adyuvante en la papilomatosis laríngea recidivante fue solicitado y aprobado en el año 2013 con resultados satisfactorios. Con este proyecto trataremos de protocolizar el tratamiento de esta enfermedad basándonos en una revisión bibliográfica actualizada y nuestra experiencia en los últimos años. Se realizarán además revisiones periódicas de los pacientes incluidos en el protocolo y se revisarán los resultados a largo plazo.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo final es ofrecer un tratamiento centralizado y unificado a los pacientes con papilomatosis laríngea recurrente, que mejore la eficacia en cuanto a la curación de la enfermedad y reduzca en la medida de lo posible sus complicaciones y secuelas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1268

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE SEVERA EN EL HUMS

MÉTODO

- a) Elaboración de un protocolo de tratamiento de la papilomatosis laríngea recurrente y difusión del mismo.
- b) Introducción de los pacientes incluidos en el protocolo en una base de datos para su estudio y seguimiento.
- c) Revisión periódica de los pacientes y análisis de su evolución a largo plazo.

INDICADORES

Nº de pacientes diagnosticados de papilomatosis laríngea recurrente (PLR)

Nº de pacientes diagnosticados de PLR incluidos en el protocolo de tratamiento.

Nº de pacientes libres de enfermedad

Nº de estudios completos de la calidad de voz de los pacientes incluidos en el protocolo antes y después del tratamiento.

DURACIÓN

Elaboración de protocolo y difusión: noviembre y diciembre de 2016

Base de datos y seguimiento de los pacientes: Se realizará una revisión bianual de los pacientes incluidos en el protocolo a partir del año 2016.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1390

1. TÍTULO

INGRESO DEL PACIENTE EN EL DIA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE RAFAEL FERNANDEZ LIESA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EL UALI ABEIDA MAHFOUD
FRAILE RODRIGO JESUS JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Planificación y diseño del circuito del paciente para su ingreso en el día de la cirugía entre el Servicio de ORL coordinando la actuación entre Facultativos del Servicio, Personal de enfermería de la planta cuarta y el Servicio de Admisión (marzo 2017).
Se informó a todo el personal que participa en el proceso (abril 2017)
Puesta en marcha del nuevo sistema de ingreso en mayo de 2017
Se registraron incidencias y se realizaron ligeras modificaciones en el proceso.
Actualmente se sigue realizando el proceso de ingreso del paciente en el día de la cirugía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha reducido la estancia media que en el 2016 era de 3,57 días a la media de final de 2017 de 2,81 días

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La creación de nuevos procedimientos o la modificación de parte de algunos procesos, como es el caso de este proyecto, aporta una mejora en la calidad de atención al usuario y un uso mas eficiente de los recursos disponibles.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1390 ===== ***

Nº de registro: 1390

Título
INGRESO DEL PACIENTE EN EL DIA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Autores:
FERNANDEZ LIESA RAFAEL, DE MIGUEL GARCIA FELIX, FRAILE RODRIGO JESUS, GOMEZ DIAZ MARIA COVADONGA, PEREZ DELGADO LAURA, ELUALI MAHFOUD, TERRE FALCON RAMON, GUALLAR LARPA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Enfermedades del oido
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La reducción de la estancia hospitalaria aporta calidad en la atención al paciente y es mas eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir la estancia media de los pacientes programados para cirugía bajo anestesia general

MÉTODO
Servicio: Ingreso en el día de la cirugía.
Actividades:
Planificar y coordinar el circuito del paciente para su ingreso en el día de la cirugía entre el Servicio de ORL y Admisión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1390

1. TÍTULO

INGRESO DEL PACIENTE EN EL DIA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Informar a todo el personal que participa en el proceso del ingreso del paciente de las modificaciones respecto del sistema actual de ingreso. Se informa al personal de planta, personal de consultas, personal de admisión y facultativos.

Puesta en marcha del nuevo sistema de ingreso.

Registro de incidencias

Evaluación de la puesta en marcha y propuesta de modificaciones tras un mes de funcionamiento

INDICADORES

Estancia media

Número de pacientes que ingresan el día de la cirugía programada

DURACIÓN

Se ha realizado la propuesta de circuito.

Se ha comenzado su implantación en este mes.

Evaluación de la implementación inicial en mayo 2017

Modificaciones del circuito de ingreso de los pacientes Mayo 2017

Aplicación definitiva.

Evaluación de resultados: diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1392

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DEL TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE JESUS JOSE FRAILE RODRIGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LEACHE PUEYO JAIME
GIL PARAISO PEDRO
LLORENTE ARENAS EVA
GUALLAR LARPA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Acción/es Desarrollo de la ficha con datos clínicos de petición de Videonistagmografía, Jesús Fraile, Febrero- Marzo 2017
2. Divulgación e implantación de la ficha, Jesús Fraile, Jaime Leache, Pedro Gil, Eva Llorente, Abril - Mayo 2017
3. Evaluación de la implementación de la Ficha
Jesús Fraile, Jaime Leache, Pedro Gil, Eva Llorente, Mayo 2017
4. Modificaciones a la ficha Jesús Fraile, María Guallar Junio 2017
5. Evaluación de resultados Jesús Fraile, Jaime Leache, Pedro Gil, Eva Llorente, María Guallar, Diciembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Febrero 2017: Desarrollo de la ficha de petición de Videonistagmografía
2. Situación inicial:
-Diciembre 2016: Número de pacientes en lista de espera de realización de Videonistagmografía: 211 pacientes
-Diciembre de 2016 Demora en la realización de Videonistagmografía: 8 meses
3. Marzo 2017: Divulgación e implantación de la ficha de petición de Videonistagmografía: incluyendo charlas presenciales y envío de una carta explicativa a cada ambulatorio y a cada Hospital del área de referencia
4. Abril 2017 Puesta en marcha y obligatoriedad de relleno de la ficha
5. Mayo 2017 Evaluación de la implementación de la ficha: 98% sin grandes problemas
6. Mayo 2017 No se hacen modificaciones sobre la ficha
Junio de 2017
7. Se realiza por parte del Hospital la compra de un aparato de Video Test de Impulso Cefálico (vHIT. Video Head Impulse TEST) que facilita, completa y hace más rápida la realización de las pruebas vestibulares.
8. Septiembre 2017 Primera evaluación de la situación:
-Número de pacientes en lista de espera de realización de Videonistagmografía: 79 pacientes
-Demora en la realización de Videonistagmografía: 4,5 meses
9. Diciembre 2017 Última Evaluación de la situación final:
-Número de pacientes en lista de espera de realización de Videonistagmografía: 38 pacientes
- Demora en la realización de Videonistagmografía: 1,5 a 2 meses

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos muy satisfechos con lo conseguido por lo que supone de mejora para los pacientes con problemas de equilibrio.
Ha sido definitivo aparte del desarrollo de la ficha de datos clínicos, la compra por parte del Hospital del aparato de Video Test de Impulso Cefálico (Video Head Impulse Test, vHIT) que hace las exploraciones más rápidas y proporciona más datos clínicos.
Además del evidente acortamiento de los plazos de espera, creemos que hemos mejorado los informes de la situación vestibular al contar con mejores datos clínicos y con el vHIT que aporta más datos para la valoración vestibular.

7. OBSERVACIONES.

La continuación natural del proyecto de mejora es definir mucho mejor las indicaciones solo de Videonistagmografía y prueba calórica (que existen todavía) y de vHIT, para realizar en días diferenciados Videonistagmografías y vHIT y mejorar todavía más la información obtenida.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1392 ===== ***

Nº de registro: 1392

Título
PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DE TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1392

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DEL TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

Autores:
FRAILE RODRIGO JESUS, LEACHE PUEYO JAIME, GIL PARAISO PEDRO, LLORENTE ARENAS EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace tiempo la Videonistagmografía ha constituido la prueba fundamental para el diagnóstico etiológico de los problemas que provocan Vértigo Periférico. Hace un tiempo se describieron y se comercializaron otro tipo de pruebas que vienen a reemplazar en muchos casos la realización de una videonistagmografía, como se trata del Video Test de Impulso Cefálico (Video Head Impulse Test -vHIT) que son más rápidas y menos agresivas, pero de las que no disponemos en el Hospital Miguel Servet.
Se ha producido un incremento progresivo de las solicitudes en los últimos años que este último año ha sido exponencial.
A todo ello debemos añadir que actualmente las pruebas diagnósticas para esta patología existentes en el HUMS son las únicas funcionantes y disponibles en toda la comunidad autónoma aragonesa.
Pretendemos con este proyecto mejorar el diagnóstico de los pacientes con síndrome vertiginoso, racionalizando la petición de las pruebas incluyendo un cuestionario clínico que mejora la orientación y permite aportar más en el informe del resultado de la prueba

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GLOBAL: Mejorar la atención en pacientes con síndrome vertiginoso
Objetivos específicos:
Diseño de un cuestionario de solicitud de VNG
Reducción del tiempo de demora para realizar VNG

MÉTODO
Procedimiento para la selección de las indicaciones, aumentando la calidad de la información necesaria para la interpretación de los resultados.
Realización de la nueva solicitud de videonistamografía
Difusión por los Servicios de ORL de los Centros y Hospitales de la comunidad explicando los cambios y el protocolo diagnóstico de estos pacientes en la nueva situación

INDICADORES
Realización de la nueva solicitud de videonistamografía
Tiempo de demora en realizar una prueba vestibular:

DURACIÓN
Se ha realizado la propuesta de diseño de impreso de solicitud.
Divulgación e implantación: abril y mayo 2017
Evaluación de la implementación en mayo 2017
Modificaciones junio 2017
Aplicación definitiva.
Evaluación de resultados: diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1392

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DEL TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1395

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO PARA LAS PRUEBAS AUDIOLOGICAS REALIZADAS A NIÑOS EN EL ESPACIO "AUDIONAUTAS"

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE EUGENIO ANDRES VICENTE GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN SAMPERIZ LUIS
GUALLAR LARPA MARIA
LLORENTE ARENAS EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dar a conocer a los diferentes miembros del servicio y, sobre todo, a los otorrinolaringólogos del resto de Aragón nuestro proyecto (septiembre 2.017).
Crear un nuevo modelo de registro con muchas imágenes y muy poco texto, que permite una interpretación rápida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
40 pacientes con informe adecuado / 41 pacientes explorados en el espacio "audionautas": 97'5% cumplimiento el primer año (26-XII-17).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desarrollo incompleto del espacio audionautas por falta de acondicionamiento del despacho (lleva casi 2 años esperando). Esto puede dificultar el cumplimiento definitivo del proyecto, ya que precisamos un amueblamiento del que ahora carecemos (mesa, sillas, teléfono, ordenador, impresora, etc).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1395 ===== ***

Nº de registro: 1395

Título
CREACION E IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO PARA LAS PRUEBAS AUDIOLOGICAS RELIZADAS A NIÑOS EN EL ESPACIO "AUDIONAUTAS"

Autores:
VICENTE GONZALEZ EUGENIO, CARMEN SAMPERIZ LUIS, GUALLAR LARPA MARIA, LLORENTE ARENAS EVA, LLANO ESPINOSA MARIA, VIVES ROCOMA EMILIO, REBOLLEDO BERNAD LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con la creación del espacio "audionautas" y la dotación con diverso material del mismo, podemos efectuar diversas pruebas de audición con diferentes grados de complejidad, que antes era imposible realizar en el HUMS. Es necesario documentar adecuadamente la realización de las pruebas de audiolgía infantil

RESULTADOS ESPERADOS
La creación de un nuevo modelo de registro, nos permitirá recoger en una sola hoja toda la información de las diferentes pruebas audiológicas practicadas.

MÉTODO
Antes no disponíamos del equipamiento necesario, en consecuencia, no podíamos hacer pruebas audiológicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1395

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO PARA LAS PRUEBAS AUDIOLOGICAS REALIZADAS A NIÑOS EN EL ESPACIO "AUDIONAUTAS"

completas; este modelo de documentación de pruebas audiológicas será de nueva implantación en el HUMS. Se va a diseñar de una manera muy sencilla, con muchas imágenes y muy poco texto. Así podrá ser rápidamente valorado por los especialistas que nos remiten a los pacientes, que al ser centro regional, son de múltiples centros hospitalarios (si bien, la mayoría de los niños se controlan en el Hospital Infantil). Dar a conocer a los diferentes miembros del servicio y, sobre todo, a los otorrinolaringólogos del resto de Aragón nuestro proyecto. Intentaremos consensuarlo con ellos.

INDICADORES

Número de pacientes que salen del espacio "audionauta" con el informe adecuado/ número de pacientes a los que realizamos las pruebas: >70% desde su puesta en marcha.

DURACIÓN

Tener su diseño entre 1-VII-17 y el 30-IX-17 y comenzar su uso continuado tras ello.
Evaluación de resultados: diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1396

1. TÍTULO

APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE FELIX DE MIGUEL GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ADIEGO LEZA ISABEL
EL UALI ABEIDA MAHFOUD
MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO
SEVIL NAVARRO JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Divulgación entre los profesionales de los protocolos actualizados de tratamiento del carcinoma de cabeza y cuello.
- Todos los jueves laborables del año se reúne el Comité de tumores de Cabeza y Cuello a las 8 horas.
- Se presentan todos los pacientes con cáncer de laringe y faringe diagnosticados durante la semana, con su historia clínica, el diagnóstico patológico (AP), Diagnóstico de extensión (Exploración y TC).
- A cada paciente se le indica el tratamiento adecuado, según el nuevo protocolo y de acuerdo a su localización, clasificación TNM y características personales del paciente. Se consigna en la historia.
- A continuación se registran todos los pacientes presentados en la base de datos incluida en HP-Doctor por el Servicio de Informática. Deben quedar registrados los siguientes tratamientos que puedan precisar los pacientes, según la evolución que presenten a lo largo del seguimiento, durante 5 años
- Al cerrar la base de datos se genera un informe que queda colgado en la historia de intranet del paciente, en "otros informes", donde conste la filiación del paciente, las características del tumor (localización, extensión, TNM, AP) y el tratamiento que se ha decidido en el comité de tumores de C y C, de acuerdo a los nuevos protocolos
- El seguimiento de los pacientes se realizará al menos durante 5 años, o más tiempo si los pacientes presentan recidiva durante el seguimiento; o hasta el fallecimiento del paciente.
- La acción se repetirá en cada paciente cuando exista algún cambio en su evolución y precise nuevo tratamiento, durante los 5 años siguientes al último tratamiento realizado (tiempo de seguimiento).
- Trascurridos los 5 años de seguimiento, si no ha habido recidivas, el paciente se registrará como vivo y libre de enfermedad generando el consiguiente informe.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante los meses de 1 de abril a 27 de noviembre de 2017 se han presentado en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello, para decidir su tratamiento y/o la solicitud de pruebas complementarias diagnósticas de acuerdo a los protocolos establecidos, los siguientes casos Clínicos:

LOCALIZACIÓN	Nº DE CASOS CLINICOS		% PRESENTADOS CTCC
Ca DE LARINGE	85	100%	
Ca DE OROFARINGE	24	100%	
Ca DE HIPOFARINGE	13	100%	
Ca DE CAVUM	5	100%	
METASTASIS CLES	10	100%	
OTROS	9	100%	

TODOS LOS CASO CLINICOS DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO VISTOS EN LA SECCIÓN FUERON PRESENTADOS Y DEBATIDOS EN EL COMITÉ DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO.

EN LOS ÚLTIMOS MESES TODOS LOS CASO CLÍNICOS PRESENTADOS SON INCLUIDOS EN LA BASE DE DATOS DEL SERVICIO, EN EL PROGRAMA hpdoctor, GENERANDO UN PEQUEÑO INFORME EN INTRANET EN LA PESTAÑA "otros informes"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Colaboración y aceptación (excelente) del proceso asistencial por parte de los FEAs de los Servicios participantes en el Comité.
- La revisión de los casos clínicos aporta una mayor calidad asistencial en el manejo de estos pacientes oncológicos.
- Los objetivos se han alcanzado al 100%
- Ha costado un poco más el conseguir la introducción de los pacientes en la base de datos de programa "hpdoctor".
- Se ha conseguido implementar que estas actividades sean habituales y obligadas con lo que se garantiza su continuidad.

7. OBSERVACIONES.

En Diciembre de 20016 se actualizaron los protocolos de diagnóstico y tratamiento de los tumores de Cabeza y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1396

1. TÍTULO

APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE

Cuello. Participaron todos los Servicios que forman parte del Comité de Tumores de Cabeza y Cuello. Dichos protocolos se han colgado en la página de calidad de intranet/ subcomité de tumores de cabeza y cuello. Estos protocolos se deben revisar a los 3 años.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1396 ===== ***

Nº de registro: 1396

Título
APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE

Autores:
DE MIGUEL GARCIA FELIX, ADIEGO LEZA ISABEL, EL UALI ABENIA MAHFOUD, MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO, SEVIL NAVARRO JORGE, LLANO ESPINOSA MARIA, VIVES ROCOMA EMILIO, REBOLLEDO BERNAD LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el último trimestre del año 2016, a través del Comité de tumores de cabeza y cuello, se realizó la revisión y actualización de los protocolos de tratamiento del cáncer de laringe y faringe.

Procede, por tanto, garantizar la aplicación de los protocolos más actualizados en el tratamiento de los carcinomas faringolaringeos.

RESULTADOS ESPERADOS
-El 100% de los pacientes con cáncer de faringe y laringe deben ser presentados en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello.
-Más del 95% de los pacientes presentados deben de ser registrados en la base de datos de HP Doctor.
- Más del 95% de los casos deben haber generado un informe en intranet, en la ventana otros informes, donde se recoja cada tratamiento aplicado y las características de cada caso.

MÉTODO
Aplicar los protocolos revisados.
Tener un registro de los mismos.
- Divulgación entre los profesionales de los protocolos actualizados de tratamiento del carcinoma de cabeza y cuello.
-Todos los jueves laborables del año se reunirá el Comité de tumores de Cabeza y Cuello a las 8 horas.
-Se presentarán todos los pacientes con cáncer de laringe y faringe diagnosticados durante la semana, con su historia clínica, el diagnóstico patológico (AP), Diagnóstico de extensión (Exploración y TC).
-A cada paciente se le indicará el tratamiento adecuado, según el nuevo protocolo y de acuerdo a su localización, clasificación TNM y características personales del paciente. Se consignará en la historia.
- A continuación se registrarán todos los pacientes presentados en la base de datos incluida en HP-Doctor por el Servicio de Informática. Deben quedar registrados los siguientes tratamientos que puedan recibir los pacientes, según la evolución que presenten a lo largo del seguimiento, durante 5 años
- Al cerrar la base de datos se generará un informe que quedará colgado en la historia de intranet del paciente, en "otros informes", donde conste la filiación del paciente, las características del tumor (localización, extensión, TNM, AP) y el tratamiento que se ha decidido en el comité de tumores de Cy C, de acuerdo a los nuevos protocolos
- El seguimiento de los pacientes se realizará al menos durante 5 años, o más tiempo si los pacientes presentan recidiva durante el seguimiento; o hasta el fallecimiento del paciente.
-La acción se repetirá en cada paciente cuando exista algún cambio en su evolución y precise nuevo tratamiento, durante los 5 años siguientes al último tratamiento realizado (tiempo de seguimiento).
- Trascurridos los 5 años de seguimiento, si no ha habido recidivas, el paciente se registrará como vivo y libre de enfermedad generando el consiguiente informe.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1396

1. TÍTULO

APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE

INDICADORES

% de los pacientes con cáncer de faringe y laringe deben ser presentados en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello.
% de los pacientes presentados deben de ser registrados en la base de datos
% de los casos deben haber generado un informe en intranet

DURACIÓN

Divulgación entre los profesionales de los protocolos en el mes de mayo.
Inicio de las actividades descritas en junio de 2017.
Evaluación al final del año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0796

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE JAVIER RIVARES ESTEBAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
PEREZ DELGADO LAURA
TERRE FALCON RAMON
URPEGUI GARCIA ANGEL
LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este período y tras realizar varias reuniones entre todos los componentes del proyecto, hemos actualizado todos los informes de alta que corresponden a nuestra sección. La actualización ha supuesto la elaboración de nuevos informes no existentes hasta este momento. Así mismo hemos añadido a dichos informes una serie de recomendaciones postoperatorias específicas en cada proceso quirúrgico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como consecuencia de este trabajo, de tener 4 informes de alta sobre la patología de nuestra sección, hemos pasado a disponer de 13, 9 de ellos completamente nuevos. Esto nos permite elegir más apropiadamente el informe, centrándonos con mayor precisión en la descripción quirúrgica y en el tratamiento a seguir. Como decía anteriormente, hemos incluido al final del mismo una serie de recomendaciones postoperatorias que no constaban en los antiguos informes de alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a este trabajo tenemos mejor cubiertas las necesidades en cuanto a disponer de unos informes de alta más específicos y concretos, que se adaptan perfectamente a lo realizado en la cirugía. Los informes anteriores eran muy genéricos y quedaban cortos en cuanto a la clarificación de la patología y del tratamiento elegido, elemento esencial sobre todo si es leído por algún profesional ajeno a nuestro grupo de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/796 ===== ***

Nº de registro: 0796

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
RIVARES ESTEBAN JOSE JAVIER, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, PEREZ DELGADO LAURA, TERRE FALCON RAMON, URPEGUI GARCIA ANGEL, LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología relacionada con fosas nasales, senos paranasales, rinofaringe, hipófisis y base de cráneo.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hemos detectado que los informes actuales de alta están un poco obsoletos, sobre todo por la incorporación de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0796

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

nuevas técnicas quirúrgicas en nuestra cartera de servicios y dado que tienen más de diez años de antigüedad. Así mismo se pretende redactar nuevas pautas de recomendaciones al alta, enfocadas al bienestar y a la pronta recuperación de los pacientes operados. Con el avance en las técnicas endoscópicas y rinoplásticas se requiere la descripción de nuevos procedimientos, dato importante para las revisiones posteriores y por otros facultativos.

RESULTADOS ESPERADOS

Tener disponibles unos nuevos informes de alta del paciente ingresado o intervenido.
Disponer de unas pautas postquirúrgicas a seguir acordes con la realidad quirúrgica actual de nuestra sección de Rinología, que ha incorporado algunas técnicas quirúrgicas.
El proyecto va dirigido a todos los pacientes operados por parte de la sección de Rinología de nuestro hospital.

MÉTODO

En breve convocaremos una reunión para presentar los objetivos a conseguir en este proyecto.
Repartir las actualizaciones de alta y recomendaciones entre los componentes de la sección.
Reuniones con discusión de los resultados y consenso definitivo de los documentos finales.
Contactar con Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático disponible en ORL.
Implementación en la práctica cotidiana.
Análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación.
Aplicación definitiva.

INDICADORES

Los indicadores que queremos valorar serán:
Número de informes de alta modificados.
Número de nuevos informes de alta diseñados.
Número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presentados.
Porcentaje de informes de altas de la Sección revisados y actualizados.

Pretendemos conseguir, como mínimo, en este periodo de tiempo un 50% de actualizaciones.

DURACIÓN

Primera reunión de los componentes de la sección: 31 de Mayo: Presentación de objetivos y reparto del trabajo entre los componentes de la sección.
Segunda reunión: últimos días de Junio, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados.
Tercera reunión: últimos días de Octubre, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados.
Última reunión: últimos días de Noviembre, pendiente de fijar fecha: Discusión y consenso definitivo de los documentos finales.
Una vez terminada esta fase, se contactará con el Servicio de Informática para añadir los documentos a nuestra carpeta de informes de alta y recomendaciones.

OBSERVACIONES

Se solicitará la colaboración del Servicio de Informática para la implementación de los documentos

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0811

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE INFORMES DE ALTA Y RECOMENDACIONES AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO DEL HUMS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE JORGE SEVIL NAVARRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE MIGUEL GARCIA FELIX
EL UAILI ABEIDA MAHFOUD
ADIEGO LEZA ISABEL
MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO
CORTIZO VAZQUEZ ELOY
LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión inicial para determinar tareas personales, el calendario a seguir, búsqueda bibliográfica.
Reuniones de evaluación y control con exposición del trabajo realizado por cada miembro.
Reunión final para determinar resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han revisado todas las plantillas de informes de alta correspondientes a procesos relacionados con la Sección.(100%)
Se han actualizado todas.
Se han creado tres nuevas plantillas:
-Protesis fonatoria
-Cierre de traqueostoma
-Cirugía del faringostoma
Se han revisado las hojas de información de cuidados per y postoperatorios que se dan a los pacientes. (100%). No ha sido precisa su actualización

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades realizadas han ido dirigidas a mejorar la información al paciente de forma que se creen protocolos de tratamiento que eviten la variabilidad mejorando la Seguridad del paciente y la Calidad Asistencial del Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/811 ===== ***

Nº de registro: 0811

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE INFORMES DE ALTA Y RECOMENDACIONES AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL H.U. MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

Autores:
SEVIL NAVARRO JORGE, DE MIGUEL GARCIA FELIX, EL UALI ABEIDA MAHFOUD, ADIEGO LEZA ISABEL, MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología congénita, infecciosa, funcional o tumoral que afecte a Vías Aerodigestivas superiores
Línea Estratégica ..: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0811

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE INFORMES DE ALTA Y RECOMENDACIONES AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO DEL HUMS

La introducción de nuevas técnicas diagnósticas y quirúrgicas en nuestro medio, hacen necesario la revisión de las plantillas de alta existentes en nuestra sección, así como de las hojas informativas de cuidados postoperatorios del paciente intervenido.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora de la Calidad Asistencial.
Mejora de la Información del paciente.
Mejora en la Creación de Protocolos de Tratamiento
Mejora en la Seguridad del Paciente.
Disminución de la Variabilidad en el Seguimiento postquirúrgico.

MÉTODO

1- Reunión de la Sección para determinar el trabajo a realizar, distribuir a cada miembro los procesos a evaluar, búsqueda de bibliografía y determinar reuniones a realizar.
2- Reuniones mensuales de evaluación del trabajo.
3- Reunión final para valorar resultados.
4- Puesta en contacto con el Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático del Hospital de los nuevos informes de alta y documentos de recomendaciones para el paciente.

INDICADORES

Número de informe de alta actualizados y rediseñados
Número de documentos de información al paciente creados.
Porcentaje de altas actualizadas de la Sección de Cabeza y Cuello

Se considerará alcanzado el objetivo si:

Plantillas de Alta evaluadas (Valor a alcanzar: > 50%)
Hojas de Información evaluadas (Valor a alcanzar: > 50%)

DURACIÓN

1- Reunión de la Sección para determinar el trabajo a realizar, distribuir a cada miembro los procesos a evaluar, búsqueda de bibliografía y determinar reuniones a realizar. (junio 2018)
2- Reuniones quincenales/mensuales de evaluación del trabajo.
3- Reunión final para valorar resultados. (octubre 2018)
4- Puesta en contacto con el Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático del Hospital de los nuevos informes de alta y documentos de recomendaciones para el paciente. (octubre-noviembre 2018)

OBSERVACIONES

Nos pondremos en contacto con Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático del Hospital de los nuevos informes de alta y documentos de recomendaciones para el paciente.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0887

1. TÍTULO

REVISIO DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE FELIX DE MIGUEL GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADIEGO LEZA ISABEL
EL UAILI ABEIDA MAHFOUD
MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO
SEVIL NAVARRO JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Realización de una ficha de recogida de datos. donde consta la ha de los pacientes, el tipo de tumor, el tratamiento indicado por el Comité de tumores y los tiempos referidos.
-Revisión de las historias clínicas de los pacientes y recogida de datos

-Revisión de los datos recogidos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tiempos del circuito de los pacientes

Hemos analizado 30 pacientes, del Servicio de ORL, con cáncer de cabeza y cuello que se han presentado en el Comité de Tumores de Cabeza y cuello (CTCC). Examinamos el tiempo que transcurre para el diagnóstico y el inicio del tratamiento (o tratamientos) de estos pacientes. Definimos, a continuación, los diferentes periodos del circuito de los pacientes desde que son enviados a nuestro servicio y los días de cada periodo.

Tiempo prediagnóstico. (TPD)

Desde que el paciente es enviado del C.M.E, u otro centro, hasta la primera consulta en el hospital.

Rango de 1 a 24 días

Media de 6.5 días

Tiempo de realización de la micro- biopsia (T°Micro-B)

Desde la primera consulta al día que se toma la bopsia

Rango de 0 a 33 días

Media de 14.4 días

Tiempo de Diagnóstico (T Dtco.)

Desde La 1ª Visita ORL hasta tener el Informe A-P y las pruebas complementarias

Rango de 3 a 48 días

Media 19.4 días

Tiempo de TC. (TTC).

Desde que se solicita el TC (1ª Visita) hasta que se realiza.

Rango de 0 a 29 días

Rango 5,5 días

Tiempo del estudio AP (T°AP)

Desde la toma de biopsia hasta el día que se informa por el patólogo.

Rango de 2 a 28 días

Media de 7,7 días

Tiempo de presentación en el CTCC (T°.CTCC)

Desde el día que se informa la AP al que se presenta en el CTCC.

Rango de 3 a 28 días

Media 7.5 días

Tiempo de consulta de anestesia (TA).

Rango de 2 a 25 días

Media 13.4 días

Tiempo de Tratamiento

Tiempo de Cirugía.

Desde que se presenta en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello y se indica la cirugía, hasta que se realiza la cirugía.

Rango de 5 a 30 días

Media 16 días

Tiempo del comienzo de la quimioterapia (T° TQT)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0887

1. TÍTULO

REVISIO DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Desde que se presenta en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello y se indica la quimioterapia, hasta que inicia el tratamiento con quimioterapia.

Rango de 6 a 30.
Media 14.2 días

Tiempo Radioterapia (T RTX).

El tiempo para la simulación, desde que el paciente se presenta en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello, varía en un rango de 6 a 120 días y una media de 30.8 días. Pero el tiempo real para iniciar el tratamiento con radioterapia postoperatoria desde el día de la intervención quirúrgica varía en un rango de 62 a 110 días y una media de 82.6 días

Es necesario descomponer el tiempo de radioterapia en otros tiempos para entender el retraso en el tratamiento en los pacientes que se ha indicado:

Hemos examinado los pacientes que precisan radioterapia tras la cirugía. Para ello hemos valorado una muestra, de estos dos últimos meses de 2018, de 5 pacientes elegidos al azar.

Hay que tener en cuenta el tiempo transcurrido desde el día de la intervención, el tiempo de estudio de Anatomía patológica que, a su vez, justifica el tiempo que transcurre hasta el día de la presentación en el Comité de tumores de Cabeza y Cuello (T° de CTCC: CON UN RANGO DE 26 A 60 Y UNA MEDIA DE 35.2 DIAS) que es el día que se indica la Radioterapia. El Paciente es citado varios días después en la consulta de radioterapia (T° de Consulta. RANGO DE 5-22 Y UNA MEDIA DE 9,6 DIAS) y se indica una TC para la simulación que se realiza unos día más tarde(T° Simulación: RANGO DE 1 -7 Y UNA MEDIA DE 5 DIAS), El Servicio de Física emplea unos días en definir los campos a radiar y las dosis en los mismos (T° Física: RANGO DE 16-27 Y UNA MEDIA 22 DIAS). Por último, transcurren unos días hasta el inicio real del tratamiento (T° inicio: RANGO DE 4-35 Y MEDIA DE 20.6 DIAS). Sumados todos estos tiempos obtenemos el tiempo real de para recibir radioterapia postquirúrgica, que la mayoría de las guías recomiendan que sea de aproximadamente un mes. En nuestro caso, en la muestra realizada, la media de este tiempo es de 82.6 días con un rango de 62 a 110 días

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Los tiempos utilizados para el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico o con quimioterapia de los pacientes son aceptables.
- Son mejorables los tiempos que tarda el Servicio de Anestesia para valorar el preoperatorio y el estudio antopatológico de las piezas quirúrgicas o de las biopsias. Esto hace que se retrase el tratamiento quirúrgico.
- Es necesario acordar un sistema de prioridad con los Servicios de Anestesia y Anatomía Patológica para intentar acortar estos tiempos en los pacientes oncológicos
- El tiempo que tardan los pacientes para recibir radioterapia, una vez indicada, excede de lo que recomiendan las guías clínicas.
- A través del Comité de Tumores de Cabeza y Cuello y en colaboración con el Servicio de Oncología Radioterapia, estamos implantando nuevas formas de envío y citación de los pacientes para disminuir el tiempo real de inicio de la Radioterapia.
- Pero es la presión asistencial, en relación a los medios de los que dispone el Servicio de Oncología Radioterapia, lo que justifica el tiempo de espera para recibir radioterapia

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/887 ===== ***

Nº de registro: 0887

Título
REVISION DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Autores:
DE MIGUEL GARCIA FELIX, ADIEGO LEZA ISABEL, EL UALI ABEIDA MAHFUD, MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO, SEVIL NAVARRO JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cancer de Cabeza y cuello
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0887

1. TÍTULO

REVISIO DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cáncer de Cabeza y Cuello requiere un tratamiento en el estado más precoz posible. Los pacientes diagnosticados y tratados en estadios tempranos en estadios tempranos tienen una supervivencia libre de enfermedad, a los 5 años, de un 90-95%, frente a un 40-50 % de los tumores más avanzados

Procede, por tanto, garantizar unos tiempos de:

- primeras consultas,
- diagnóstico patológico,
- diagnóstico de extensión,
- tratamiento inicial y
- tratamiento complementario,

que no contribuyan a un avance de la enfermedad y empeoramiento del pronóstico de estos pacientes

RESULTADOS ESPERADOS

- Revisar el tiempo de primeras consultas: desde que el paciente es enviado por el ORL del CME, o consulta de MAP hasta que es visto en la consulta del Hospital. Este tiempo debe de ser inferior a 7 días
- Revisar el tiempo diagnóstico: desde que el paciente es visto el primer día, en la consulta del Hospital, hasta tener el diagnóstico patológico de la biopsia y las pruebas de imagen (TC, PET-TAC, RM) que se hayan solicitado y se incluye el paciente en la lista de espera quirúrgica o se indica el tratamiento de Radioterapia y/o Quimioterapia en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello. Este tiempo debe ser inferior a 20 días
- Revisar el tiempo de tratamiento: Desde el día que se entra el paciente en el Comité de tumores indicando el tratamiento hasta el día que comienza el tratamiento. Este tiempo debe ser inferior a un mes.

MÉTODO

- Realización de una ficha de recogida de datos. donde conste la ha de los pacientes, el tipo de tumor, el tratamiento indicado por el Comité de tumores y los tiempos referidos.
- Revisión de las historias clínicas de los pacientes y recogida de datos

-Revisión de los datos recogidos

- Valorar en que parte del circuito no se cumplen los tiempos y analizar sus causas, y proponer medidas orientadas a subsanar el retraso.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con cáncer de faringe y laringe que cumplen los tiempos del circuito.
- Valorar en que parte del circuito no se cumplen los tiempos

DURACIÓN

Divulgación entre los profesionales de la sección el plan asistencial durante el mes mayo 2018
Realización de la ficha de recogida de datos durante el mes de mayo de 2018.
Evaluación al final del año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0920

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE JESUS JOSE FRAILE RODRIGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENTE ARENAS EVA MARIA
LEACHE PUEYO JAIME
GIL PARAISO PEDRO
GUALLAR LARPA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 3 reuniones de la sección de ORL OTOLOGIA: en Mayo para presentar el proyecto y repartir los informes de Alta entre los miembros de la sección, la siguiente en Octubre para discutir los informes realizados y añadir los informes de Alta y la última en Noviembre para repasar los informes definitivos.

Los informes de Alta se han realizado a partir de los ya existentes, actualizándolos a las patologías más frecuentes en nuestro medio (LA OTITIS MEDIA CRÓNICA) y completándolos con los detalles de las técnicas quirúrgicas y los cuidados postoperatorios. Además, se han añadido 4 informes nuevos para al Alta tras la TUBOPLASTIA para canalización de la trompa de Eustaquio, para el Alta tras la colocación de pie de implante osteointegrado, para el alta por CRISIS DE VERTIGO y para el alta tras cirugía del vértigo en general. También hemos añadido a cada informe de Alta posquirúrgico una hoja de recomendaciones para los pacientes (específica para cada intervención) con los cuidados domiciliarios y cómo actuar ante posibles complicaciones después de la intervención quirúrgica. Esta hoja de recomendaciones no existía previamente y se ha realizado específicamente para este proyecto.

Nos encontramos pendientes de contactar con el Servicio de Informática para incluir los informes en el programa HP Doctor, pero se debe a que desde el Servicio de ORL se van a remitir todos los informes de las distintas secciones actualizados para añadirlos a la vez. A pesar de eso, los hemos implementado en nuestra práctica clínica manualmente, editando los informes y añadiendo las recomendaciones domiciliarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado los informes de Alta de balón tubárico, miringoplastia, timpanoplastia, Crisis vertiginosa, cirugía del vértigo, drenajes transtimpánicos, estapedectomía, implante osteointegrado e inespecífico de otología. Los indicadores que se señalaron en el proyecto son:

- Número de informes de alta modificados: 8.
- Número de nuevos informes de alta diseñados: 4.
- Número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presentados: 8.
- Porcentaje de informes de altas de la Sección revisados y actualizados: 9.

Se han actualizado el 100% de los informes de Alta. Esto va a facilitar la comunicación con los pacientes a la hora de explicar el Alta y, gracias a las recomendaciones al Alta, disminuir su ansiedad sobre el cuidado en casa. En muchas ocasiones les da miedo no recordar todos los detalles de los que se les explica con el informe de Alta y de esta manera están más claros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido un proyecto sencillo y muy útil para la práctica clínica diaria ya que se utilizan todas las semanas. Ha quedado pendiente, como ya se ha mencionado, modificar los informes de Alta que salen en el HP Doctor con el servicio de Informática. Es un proyecto que sería interesante repetir en aprox 5 años para actualizar las técnicas quirúrgicas, la patología más frecuente y las recomendaciones al Alta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/920 ===== ***

Nº de registro: 0920

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0920

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

FRAILE RODRIGO JESUS, LLORENTE ARENAS EVA MARIA, LEACHE PUEYO JAIME, GIL PARAISO PEDRO, GUALLAR LARPA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hemos detectado que los informes actuales de alta están un poco obsoletos, sobre todo con la incorporación de nuevas técnicas quirúrgicas en nuestra cartera de servicios ya que tienen más de una década de antigüedad. Así mismo se pretende redactar pautas de recomendaciones al alta por escrito, enfocadas al bienestar y a la pronta recuperación de los pacientes operados. Con el avance de las técnicas quirúrgicas e incorporación de nuevas cirugías otológicas, se requiere la descripción de estos nuevos procedimientos, dato que es importante para las revisiones posteriores y por otros facultativos.

RESULTADOS ESPERADOS

Tener disponibles unos nuevos informes y actualizar los existentes del paciente ingresado o intervenido. Disponer de unas pautas postquirúrgicas a seguir acordes con la realidad quirúrgica actual de nuestra sección de Otolología, que ha incorporado algunas técnicas quirúrgicas. El proyecto va dirigido a todos los pacientes operados por parte de la sección de Otolología de nuestro hospital.

MÉTODO

En breve convocaremos una reunión de todos los miembros de la sección para presentar los objetivos a conseguir con este proyecto. Repartir las actualizaciones de alta y recomendaciones entre los componentes de la sección. Reuniones con discusión de los resultados y consenso definitivo de los documentos finales. Contactar con el Servicio de Informática del hospital para la incorporación al sistema informático disponible en ORL. Implementación en la práctica cotidiana. Análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación. Aplicación definitiva.

INDICADORES

Los indicadores que queremos valorar serán:
- número de informes de alta modificados
- número de nuevos informes de alta diseñados
- número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presentados
- porcentaje de informes de altas del Sección revisados y actualizados.
Pretendemos conseguir, como mínimo, en este período de tiempo un 50% de actualizaciones.

DURACIÓN

Primera reunión de los componentes de la Sección: 7 de junio: presentación de objetivos y reparto del trabajo entre los miembros de la Sección.
Segunda reunión: últimos días de junio, pendiente de fijar fecha: consenso de las propuestas y discusión de resultados
Tercera reunión: mediados de octubre, pendiente de fijar fecha: discusión de resultados.
última reunión: últimos días de noviembre, pendiente de fijar fechas: discusión y consenso definitivo de los documentos finales.
Una vez terminada esta fase, se contactará con el Servicio de Informática para añadir los documentos a nuestra carpeta de informes de alta y recomendaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0920

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0947

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA EN LA SECCION DE ORL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE EUGENIO VICENTE GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUALLAR LARPA MARIA
CARMEN SAMPERIZ LUIS
LLORENTE ARENAS EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 3 reuniones de la sección de ORL infantil: en Mayo para presentar el proyecto y repartir los informes de Alta entre los miembros de la sección, la siguiente en Octubre para discutir los informes realizados y añadir los informes de Alta de la URPA (Unidad de Reanimación Post Anestésica) y la última en Noviembre para repasar los informes definitivos.

Los informes de Alta se han realizado a partir de los ya existentes, actualizándolos a las patologías más frecuentes en nuestro medio (el síndrome de apnea del sueño) y completándolos con los detalles de las técnicas quirúrgicas y los cuidados postoperatorios. Además, se han añadido 2 informes nuevos para al Alta tras la realización de pruebas funcionales en la URPA como son la fibrolaringoscopia con sedación y los potenciales evocados tronculares con sedación. Estos pacientes no precisan ingreso y son Alta el mismo día de la realización de la prueba.

También hemos añadido a cada informe de Alta posquirúrgico una hoja de recomendaciones para los padres (específica para cada intervención) con los cuidados domiciliarios y cómo actuar ante posibles complicaciones después de la intervención quirúrgica. Esta hoja de recomendaciones no existía previamente y se ha realizado, al igual que los informes de la URPA, específicamente para este proyecto.

Nos encontramos pendientes de contactar con el Servicio de Informática para incluir los informes en el programa HP Doctor, pero se debe a que desde el Servicio de ORL se van a remitir todos los informes de las distintas secciones actualizados para añadirlos a la vez. A pesar de eso, los hemos implementado en nuestra práctica clínica manualmente, editando los informes y añadiendo las recomendaciones domiciliarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado los informes de Alta de adenoidectomía, adenoamigdalectomía con drenajes transtimpánicos, adenoamigdalectomía, adenoidectomía con drenajes transtimpánicos, amigdalectomía, drenajes transtimpánicos, extracción de drenajes transtimpánicos y los informes de URPA de fibroscopia infantil y de hipoacusia infantil (Potenciales Evocados de Troncoencéfalo).

Los indicadores que se señalaron en el proyecto son:

- Número de informes de alta modificados: 7.
- Número de nuevos informes de alta diseñados: 2.
- Número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presentados: 7.
- Porcentaje de informes de altas de la Sección revisados y actualizados: 9.

Se han actualizado el 100% de los informes de Alta.

Esto va a facilitar la comunicación con los padres a la hora de explicar el Alta del paciente y, gracias a las recomendaciones al Alta, disminuir su ansiedad sobre el cuidado de los niños en casa. En muchas ocasiones a los padres les da miedo no recordar todos los detalles de los que se les explica con el informe de Alta y de esta manera están más claros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido un proyecto sencillo y muy útil para la práctica clínica diaria ya que se utilizan todas las semanas. Ha quedado pendiente, como ya se ha mencionado, modificar los informes de Alta que salen en el HP Doctor con el servicio de Informática. Es un proyecto que sería interesante repetir en aprox 5 años para actualizar las técnicas quirúrgicas, la patología más frecuente y las recomendaciones al Alta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/947 ===== ***

Nº de registro: 0947

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA EN LA SECCION DE ORL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0947

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA EN LA SECCION DE ORL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

VICENTE GONZALEZ EUGENIO, GUALLAR LARPA MARIA, CARMEN SAMPERIZ LUIS, LLORENTE ARENAS EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología del oído, nariz, faringe y laringe en pacientes pediátricos.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hemos detectado que los informes actuales de alta están un poco obsoletos, sobre todo por el cambio en las indicaciones quirúrgicas de adenoamigdalectomía. Actualmente la principal indicación de la misma es la apnea obstructiva del sueño en niños.

Además, con el avance en las técnicas quirúrgicas y sobretodo en el manejo postoperatorio de estos pacientes, se requiere la descripción detallada de la situación preoperatoria del paciente, dato importante para las revisiones posteriores y por otros facultativos.

RESULTADOS ESPERADOS
Tener disponibles unos nuevos informes de alta del paciente ingresado o intervenido.

El proyecto va dirigido a todos los pacientes operados por parte de la sección de ORL infantil de nuestro hospital.

MÉTODO
En breve convocaremos una reunión para presentar los objetivos a conseguir en este proyecto.
Repartir las actualizaciones de alta entre los componentes de la sección.
Reuniones con discusión de los resultados y consenso definitivo de los documentos finales.
Contactar con Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático disponible en ORL.
Implementación en la práctica cotidiana.
Análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación.
Aplicación definitiva.

INDICADORES
Los indicadores que queremos valorar serán:
Número de informes de alta modificados.
Número de nuevos informes de alta diseñados.
Número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presentados.
Porcentaje de informes de altas de la Sección revisados y actualizados.
Pretendemos conseguir, como mínimo, en este periodo de tiempo un 50% de actualizaciones.

DURACIÓN
Primera reunión de los componentes de la sección: 31 de Mayo: Presentación de objetivos y reparto del trabajo entre los componentes de la sección.
Segunda reunión: últimos días de Junio, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados.
Tercera reunión: últimos días de Octubre, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados
Última reunión: últimos días de Noviembre, pendiente de fijar fecha: Discusión y consenso definitivo de los documentos finales.
Una vez terminada esta fase, se contactará con el Servicio de Informática para añadir los documentos a nuestra carpeta de informes de alta y recomendaciones.

OBSERVACIONES
Se solicitará la colaboración del Servicio de Informática para la implementación de los documentos.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0866

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SORDERA BRUSCA EN LOS SECTORES I Y II. CREACION DE UNA FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA GUALLAR LARPA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRERO EGEEA ANA
FRAILE RODRIGO JESUS
LLORENTE ARENAS EVA
GIL PARAISO PEDRO
LEACHE PUEYO JAIME
CARMEN SAMPERIZ LUIS
REBOLLEDO BERNAD LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En los últimos años se ha publicado abundante literatura sobre el diagnóstico y manejo de la sordera brusca. A raíz de la publicación de un Documento de consenso en la revista de la Sociedad Española de ORL (SEORL), en 2015 elaboramos un protocolo de manejo de esta patología en el Hospital Miguel Servet. Este protocolo era necesario ya que se trata de una entidad que es una urgencia médica y cuya incidencia exacta se desconoce, cuya patogenia es teorizada, con evolución variable y multifactorial y cuyo tratamiento es controvertido. Este protocolo después se adoptó también en el Servicio de ORL del sector I (Hospitales Nuestra Señora de Gracia y Royo Villanova).

Durante estos últimos 4 años hemos ido ajustando y mejorando el protocolo para adaptarlo al día a día en las consultas de ORL, sistematizando las pruebas diagnósticas a solicitar, estableciendo un día específico de la semana para las revisiones de estos paciente y elaborando una base de datos específica.

A raíz de la publicación de un Consenso internacional tras el congreso mundial de París en 2017 y después una nueva Actualización del consenso sobre sordera brusca en 2018 en la revista de la SEORL, nos pareció oportuno revisar y actualizar el protocolo actual de ambos sectores, así como crear una ficha de recogida de datos de cada paciente con lo que facilitar la investigación en un segundo tiempo.

En un primer tiempo hemos realizado una revisión sistemática de la literatura publicada sobre el tema en los últimos 10 años, a través de los términos MESH "(acute OR sudden) AND (hearing loss OR deafness)", y hemos revisado los artículos en relación al grado de evidencia de los mismos. Aunque en 2008 no había guías de práctica clínica ni consensos sobre la sordera brusca y eran escasos los estudios aleatorizados, en los últimos años se han publicado diversas guías sobre el tema, como los consensos mencionados anteriormente. Por ello hemos repartido tanto los artículos seleccionados como las guías de práctica clínica encontradas entre los participantes del proyecto, centrando el trabajo de cada componente en una de las distintas partes del mismo (diagnóstico analítico, diagnóstico radiológico, tratamiento médico, tratamiento transtimpánico y tratamiento con cámara hiperbárica). Posteriormente nos hemos reunido en varias ocasiones para poner en común la información consultada, comentar las novedades encontradas y valorar la idoneidad de su aplicación en nuestro protocolo.

Se ha solicitado la colaboración de otros servicios implicados en esta patología, como son el servicio de Medicina Interna (Unidad de Enfermedades Autoinmunes) en relación con una de las posibles etiologías de la sordera brusca, y el Servicio de ORL y de Medicina hiperbárica del Hospital Militar, en cuanto a su participación en una de las opciones terapéuticas disponibles.

Así pues, finalmente hemos elaborado un nuevo protocolo actualizado, quedando pendiente su presentación tanto en el Servicio de ORL del Hospital Universitario Miguel Servet como en el del Hospital Nuestra Señora de Gracia, para darlo a conocer entre todos los miembros del servicio, y debatir respecto a su aplicación en nuestros servicios. El protocolo se remitirá, una vez presentado a los compañeros de ORL si surgieran consideraciones de última hora, a la Unidad de Calidad Asistencial del H U Miguel Servet para su aprobación por la comisión clínica competente. Una vez aprobado, se colgará el apartado de Protocolos clínicos de Calidad.

También hemos creado una hoja completa de recogida de datos de cada paciente, incluyendo las variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas más relevantes, con el objetivo de disponer de una base de datos en la que consten todos los pacientes atendidos en nuestro servicio por sordera brusca con fines clínicos y de cara a posibles futuras investigaciones. Así mismo será presentada a los compañeros de ambos servicios para asegurar su difusión.

El calendario de reuniones seguido ha sido el siguiente:

- En Mayo de 2019: reunión con los participantes del proyecto para presentar los objetivos y repartir las tareas.
- En Septiembre de 2019: reunión con discusión de los resultados y propuestas de modificación del protocolo actual. Propuesta de variables a recoger en la ficha de recogida de datos.
- En Diciembre de 2019: consenso definitivo del documento final. Elaboración definitiva de la hoja de recogida

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0866

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SORDERA BRUSCA EN LOS SECTORES I Y II. CREACION DE UNA FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

de datos.

El calendario de reuniones pendientes se prevé que sea el siguiente:

- En Febrero de 2020: presentación del protocolo y la ficha de recogida a los miembros de ambos servicios mediante sesión clínica.
- En Marzo y Abril de 2020: implementación del nuevo protocolo en la práctica cotidiana y comenzar a usar la ficha de recogida de datos en todos los pacientes, así como análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación en la práctica clínica.
- En Mayo de 2020, aplicación definitiva del protocolo y recogida de datos de las fichas de los pacientes y evaluación del indicador principal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado conseguido es un protocolo actualizado de manejo de la sordera brusca, en sintonía con las últimas guías de manejo nacionales e internacionales y que sistematice el manejo de estos pacientes en ambos sectores. La población diana son los pacientes afectados de sordera brusca que acuden a Urgencias o a nuestras consultas. Los servicios a los que se dirige el proyecto son los Servicios de ORL del Sector I y II.

Indicador 1, aplicación del protocolo: Número de pacientes que se incluyen en el nuevo protocolo/total de pacientes con sordera brusca vistos en las consultas.
El objetivo es que sean al menos el 80% del total de pacientes.

Indicador 2, uso de la ficha de recogida de datos: Número de pacientes que se recogen en la ficha de datos/total de pacientes con sordera brusca vistos en las consultas.
El objetivo es que sean al menos el 80% del total de pacientes.

La fuente y método de obtención de los indicadores será a través del análisis en el mes de Mayo de las historias de los pacientes atendidos en consulta, se realizará la base de datos correspondiente y su estudio descriptivo, evaluando los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante la continua actualización de conocimientos para ofrecer a la población las estrategias diagnósticas y terapéuticas óptimas en cada momento, así como establecer criterios claros de manejo que nos faciliten la práctica clínica diaria.

Creemos que sería ideal poder realizar más protocolos para distintas patologías, para así unificar nuestras actuaciones como servicio.

La valoración del equipo de mejora ha sido positiva ya que hemos disfrutado de un buen ambiente de trabajo, y ha sido fácil reunirnos para compartir opiniones, así como a la hora de repartirnos el trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/866 ===== ***

Nº de registro: 0866

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SORDERA BRUSCA EN LOS SECTORES I Y II. CREACION DE UNA FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

Autores:
GUALLAR LARPA MARIA, HERRERO EGEA ANA, FRAILE RODRIGO JESUS, LLORENTE ARENAS EVA MARIA, GIL PARAISO PEDRO, LEACHE PUEYO JUAN JAIME, CARMEN SAMPERIZ LUIS, REBOLLEDO BERNAD LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0866

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA SORDERA BRUSCA EN LOS SECTORES I Y II. CREACION DE UNA FICHA DE RECOGIDA DE DATOS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años se ha publicado abundante literatura sobre el diagnóstico y manejo de la sordera brusca. A raíz de la publicación de un Documento de consenso en la revista de la Sociedad Española de ORL (SEORL), en 2015 elaboramos un protocolo de manejo de esta patología en el Hospital Miguel Servet. Este protocolo era necesario ya que se trata de una entidad que es una urgencia médica y cuya incidencia exacta se desconoce, cuya patogenia es teorizada, con evolución variable y multifactorial y cuyo tratamiento es controvertido. Este protocolo después se adoptó también en el Servicio de ORL del sector I (Hospitales Nuestra Señora de Gracia y Royo Villanova). Durante estos últimos 4 años hemos ido ajustando y mejorando el protocolo para adaptarlo al día a día en las consultas de ORL, sistematizando las pruebas diagnósticas, estableciendo un día específico de la semana para las revisiones de estos pacientes y elaborando una base de datos específica. A raíz de la publicación de un Consenso internacional tras el congreso mundial de París en 2017 y después una nueva Actualización del consenso sobre sordera brusca en 2018 en la revista de la SEORL, parece oportuno revisar y actualizar el protocolo actual de ambos sectores. Además, pretendemos crear una ficha de recogida de datos de cada paciente con lo que facilitar la investigación en un segundo tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS

El resultado que esperamos obtener es un protocolo actualizado de manejo de la sordera brusca, en sintonía con las últimas guías de manejo nacionales e internacionales y que sistematice el manejo de estos pacientes en ambos sectores. La población diana son los pacientes afectados de sordera brusca que acuden a Urgencias o a nuestras consultas. Los servicios a los que se dirige el proyecto son los Servicios de ORL del Sector I y II.

MÉTODO

En un primer tiempo haremos una revisión sistemática de la literatura publicada sobre el tema en los últimos 10 años, a través de los términos MESH "(acute OR sudden) hearing loss OR deafness", y revisaremos los artículos en relación al grado de evidencia de los mismos. Aunque en 2008 no había guías de práctica clínica ni consensos sobre la sordera brusca y eran escasos los estudios aleatorizados, en los últimos años se han publicado diversas guías sobre el tema, como los consensos mencionados anteriormente. Repartiremos entre los participantes del proyecto las distintas partes del mismo (diagnóstico analítico, radiológico, tratamiento médico, transtimpánico y con cámara hiperbárica) y revisaremos las novedades que pueden ser aplicables en nuestro protocolo. Se solicitará la colaboración de otros servicios implicados como Medicina Interna (sección de patología autoinmune) y el Servicio de ORL y de Medicina hiperbárica del Hospital Militar. Elaboraremos un nuevo protocolo actualizado, así como una hoja completa de recogida de datos de cada paciente y lo presentaremos a los compañeros de ambos servicios para asegurar su difusión. Como último paso, analizaremos las dificultades que surgen en su aplicación en la práctica clínica y revisaremos su nivel de aplicación en las consultas (indicador 1).

INDICADORES

Indicador 1: Número de pacientes que se incluyen en el nuevo protocolo/total de pacientes con sordera brusca visto en las consultas durante los meses de Octubre de 2019 a Marzo de 2020.
El objetivo es que sean al menos el 80% del total de pacientes.

DURACIÓN

En Abril de 2019 convocaremos una reunión con los participantes del proyecto para presentar los objetivos a conseguir en este proyecto y repartir las tareas.
En Junio de 2019, reunión con discusión de los resultados y propuestas de modificación del protocolo actual. Creación de la ficha de recogida de datos.
En Septiembre de 2019, consenso definitivo del documento final y presentación a los miembros de ambos servicios mediante sesión clínica.
En Octubre de 2019, implementación del nuevo protocolo en la práctica cotidiana. Se comienza a usar la ficha de recogida de datos en todos los pacientes.
En Diciembre de 2019, análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación.
En Enero de 2020, aplicación definitiva del protocolo.
En Marzo 2020, recogida de datos de las fichas de los pacientes y evaluación del indicador principal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1032

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL RINOLOGICA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE JAVIER RIVARES ESTEBAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
PEREZ DELGADO LAURA
TERRE FALCON RAMON
URPEGUI GARCIA ANGEL
LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR
REBOLLEDO BERNAD LAURA
CALATAYUD LALLANA LEONOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente se programó una reunión con varios compañeros de atención primaria, encargados de asumir el trabajo de contacto con los médicos ORL, en este caso con la Sección de Rinología.
Se discutió sobre las patologías más frecuentes y que podrían caer en este proyecto, llegándose a la conclusión de incluir los temas de INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL Y SINUSITIS como protagonistas de nuestro estudio.
Por parte de Rinología, creamos unos algoritmos en los que se explicaba a los médicos de primaria la actuación a seguir en los temas indicados, así como los casos de derivación al especialista.
Los primeros que se realizaron tenían ciertos problemas de aceptación por lo que se renovaron por otros que han quedado como definitivos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado fundamental es la aceptación por parte de los médicos de primaria de las pautas a seguir en la patología de INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL Y SINUSITIS, tanto en lo que se refiere al tratamiento como a la derivación al especialista. Con esto queremos conseguir que los pacientes sean tratados correctamente por parte de su MAP, lo cual supondrá casi con toda seguridad, una disminución de las derivaciones, una reducción de los períodos de espera para ver al especialista y una concreción por nuestra parte en los casos más importantes no solucionados en primera instancia y que requieren una cierta premura en el diagnóstico y tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de estar en la época de las comunicaciones, no pensaba que iba a resultar tan laborioso ponernos en contacto con nuestros interlocutores de primaria. Fuera de estas pequeñas trabas, el trato con ellos ha sido tremendamente positivo, con cordialidad y sobre todo con interés, estando abiertos a cualquier sugerencia por nuestra parte.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1032 ===== ***

Nº de registro: 1032

Título
PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL RINOLOGICA

Autores:
RIVARES ESTEBAN JOSE JAVIER, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, PEREZ DELGADO LAURA, TERRE FALCON RAMON, URPEGUI GARCIA ANGEL, LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR, REBOLLEDO BERNAD LAURA, CALATAYUD LALLANA LEONOR MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA DE TIPO RINOLÓGICA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1032

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL RINOLOGICA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad de establecer una mejor comunicación entre los MAP y la sección de Rinología del Servicio de ORL del HUMS., con el fin de aportar y compartir criterios y conocimientos entre las dos áreas sanitarias para un mejor manejo de los pacientes que presenten patología rinológica:

- En la consulta de primaria, para favorecer el tratamiento por el MAP de algunas enfermedades del entorno rinológico.
 - En la especializada para que se pueda realizar un diagnóstico precoz en las enfermedades que presenten un pronóstico grave en su evolución o una clínica que precise un tratamiento temprano por parte del especialista.
 - En la tramitación de la derivación de los pacientes entre ambas áreas sanitarias.
- Para que la información entre las dos especialidades sea lo más concreta y completa posible.
- Que los tiempos de espera se acorten en las patologías más graves.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar un protocolo de tratamiento de los pacientes con determinadas patologías rinológicas, para el MAP.
- Establecer unos criterios e indicadores, un protocolo, para cuándo remitir al paciente al ORL desde primaria, con una sospecha de una enfermedad concreta.
- Definir la forma y prioridad de la derivación al especialista por parte del MAP.
- Implementar un documento de información (puede ser el informe de alta) al MAP, por parte del ORL, con las indicaciones de tratamiento y seguimiento de los pacientes por ambos especialistas.

MÉTODO

- Crear un grupo de trabajo para cada patología para consensuar los diferentes protocolos.
 - Difundir los protocolos realizados por los facultativos del grupo de trabajo al resto de sus compañeros.
- . Ofertar sesiones clínicas en los Ambulatorios de Primaria, sobre patologías concretas, por Otorrinolaringólogos a los MAP.

INDICADORES

Haber implementado; al menos, dos protocolos en la sección de Rinología con la finalidad de:

- Tratamiento por parte del MAP de ciertas patologías rinológicas.
- Exposición de criterios y prioridades de derivación para pacientes que presenten una clínica compatible con una patología determinada .

DURACIÓN

- Durante el mes de Abril definir las patologías sobre las que se va a trabajar y los reponsables del proceso asistencial.
- Durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre se deberían reunir los componentes del proyecto para realizar los protocolos.
- En el mes de Diciembre presentación de los protocolos a los compañeros de la especialidad con la finalidad de posterior difusión a los MAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1033

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL OTOLOGICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE PEDRO GIL PARAISO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARIZON DEZA MARIA PILAR
LEACHE PUEYO JAIME
FRAILE RODRIGO JESUS
LLORENTE ARENAS EVA
GUALLAR LARPA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DEFINICION DE PATOLOGIA OTOLOGICA DE INTERES POR AMBOS SERVICIOS
CREACION DE ALGORITMO ORL
PRESENTACION DE ALGORITMO A AP
PROPUESTA DE REUNION DE CONSENSO Y DEFINICION DE ALGORITMO
REUNION DE AMBOS SERVICIOS CON DEFINICION DE ALGORITMO
DIFUSION DEL ALGORITMO A SERVICIOS DE AP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
TODOS LOS OBJETIVOS HAN SIDO ALCANZADOS REALIZANDO LA PROPUESTA DE ALGORITMO
IMPACTO: MEJORA MANEJO PATOLOGÍA ORL EN AP CON PREVISIBLE REDUCCIÓN DE LISTA DE ESPERA AL OPTIMIZAR LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN
MEJORA DE CRITERIOS DE TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA
ACORTAMIENTO DE TIEMPOS DE DERIVACIÓN EN PATOLOGIA URGENTE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
UNA BUENA COOPERACIÓN ENTRE AMBOS SERVICIOS FAVORECE UN MEJOR MANEJO DE LA PATOLOGÍA TRATADA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1033 ===== ***

Nº de registro: 1033

Título
PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL OTOLOGICA

Autores:
GIL PARAISO PEDRO, LLORENTE ARENAS EVA MARIA, FRAILE RODRIGO JESUS, LEACHE PUEYO JUAN JAIME, GUALLAR LARPA MARIA, SAMPERIZ LUIS CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidad de establecer una mejor comunicación entre los MAP y la seccion de Otología del Servicio de ORL del Hospital Miguel Servet, con el fin de aportar y compartir criterios y conocimientos entre las dos áreas sanitarias para un mejor manejo de los pacientes que presenten patología otológica:
· En la consulta de primaria, para favorecer el tratamiento por el MAP de algunas enfermedades del entorno otológico.
· En la especializada para que se pueda realizar un diagnóstico precoz en las enfermedades que presenten un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1033

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL OTOLOGICA

pronóstico grave en su evolución o una clínica que precise un tratamiento temprano por parte del especialista.

- En la tramitación de la derivación de los pacientes entre ambas áreas sanitarias.
 - Para que la información entre las dos especialidades sea lo más concreta y completa posible.
 - Que los tiempos de espera se acorten en las patologías más graves.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar un protocolo de tratamiento de los pacientes con determinadas patologías otológicas, para el MAP.
- Establecer unos criterios e indicadores, un protocolo, para cuando remitir al paciente al ORL desde primaria, con una sospecha de una enfermedad concreta.
- Definir la forma y prioridad de la derivación al especialista por parte del MAP.
- Implementar un documento de información (puede ser el informe de alta) al MAP, por parte del ORL, con las indicaciones de tratamiento y seguimiento de los pacientes por ambos especialistas.

MÉTODO

- Crear un grupo de trabajo para cada patología, para consensuar los diferentes protocolos.
- Difundir los protocolos realizados por los facultativos del grupo de trabajo al resto de sus compañeros.
- Ofertar sesiones clínicas, en los Ambulatorios de Primaria, sobre patologías concretas, por Otorrinolaringólogos a los MAP.

INDICADORES

Haber implementado; al menos, dos protocolos en la sección de otología con la finalidad de :

- Tratamiento por parte del MAP de una patología determinada.
- Exposición de criterios y prioridad de derivación para pacientes que presenten una clínica compatible con una patología determinada.

DURACIÓN

- Durante el mes de Abril definir las patologías sobre las que se va a trabajar y los reponsables del proceso asistencial.
- Durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre se deberían reunir los componentes del proyecto para realizar los protocolos.
- En el mes de diciembre presentación de los protocolos entre los compañeros de la especialidad con la finalidad de posterior difusión a los MAP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1055

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL PEDIATRICA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA GUALLAR LARPA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE GONZALEZ EUGENIO
CARMEN SAMPERIZ LUIS
LLORENTE ARENAS EVA
CANCER GASPAR ELENA
ANDRES NILSSON ANA KARIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se decidió en conjunto, por parte del equipo de mejora, enfocar el algoritmo de manejo dentro de la patología ORL pediátrica, sobre la otitis seromucosa debido a su gran prevalencia y a su manejo controvertido.

Afecta sobre todo a niños menores de 8 años, con un pico de mayor incidencia entre los 6 y 18 meses. Se considera que aproximadamente el 70% de los niños tienen al menos un episodio de otitis serosa antes de los tres años. Constituye actualmente la principal indicación para un procedimiento quirúrgico en la edad pediátrica. Los factores de riesgo más conocidos para el desarrollo de esta enfermedad son la infección aguda de la vía aérea superior, la alergia nasal y la hipertrofia adenoidea, aunque existen muchos otros factores que influyen en su desarrollo.

En la mayoría de los casos es una situación que se resuelve espontáneamente, por lo tanto, hay autores que abogan por la abstención terapéutica, indicando tratamiento solo en aquellos pacientes con clínica persistente, con retraso del desarrollo del lenguaje o las relaciones sociales, o en aquellos que presentan complicaciones, como hipoacusia neurosensorial, parálisis facial, inestabilidad o vértigo, o en caso de retracciones timpánicas importantes.

En un primer tiempo hemos realizado una revisión sistemática de la bibliografía publicada sobre el tema en los últimos 5 años, seleccionando los artículos en relación al grado de solidez científica de los mismos.

También hemos repartido entre los participantes del proyecto las distintas partes del mismo (etiopatogenia, clínica, diagnóstico, tratamiento médico y tratamiento quirúrgico). Se han realizado 3 reuniones para debatir los temas y elaborar el protocolo. Las reuniones han tenido lugar en la consulta de ORL Infantil los días 30 de Octubre de 2019, 18 de Diciembre de 2019 y 15 de Enero de 2020, asistiendo todos los miembros del grupo de mejora; su duración aproximada ha sido de 90 minutos cada una.

Se ha elaborado un primer borrador del protocolo que hemos ido corrigiendo y mejorando en las siguientes reuniones; además se mantiene un constante intercambio de información mediante correo electrónico.

El protocolo se denomina "Manejo de la otitis serosa en atención primaria. Criterios de derivación a ORL." y lo hemos elaborado siguiendo la plantilla Word que se ofrece en la web del Salud en el apartado de Calidad. La estructura del mismo consta de Introducción, Población diana, Etiopatogenia, Clínica, Diagnóstico, Tratamiento y Bibliografía. Se hace hincapié en los criterios de derivación desde Atención Temprana a los especialistas de ORL.

Este protocolo se presentará durante los meses de Febrero y Marzo de 2020, tanto en el Servicio de ORL del H U Miguel Servet (dentro del programa de sesiones clínicas de Docencia quedando la Dra. Llorente Arenas encargada de organizarlo), como en un centro de atención primaria del Sector II para ponerlo en conocimiento de los pediatras de Atención Primaria (quedando la Dra. Cáncer Gaspar encargada de la misma). En principio participarán varios miembros del grupo de mejora en las sesiones, estando en cada una de ellas representados tanto los servicios de ORL como de Atención Primaria.

El protocolo se remitirá, una vez presentado a los compañeros de ORL y de Atención Primaria por si surgieran consideraciones de última hora, a la Unidad de Calidad Asistencial del H U Miguel Servet para su aprobación por la comisión clínica competente. Posteriormente, se ubicará en el apartado de Protocolos Clínicos de Calidad.

Como último paso, analizaremos en los meses de Abril y Mayo las posibles dificultades que surjan en su aplicación en la práctica clínica y revisaremos su nivel de aplicación tanto en Atención Primaria (indicador 1 y 2) como en las consultas externas de ORL Infantil (indicador 3). Se analizarán las historias de los pacientes (tanto en Atención Primaria mediante la historia clínica electrónica como en la Consulta de ORL Infantil) mediante una ficha de recogida de datos y se evaluarán los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1055

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL PEDIATRICA

El resultado que esperamos obtener es un protocolo actualizado de manejo de la otitis seromucosa en sintonía con las últimas guías nacionales e internacionales y que sistematice el manejo de estos pacientes sobre todo a la hora de su derivación al ORL Infantil. La población diana son los niños que acuden a una consulta de Atención Primaria con sintomatología compatible con otitis seromucosa.

-Indicador 1 Constancia de hallazgos clínicos: Número de pacientes en los que hay constancia de los hallazgos clínicos en la historia clínica electrónica de Atención Primaria/Número total de casos revisados en Atención Primaria. Excepciones: Ninguna. Estándar: 70 %.

-Indicador 2 Criterios de derivación: Número de pacientes que cumplen los criterios de derivación del protocolo/Número total de casos revisados en las consultas externas de ORL Infantil. Excepciones: Ninguna. Estándar: 70 %.

-Indicador 3 Tratamiento: Número de pacientes con constancia de actitud expectante en la historia clínica electrónica de Atención Primaria/Número total de casos revisados en Atención Primaria. Excepciones: Pacientes derivados directamente a ORL porque cumplen alguno de los criterios de derivación directa. Estándar: 70 %.

La fuente y método de obtención de los indicadores será a través del análisis en los meses de Abril y Mayo de 2.020 de las historias de los pacientes (tanto en Atención Primaria mediante la historia clínica electrónica como en la Consulta de ORL Infantil). Mediante una ficha de recogida de datos, se realizará la base de datos correspondiente y su estudio descriptivo, evaluando los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante la colaboración entre los distintos servicios que intervienen en el manejo de una misma patología, especialmente entre la Atención Primaria y Especializada; esto permite una visión global del problema, disminución de los tiempos de demora terapéutica, reducción de costes sanitarios y una mejor eficacia global.

Han quedado pendientes la elaboración de otros protocolos que definan el manejo de otras patologías frecuentes en la ORL pediátrica como pueden ser la apnea obstructiva del sueño o las otitis medias de repetición. Se podría intentar replicar este proyecto de mejora con dichas patologías.

La valoración del equipo de mejora ha sido muy positiva, hemos tenido un buen ambiente de colaboración entre los diferentes profesionales tanto para intercambiar opiniones científicas, como a la hora de repartirnos el trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1055 ===== ***

Nº de registro: 1055

Título
PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL PEDIATRICA

Autores:
GUALLAR LARPA MARIA, SAMPERIZ LUIS CARMEN, LLORENTE ARENAS EVA MARIA, CALATAYUD LALLANA LEONOR MARIA, SANCHEZ LLANOS ERNESTO, VICENTE GONZALEZ EUGENIO ANDRES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Patología ORL pediátrica
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Queremos mejorar la comunicación, en la actualidad bastante deficiente, entre Atención Primaria y la Sección de Otorrinolaringología Pediátrica del Hospital Infantil con el fin de aportar y compartir criterios que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1055

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO EN ATENCION PRIMARIA DE LOS PROBLEMAS CLINICOS EN PATOLOGIA ORL PEDIATRICA

redunde en beneficio de los niños con patología ORL:

1. Para favorecer el tratamiento de los MAP en patologías otorrinolaringológicas.
2. Para realizar un cribado eficaz de las patologías que necesitan atención rápida.
- 3.- Para facilitar la derivación de A. Primaria hacia A. Especializada.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir las derivaciones innecesarias a ORL Hospital Infantil, así como decrecer la espera para atención especializada en patologías que así lo requieran.

MÉTODO

Crear un grupo de trabajo para conocer las patologías más frecuentes remitidas desde Atención Primaria, realizar un algoritmo con los criterios de derivación y difundir los resultados.

INDICADORES

Establecimiento de un protocolo simple sobre los pacientes que deben ser derivados junto con sus criterios de prioridad.

DURACIÓN

Reuniones en mayo y junio para definir las patologías susceptibles.
Creación de algoritmo en septiembre-octubre.
Presentación a los compañeros en noviembre-enero.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1064

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO Y DERIVACIÓN A ORL EN ATENCION PRIMARIA DE LA DISFAGIA OROFARINGEA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LISBONA ALQUEZAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADIEGO LEZA MARIA ISABEL
LAMPLE LACASA LUIS
SANCHEZ LLANOS ERNESTO
DE MIGUEL GARCIA FELIX
EL UALI ABEIDA MAFHOUD
MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO
SEVIL NAVARRO JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses que se ha estado trabajando en el proyecto se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- Se han mantenido reuniones entre los responsables de la consulta de disfagia del servicio de ORL del HUMS, Dras Adiego y Lisbona, de manera bimensual para comenzar a perfilar el protocolo.
- Todos los lunes, se han realizado reuniones con la sección de cabeza y cuello para presentarles los avances y realizar discusiones del tema que ayudasen a concretar el protocolo.
- Se realizaron varias reuniones con los médicos de Atención Primaria que colaboran en dicho proyecto, Dr Lample, donde nos expusieron sus inquietudes, problemas y limitaciones que podían encontrarse para poder seleccionar y enviar a los pacientes con disfagia orofaríngea, los test que ellos estaban realizando hasta ese momento. Se realizó intercambio de ideas para poder realizar un consenso, y un algoritmo que no resultase complejo para enviar los pacientes a la consulta de disfagia orofaríngea y realizarles la videoendoscopia de deglución.
- Posteriormente se elaboraron los protocolos y algoritmos durante los meses de Septiembre, octubre y Noviembre.
- En diciembre se presentó en el Servicio de ORL los protocolos.
- En Enero se ha presentado el proyecto y el protocolo a los compañeros de Atención Primaria para facilitarles la derivación de pacientes con disfagia orofaríngea a nuestra consulta, cumpliendo los criterios establecidos para rentabilizar al máximo la videoendoscopia de deglución y prevenir las complicaciones como neumonías aspirativas y desnutrición.

En cuanto a los recursos empleados, han sido en primer lugar la credibilidad y voluntad por parte de los facultativos que participan en el proceso, se ha dotado del tiempo necesario a los compañeros implicados y en cuanto a recursos materiales los que se cuentan en las consultas del servicio de ORL del Hospital Miguel Servet (fibroscopios, ordenadores, aulas, proyectores).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado, es la aceptación por parte de primaria de los protocolos que hemos creado, sobre la derivación de pacientes con sospecha de disfagia orofaríngea y así facilitar la práctica clínica diaria de estos profesionales que tienen que explorar, diagnosticar y remitir a pacientes en cortos periodos de tiempo y a su vez facilitar que no se sobrecargue la consulta de disfagia evitando listas de espera innecesarias para que la videoendoscopia de deglución tenga el máximo rendimiento.

Los indicadores utilizados son los siguientes:

- 1- Criterios de derivación por parte del MAP, de pacientes que presenten una clínica compatible con disfagia orofaríngea.
- 2- Prioridades de derivación por parte del MAP, de pacientes con sospecha de disfagia orofaríngea.
- 3- Ayudar a la selección de pacientes por parte del MAP candidatos a la videoendoscopia de deglución.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración ha sido positiva en ambos servicios implicados, ya que se ha conseguido concienciar de la importancia de esta patología cuya prevalencia se estima en un 22% de la población, y que la videoendoscopia de deglución y el estudio que se realiza en la consulta de disfagia resulta imprescindible dentro del estudio de estos pacientes, tanto por la inocuidad de la prueba, como por su fácil accesibilidad, bajo coste, corto tiempo empleado e importante información que aporta para el estudio de la disfagia. A su vez resulta imprescindible que para poder ser eficaces en dicha consulta, el médico de Atención Primaria tenga a su disposición unas pautas y protocolos de derivación que faciliten su trabajo.

Queda pendiente en un futuro realizar un estudio del porcentaje de pacientes con disfagia, que se derivan a otros servicios por no cumplir los criterios establecidos.

Dicho proyecto podría ser presentado en otros sectores de la comunidad para facilitar la canalización de los pacientes en toda la comunidad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1064

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO Y DERIVACIÓN A ORL EN ATENCION PRIMARIA DE LA DISFAGIA OROFARINGEA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1064 ===== ***

Nº de registro: 1064

Título
PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO Y DERIVACION A ORL EN ATENCION PRIMARIA DE LA DISFAGIA OROFARINGEA

Autores:
LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR, ADIEGO LEZA MARIA ISABEL, DE MIGUEL GARCIA FELIX, EL UALI ABEIDA MAFHOUD, MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO, SEVIL NAVARRO JORGE, SANCHEZ LLANOS ERNESTO, VIVES RICOMA EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Disfagia orofaríngea (787.2, R13)
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la puesta en marcha hace dos meses de la consulta de Disfagia en el hospital Miguel Servet, con la realización de la videoendoscopia de deglución (FEES), y dada la importancia clínica de esta patología y el elevado numero de pacientes que la padecen (3 % población y hasta un 30% de los mayores de 65 años), es necesario delimitar y seleccionar los pacientes que deben ser enviados desde Atención Primaria, para que esta prueba tenga el máximo rendimiento sin sobrecargar dicha consulta y evitando listas de espera innecesarias.

RESULTADOS ESPERADOS
Diseñar algoritmos de cribado y protocolos de derivación a ORL de la Disfagia en atención primaria.
Definir la forma y prioridad de la derivación al especialista por parte del MAP.
Seleccionar aquellos pacientes que cumplan los criterios establecidos en el cribado de disfagia orofaríngea para rentabilizar al máximo la prueba diagnóstica de la videoendoscopia de deglución.
Prevenir las complicaciones como neumonías aspirativas y desnutrición en estos pacientes, que precisan ingreso hospitalario con alto coste sanitario e importante alteración en la calidad de vida del paciente.

MÉTODO
Crear un grupo de trabajo para Consensuar los diferentes protocolos.
Difundir los protocolos realizados por los facultativos del grupo de trabajo al resto de sus compañeros.
Ofertar sesiones clínicas en los ambulatorios de Primaria, por otorrinolaringólogos a los MAP, sobre la disfagia orofaríngea.

INDICADORES
Haber implementado el protocolo en la Sección de Cabeza y Cuello con la finalidad de:
Exposición de criterios y prioridades de derivación por parte del MAP, para pacientes que presenten una clínica compatible con disfagia orofaríngea.
Ayudar a la selección de pacientes por parte del MAP candidatos a la videoendoscopia de deglución.

DURACIÓN
Durante el mes de abril definir la organización de los grupos de trabajo para establecer responsables del proceso asistencial.
Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre realización de protocolos por parte de los componentes del proyecto.
En el mes de diciembre presentación de los protocolos a los compañeros de la especialidad con la finalidad de posterior difusión a los MAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1064

1. TÍTULO

PROPUESTA DE ALGORITMOS DE MANEJO Y DERIVACIÓN A ORL EN ATENCION PRIMARIA DE LA DISFAGIA OROFARINGEA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1171

1. TÍTULO

SEMILOGIA FARINGO-LARINGEA. PROPUESTA DE ALGORITMOS PARA ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO MALTRANA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMPLE LACASA LUIS
ADIEGO LEZA MARIA ISABEL
DE MIGUEL GARCIA FELIX
EL UALI ABEIDA MAFHOUD
SEVIL NAVARRO JORGE
LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó un grupo de trabajo compuesto por otorrinolaringólogos dedicados especialmente a la patología oncológica y un médico de atención primaria. Establecimos que el objetivo final y más importante de este proyecto es detectar y derivar lo antes posible desde primaria a un paciente con sospecha de cáncer de cabeza y cuello, como primer paso para el diagnóstico precoz. Entendemos las limitaciones de tiempo y de medios diagnósticos especializados que hay en las consultas de medicina de familia. Se puso en común la frecuente consulta en atención primaria de problemas faringo-laringeos la mayoría no graves y la consecuente derivación a especializada. Por lo tanto, el reconocimiento y tratamiento de los casos banales en primaria supondrá una mejora en el tiempo de derivación a especializada de la patología potencialmente grave.

Para ello, en las reuniones de trabajo pensamos que la mejor forma de hacer este despigaje de la sintomatología faringo-laringea es mediante algoritmos de diagnóstico y tratamiento.

Concluimos que debíamos realizar dos algoritmos para dos situaciones frecuentes en la práctica: sintomatología faringo-laringea y diagnóstico de masas cervicales.

Al final el paciente valorado por su médico de primaria y con la ayuda de los protocolos realizados hará la derivación al servicio de ORL mediante la interconsulta virtual de formas: normal o preferente. Creemos que para favorecer la relación y crear un canal de comunicación rápido con familia, en los protocolos aparecerá la extensión de las consultas externas de ORL para contactar directamente con nosotros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez terminado los protocolos, los hemos presentado al resto del servicio de ORL mediante una sesión clínica para consensuarlos con el resto de compañeros.

Algoritmo de semiología faringo-laringea. Con él se pretende distinguir las parestesias faríngeas del cáncer de cabeza y cuello. Las parestesias o disestesias faríngeas son sensaciones anormales persistentes de la faringe. Son mas molestas que dolorosas. Son sensaciones faríngeas percibidas por un paciente sin explicación orgánica objetiva. Aunque no son estrictamente lo mismo se podría asemejar al más conocido concepto de faringitis crónica. Así, un paciente fumador con síntomas de afectación orgánica tendrá que ser derivado urgente. En el otro extremo un paciente no fumador y con síntomas que no sugieran organicidad será tratado primero en atención primaria y si no mejora derivación de forma normal.

Algoritmo de diagnóstico de masas cervicales. Las hemos dividido en dos posibilidades diagnósticas para simplificar: inflamatorias y neoplásicas. Importante recordar que una masa cervical de más de dos semanas es neoplásica mientras no se demuestre lo contrario. Al igual que en el otro algoritmo, la derivación será urgente, preferente o normal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El paso siguiente que queda pendiente es la difusión de los algoritmos en los centros de salud pertenecientes al sector. Con la colaboración del compañero de familia de este grupo de trabajo contactaremos con los coordinadores para darlos a conocer. Hace unos años algunos compañeros dieron charlas presenciales en varios centros de salud. Si esta opción de ir a los centros de salud no es posible, se podría intentar dar sesiones en el hospital para los médicos de primaria. De una forma u otra la difusión directa de los protocolos es la mejor forma de darlos a conocer. Creemos muy interesante la posibilidad de contactar telefónicamente con las consultas externas para cualquier duda.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1171 ===== ***

Nº de registro: 1171

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1171

1. TÍTULO

SEMIIOLOGIA FARINGO-LARINGEA. PROPUESTA DE ALGORITMOS PARA ATENCION PRIMARIA

Título

SEMIIOLOGIA FARINGO-LARINGEA. PROPUESTA DE ALGORITMOS PARA ATENCION PRIMARIA

Autores:

MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO, ADIEGO LEZA MARIA ISABEL, DE MIGUEL GARCIA FELIX, EL UALI ABEIDA MAFHOUD, SEVIL NAVARRO JORGE, VIVES RICOMA EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los semiología faringo-laringea constituye un importante criterio de derivación desde la consulta de atención primaria a la de especializada de ORL. Aunque en la mayoría de los casos se trata de patología de escasa trascendencia hay un porcentaje de casos que son la alarma para diagnosticar patología grave como el cáncer de cabeza y cuello.

Es necesario establecer una mejor comunicación entre atención primaria y la sección de cabeza y cuello del Servicio de ORL del Hospital Miguel Servet, con el fin de aportar y compartir criterios y conocimientos entre las dos áreas sanitarias para un mejor manejo de los pacientes. Es de especial importancia destacar los síntomas que implicarían sospecha alta de patología grave para una derivación con urgencia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar una serie de algoritmos de diagnóstico y tratamiento de diferentes entidades de ORL, mas concretamente de patología de faringe y laringe, para atención primaria.
- Establecer unos criterios claros y concretos para decidir cuando remitir al paciente al ORL desde primaria así como la forma y prioridad de la derivación.
- Establecer un canal de comunicación rápida para diagnosticar lo mas precozmente posible el cáncer de cabeza y cuello.
- Implementar un documento de información al MAP, por parte del ORL, con las indicaciones de tratamiento y seguimiento de los pacientes por ambos especialistas.

MÉTODO

- Crear grupos de trabajo para la realización de los diferentes algoritmos y protocolos de cada patología a tratar.
- Difundir los algoritmos realizados por los facultativos del grupo de trabajo y consensuarlos con el resto del servicio de ORL.
- Ofertar sesiones clínicas por parte de los otorrinolaringólogos del grupo, en los ambulatorios de Primaria, para presentar los diferentes algoritmos y mejorarlos con las aportaciones de los MAP.

INDICADORES

Haber implementado al menos, dos algoritmos en la sección de cabeza y cuello con la finalidad de :

- Tratamiento por parte del MAP de una patología determinada.
- Exposición de criterios y prioridad de derivación para pacientes que presenten una clínica compatible con una patología determinada.

DURACIÓN

Durante el mes de abril definir la organización de los grupos de trabajo para establecer responsables del proceso asistencial. Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre realización de protocolos por parte de los componentes del proyecto. En el mes de diciembre presentación de los protocolos a los compañeros de la especialidad con la finalidad de posterior difusión a los MAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1171

1. TÍTULO

SEMIOLOGIA FARINGO-LARINGEA. PROPUESTA DE ALGORITMOS PARA ATENCION PRIMARIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0016

1. TÍTULO

TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE DANIEL PALANCA ARIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MADURGA REVILLA PAULA
GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO
DOMINGUEZ CAJAL MERCEDES
GIL HERNANDEZ IRENE
CORELLA AZNAR ELENA
GASTON MOLINA MARIA ISABEL
GUTIERREZ LIZARRAGA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha promovido el uso y la importancia de la ecografía en las UCIPs con exposiciones y material docente al personal de la Unidad mediante la realización de talleres prácticos de simulación con gelatinas/globos con ecógrafo de la Unidad.

Se realizó docencia mediante una presentación en formato PWP previo al taller en modelo artificial que se comprobó asistencia mediante firmas.

Se ha promovido la participación de Enfermería/Médicos/Residentes mediante la asistencia a Cursos y Congresos sobre Ecografía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Enero de 2017 se ha conseguido que el personal habitual (auxiliares y enfermería) que trabaja en la Unidad localice las estructuras vasculares y usen el ecógrafo conociendo la "nobology" (botones) que son de utilidad de cara al equipo médico cuando precise apoyo.
Se ha fomentado mediante talleres en horario laboral el conocimiento y práctica por parte del personal de Enfermería de UCIP y EIR en canalización ecoguiada de PICC en modelo artificial tras haber recibido taller teórico-práctico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha creado cultura en conocimiento y uso del ecógrafo para animar a los trabajadores a incorporarlo a la práctica diaria así como en ayudar al médico durante la preparación y técnica de accesos vasculares centrales.

No ha sido posible demostrar una habilidad y destreza suficiente durante este tiempo como para poder realizar en algún paciente y bajo supervisión de un médico de la Unidad, canalizar un dispositivo PICC. En parte por la falta de material de estos dispositivos (tamaños según edad pediátrica y escasos casos)

La encuesta de valoración se hizo de forma verbal tras el taller práctico comentando los pros y contras de la nueva técnica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/16 ===== ***

Nº de registro: 0016

Título
TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

Autores:
PALANCA ARIAS DANIEL, MADURGA REVILLA PAULA, GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO, DOMINGUEZ CAJAL MARIA DE LAS MERCEDES, GIL HERNANDEZ IRENE, CORELLA AZNAR ELENA, GASTON MOLINA MARIA ISABEL, GUTIERREZ LIZARRAGA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0016

1. TÍTULO

TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El acceso venoso es de suma importancia en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. En especial para pacientes que vayan a precisar catéteres venosos centrales (CVC) de larga duración como: pacientes oncológicos, que precisen NPT, dispongan de un capital venoso limitado o bien tengan riesgo de insertar un CVC. En otras ocasiones los fármacos utilizados son irritantes, con gran osmolaridad, producen dolor, hipersensibilidad, hiperpigmentación, que puede llevar a una lesión de la vena y/o de la extremidad. Por todo ello, cada vez es más frecuente la canalización de Catéter Central Inserción Periférica también conocidos como (PICC). Dicha técnica consiste en la implantación de un catéter central, partiendo de un acceso periférico, hasta llegar a la vena cava superior, con medidas estrictas de esterilidad. En Mayo 2016 se solicita desde la Enfermería de UCIP material, para disponer de este tipo de catéteres y se contacta con diversas casas comerciales debido a la falta de material. Los dispositivos a emplear (PICC) pueden ser de diversos materiales en función del tiempo de duración de los mismos. Su complejidad es menor a la hora de instaurarlos, siendo más duraderos y con un menor riesgo de infección. A nivel terapéutico, además, se puede aplicar cualquier tipo de medicamento. La canalización de procedimientos ecoguiados tiene un interés creciente no sólo en el ámbito médico sino en enfermería. Tras la reciente experiencia en nuestra Unidad en canalizar CVC mediante ecografía y la difusión cada vez más extensa en las diferentes UCIPs nacionales, se observa la necesidad de instaurar este procedimiento en enfermería por sus beneficios sobre la técnica clásica "a ciegas" y sobre los catéteres centrales en algunos pacientes. Como toda técnica nueva es necesaria una experiencia previa mediante talleres y docencia. Debemos poner todas las posibilidades y novedades tecnológicas que dispongamos en nuestro medio para atender al paciente lo mejor posible con el mínimo sufrimiento. Evitar errores y minimizar el dolor son los beneficios de la ecografía para localizar y acceder con exactitud a las venas, en especial en los pacientes de ingreso de larga duración, oncológicos y en aquellos con dificultades en técnica venosa periférica. Mediante ecografía podemos ver el diámetro, profundidad y dirección de los vasos, obtener una mayor precisión y seguridad. Por otra parte, el uso del ecógrafo por enfermería puede ser de utilidad para otros procedimientos comunes (sondaje vesical, apoyo al equipo médico, etc)

RESULTADOS ESPERADOS

Proporcionar los conocimientos y habilidades prácticas que permitan a los profesionales que trabajan en la Unidad para llevar a cabo un examen ecográfico básico en la evaluación diagnóstica del paciente crítico pediátrico, que asista su toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Comprender los usos y limitaciones de la ecografía. Implementar la ecografía como herramienta clínica en el manejo del paciente crítico pediátrico. Realizar un estudio anatómico y funcional hemodinámico. Realizar exploración vascular ecográfica y canalización ecoguiada de venas centrales y periféricas centralizadas. Conocimiento y práctica por parte del personal de Enfermería de UCIP y EIR en canalización ecoguiada de PICC en modelo artificial tras haber recibido taller teórico-práctico. Crear cultura en conocimiento y uso del ecógrafo para animar a los trabajadores a incorporarlo a la práctica diaria.

MÉTODO

Promover uso y la importancia de la ecografía en las UCIPs con exposiciones y material docente al personal de la Unidad. Realización de talleres prácticos de simulación con gelatinas/globos con ecógrafo de la Unidad. Promover la participación de Enfermería/Médicos/Residentes mediante la asistencia a Cursos y Congresos sobre Ecografía. El equipo médico y una residente de 4º año se encargarán de fomentar la docencia y talleres coordinados por el responsable del proyecto. Una auxiliar se encargará de la preparación del taller de simulación.

INDICADORES

Evaluación de la actividad docente: a través de encuesta anónima realizada por los alumnos.
Evaluación del alumno: control de asistencia mediante firmas.

DURACIÓN

Promover y desarrollar el uso del ecógrafo durante el año 2016-2017 en nuestra Unidad con sesiones teórico-prácticas trimestrales durante el horario de trabajo si lo permite la carga de trabajo y sino fuera del horario laboral. Taller teórico "Utilidades de la ecografía e introducción a los ultrasonidos. Ecocardio funcional. Ecografía vascular".
Talleres prácticos: "Exploración vascular. Canalización ecoguiada" (2-4h) y práctico (4-6h): modelo de pavo con clips y gelatina con globos".

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0016

1. TÍTULO

TALLER DE PUNCIÓN VASCULAR Y CANALIZACIÓN DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0017

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ARIADNA AYERZA CASAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ RAMON MARTA
JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Identificación de población susceptible de mejora (pacientes pediátricos remitidos para estudio cardiológico desde Atención Primaria y diagnosticados de soplo inocente).
- Elaboración de hoja de recomendaciones estandarizada realizada con la colaboración y el consenso de todo el equipo de mejora.
- Difusión de este nuevo proyecto de mejora de calidad entre todo el personal que atiende a los pacientes seleccionados para reforzar en lo posible la información a estos pacientes.
- Difusión de hoja de recomendaciones entre las personas implicadas en su entrega.
- Creación de carpeta de documentos en los dispositivos informáticos que se utilizan habitualmente (ordenadores de las diferentes consultas) para tener disponible el documento y ser entregado con facilidad por el personal.
- Impresión de hojas de recomendaciones.
- Entrega de la nueva hoja de recomendaciones elaborada a todos los niños diagnosticados de soplo inocente desde Enero 2017, tras explicar de forma verbal toda la información acerca del diagnóstico y pasos a seguir.
- Seguimiento de los pacientes para ver los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Enero de 2017 se ha comenzado a entregar la nueva hoja de recomendaciones que se ha elaborado y que incluye información general para pacientes pediátricos remitidos para estudio cardiológico y diagnosticados de soplo inocente. Se han atendido 1961 primeras visitas de Atención Primaria, con diagnóstico de soplo inocente en aproximadamente el 60% (unos 1176 pacientes candidatos a la entrega de la hoja)

Se ha entregado la información a prácticamente todos los pacientes atendidos que han cumplido dichas características.

En ningún caso, los padres han precisado contactar o ser de nuevo evaluados por dudas acerca del diagnóstico de los pacientes.

INDICADORES

- Entrega de hoja de recomendaciones a padres/tutores de pacientes pediátricos enviados para valoración cardiológica y diagnosticados de soplo inocente, aproximadamente 1058 (90%)
- Comprobar si se han producido consultas por dudas acerca del diagnóstico de estos pacientes tras entrega de la hoja de recomendaciones (0 casos) (100%)
- Detección de problemas o dudas que han surgido en el ámbito extrahospitalario tras la visita (0 casos) 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo valora de forma muy positiva la inclusión de una hoja de recomendaciones en una patología banal de alta prevalencia en la consulta de Cardiología Pediátrica como es el soplo inocente. Este diagnóstico genera una elevada preocupación inicial en los padres del paciente, por lo que es preciso dejar clara la información acerca de este proceso, ya que es benigno y no precisa nuevas reevaluaciones. El hecho de entregar la información por escrito tras darla verbalmente, hace que se unifique la información entre los diferentes facultativos y genera una mayor tranquilidad al alta en los familiares. Se trata de un proyecto sostenible que se puede seguir llevando a cabo en la consulta sin implicar un mayor tiempo de atención ni un coste adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/17 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0017

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Nº de registro: 0017

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Autores:
AYERZA CASAS ARIADNA, LOPEZ RAMON MARTA, JIMENEZ MONTAÑES LORENZO, PALANCA ARIAS DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los soplos cardiacos suponen un importante elemento diagnóstico para detectar la presencia de un defecto del corazón. Los soplos llamados inocentes o no patológicos se encuentran en un gran porcentaje de niños a lo largo de la edad pediátrica (50-96%). El diagnóstico erróneo de un soplo normal como patológico puede provocar efectos adversos psicológicos tanto en la familia como en el niño, con gran ansiedad familiar que aumenta el número de reconsultas. Por el contrario, no identificar el soplo patológico puede retrasar una intervención o tratamiento que sea vital para el paciente.
Dado que el soplo es fácil de auscultar con el fonendoscopio en la consultas de Atención Primaria y que la ecocardiografía es una técnica con elevada inocuidad, disponibilidad y resultados inmediatos, el soplo cardiaco constituye el primer motivo de derivación a la consulta de Cardiología Pediátrica.
Actualmente en nuestro hospital se atienden unas 1500-2000 primeras visitas anuales en la consulta de Cardiología Pediátrica, en la gran mayoría, el motivo de derivación es la auscultación de un soplo cardiaco. En los últimos años se ha creado una consulta de Alta Resolución que incluye: anamnesis, exploración física, realización de electrocardiograma y ecocardiograma, así como un informe al paciente y/o sus familiares con el resultado de las pruebas realizadas y el diagnóstico final, por lo que los pacientes que son derivados por soplo y se diagnostican de Soplo inocente son dados de alta con todas las pruebas complementarias realizadas en la primera y teóricamente única visita. Aunque se informa verbalmente a todos los padres y pacientes del carácter benigno del soplo cardiaco, sigue siendo un diagnóstico que genera gran ansiedad familiar. Además, dada la amplia cantidad de información que se aporta puede hacer que surjan dudas que hace que aumenten las reconsultas tanto en Atención Primaria como en la consulta de Cardiología Pediátrica. Por otra parte, el hecho de que los pacientes que llegan a consulta sean atendidos por diferentes profesionales, hace que la información aportada no siempre sea completamente homogénea.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aportar información suficiente para que los pacientes y/o sus familiares entiendan en qué consiste un soplo inocente.
- Proporcionar una información que sea excelente y uniforme acerca de la evolución del soplo inocente y de todas aquellas modificaciones que puedan aparecer en el transcurso del tiempo.
-Incrementar la seguridad en estos pacientes y/o sus familiares para poder dar el alta definitiva tras el estudio cardiológico.
- Con todo lo anterior se pretende disminuir el número de reconsultas que surgen por dudas y ansiedad familiar ante el diagnóstico de soplo inocente.

MÉTODO
Elaborar una hoja de recomendaciones estandarizada para pacientes pediátricos derivados para estudio por soplo, que son atendidos en la consulta de Cardiología Pediátrica y que son diagnosticados de soplo inocente, que refuerce la información oral facilitada en la consulta, y que incluya una explicación fácil de entender, modificaciones que pueden aparecer en el transcurso del tiempo y resolución de dudas habituales.
Se realizará con la colaboración y el consenso de todos los miembros del Equipo de Mejora para garantizar una información detallada y uniforme al paciente y/o representante legal y se entregará junto con el informe de alta de consultas externas y siempre tras la información verbal y la resolución de dudas que pudiesen surgir. Se difundirá esta hoja informativa a los profesionales implicados en el cuidado de estos pacientes.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0017

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Con vistas a poder valorar la utilidad del proyecto se van a realizar dos acciones fundamentales:?

- Revisión de las historias clínicas de los niños atendidos por soplo cardiaco en la consulta de cardiología pediátrica y diagnosticados de soplo inocente desde la implantación de este proyecto para comprobar que consta que se entrega la hoja de recomendaciones tras el alta de la misma.

- ¿Comprobar que no se han producido consultas para resolución de dudas ante el diagnóstico de soplo inocente y que no se han reenviado pacientes por el mismo motivo desde las consultas de Atención Primaria tras la implantación del proyecto.

DURACIÓN

El proyecto tiene una duración de un año para realizar en primer lugar la elaboración de los nuevos documentos de recomendaciones y en segundo lugar su difusión a la población susceptible.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0067

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE MARTA LOPEZ RAMON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYERZA CASAS ARIADNA
PALANCA ARIAS DANIEL
JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las siguientes actividades:

- Identificación de población susceptible de mejora: pacientes pediátricos valorados en la consulta de Cardiología Pediátrica a los que se les solicita una prueba de esfuerzo.
- Elaboración de una hoja de recomendaciones estandarizada realizada con la colaboración y el consenso de todo el equipo de mejora.
- Difusión de este nuevo proyecto de mejora de calidad entre todo el personal que atiende a los pacientes seleccionados para reforzar en lo posible la información a estos pacientes.
- Difusión de hoja de recomendaciones entre las personas implicadas en su entrega.
- Creación de carpeta de documentos en los dispositivos informáticos que se utilizan habitualmente (ordenadores de las diferentes consultas) para tener disponible el documento y ser entregado con facilidad por el personal.
- Impresión de hojas de recomendaciones.
- Entrega de la nueva hoja de recomendaciones elaborada a todos los pacientes a los que se les va a realizar una prueba de esfuerzo desde Enero 2017, tras explicar de forma verbal toda la información acerca de la prueba, dieta, ropa necesaria y localización de la sala de ergometría
- Seguimiento de los pacientes para ver los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Enero de 2017 se ha comenzado a entregar la nueva hoja de recomendaciones que se ha elaborado que aporta la información necesaria para que los pacientes y familiares entiendan en qué consiste la prueba a la que van a ser sometidos y acudan en condiciones apropiadas para la realización de la misma.
Se ha entregado la información a todos los pacientes a los que se les ha realizado una prueba de esfuerzo durante el año 2017, que han sido 31 pacientes.

En ningún caso, los padres han precisado contactar por dudas acerca de la realización de la prueba ni se han producido demoras debidas a la no localización de la sala de ergometría por parte de pacientes y familiares

EVALUACION DE INDICADORES

- Entrega de hoja de recomendaciones a padres/tutores de pacientes pediátricos a los que se les va a realizar una prueba de esfuerzo: 100%
- Comprobar que no se han producido faltas de asistencia secundarias a una información deficitaria desde el inicio del proyecto (0 casos) (100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo valora de forma muy positiva la inclusión de una hoja de recomendaciones estandarizada para pacientes atendidos en la consulta de Cardiología Pediátrica a los que se les va a realizar una prueba de esfuerzo o ergometría que refuerce la información oral facilitada en la consulta, y que incluya información del procedimiento, dieta, ropa necesaria y localización de la sala de ergometría. El hecho de entregar la información por escrito tras darla verbalmente, hace que se unifique la información entre los diferentes facultativos y no dé lugar a dudas a los familiares, también evita la demoras debidas a la no localización de la sala de ergometría. Se trata de un proyecto sostenible que se puede seguir llevando a cabo en la consulta sin implicar un mayor tiempo de atención ni un coste adicional.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0067

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES

*** ===== Resumen del proyecto 2016/67 ===== ***

Nº de registro: 0067

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES

Autores:
LOPEZ RAMON MARTA, AYERZA CASAS ARIADNA, JIMENEZ MONTAÑES LORENZO, PLANCA ARIAS DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ergometría, también conocida como prueba de esfuerzo, es una prueba diagnóstica muy utilizada en Cardiología. Consiste en la realización de ejercicio físico en tapiz rodante mientras se monitoriza el ritmo del corazón y la presión arterial. En Cardiología Pediátrica esta prueba aporta información de la capacidad funcional, evalúa signos o síntomas inducidos por el esfuerzo y la aparición de arritmias o de isquemia. Es una prueba donde la colaboración del paciente es fundamental por lo que es muy importante explicar al niño y familiares en qué consiste la prueba (monitorización necesaria, tipo de ejercicio, duración aproximada...). Además, previo a la realización de la prueba es importante dar la información necesaria al paciente y/o familiares relativa a la dieta, ropa necesaria y localización de la sala de ergometría. Esta información que se realiza actualmente de forma oral y por distintos profesionales debería de ser completa y uniforme.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aportar la información necesaria para que los pacientes y familiares entiendan en qué consiste la prueba a la que van a ser sometidos y acudan en condiciones apropiadas para la realización de la misma.
- Proporcionar una información clara y uniforme.
- Reducir la ansiedad del paciente y familiares ante la realización de una prueba desconocida que requiere colaboración por parte del paciente.
- Evitar demoras debidas a la no localización de la sala de ergometría por parte de pacientes y familiares.

MÉTODO

Elaborar una hoja de recomendaciones estandarizada para pacientes atendidos en la consulta de Cardiología Pediátrica a los que se les va a realizar una prueba de esfuerzo o ergometría que refuerce la información oral facilitada en la consulta, y que incluya información del procedimiento, dieta, ropa necesaria y localización de la sala de ergometría. Se realizará con la colaboración y el consenso de todos los miembros del Equipo de Mejora para garantizar una información detallada y uniforme al paciente y/o representante legal y siempre tras la información verbal y la resolución de dudas que pudiesen surgir. Se difundirá esta hoja informativa a los profesionales implicados en el cuidado de estos pacientes.

INDICADORES

- Revisión de las historias clínicas de los pacientes a los que se les ha solicitado una ergometría desde el inicio del proyecto y comprobar que consta la entrega de la hoja informativa.
- Comprobar que no se han producido faltas de asistencia secundarias a una información deficitaria desde el inicio del proyecto.

DURACIÓN

El proyecto tendrá una duración de un año para realizar en primer lugar la elaboración de los nuevos documentos de información y recomendaciones y en segundo lugar su difusión a la población susceptible.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0067

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0167

1. TÍTULO

CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA FERRER LOZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO
LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En marzo de 2016 se puso en marcha la consulta para pacientes oncológicos con secuelas endocrinológicas, un miércoles de cada mes en horario de 10 a 13 hs.
Previamente se realizaron los protocolos de seguimiento de las patologías endocrinológicas más frecuentes en estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre marzo de 2016 y Enero de 2017 se han realizado 190 consultas, 21 nuevas
169 sucesivas
Índice sucesivas/primeras. 8

Las patologías más frecuentes han sido tumores del SNC con déficits hormonales (generalmente panhipopituitarismos) seguidos de leucemias/linfomas.

Disminución del número de consultas al hospital de estos pacientes ya que se hace coincidir el día de la visita con la cita de oncopediatria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de la unidad respecto a la puesta en marcha de esta consulta es muy positiva. Se atiende a pacientes con patologías complejas que requieren alto grado de especialización y mayor tiempo de consulta.
La satisfacción de los pacientes es mayor (pendiente encuesta) pues se hace coincidir la visita con una de las citas programadas en oncopediatria de manera que disminuyen las visitas al hospital.
Mejora de la comunicación con la unidad de oncopediatria al estar citados el mismo día.

7. OBSERVACIONES.

Pendiente de evaluar la actividad de la consulta por patologías

*** ===== Resumen del proyecto 2016/167 ===== ***

Nº de registro: 0167

Título
CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS

Autores:
FERRER LOZANO MARTA, DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO, LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO, MUÑOZ MELLADO ASCENSION, RODRIGUEZ VIGIL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes oncológicos presentan un elevado índice de secuelas endocrinológicas a corto, medio y largo plazo. Estas secuelas afectan tanto al crecimiento como al desarrollo puberal y al funcionamiento de otros ejes hormonales. Especialmente, los niños afectados de tumores cerebrales y sometidos a Cirugía y/o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0167

1. TÍTULO

CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS

radioterapia son los que presentan las secuelas más importantes. Debido al aumento de incidencia de estos tumores en Pediatría y a que la unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Infantil Miguel Servet es centro de referencia para Aragón, La Rioja y Soria, en los últimos años, ha aumentado el número de pacientes remitidos a consulta de Endocrinología Pediátrica por este motivo. Estos pacientes presentan una patología hormonal múltiple y compleja, que requiere mayor tiempo de atención y un seguimiento más exhaustivo. Por otra parte, es deseable coordinar las visitas de las consultas de Endocrinología y Oncología pediátricas para disminuir la frecuentación de visitas hospitalarias y evitar desplazamientos a los pacientes que viven en otras ciudades o comunidades autónomas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar una consulta monográfica de pacientes con secuelas endocrinológicas secundaria a patología tumoral.
- Realizar protocolos de seguimiento de las patologías endocrinológicas que afectan a estos pacientes.
- Aumentar el tiempo de visita dedicado por paciente.
- Realizar visitas conjuntas entre los especialistas de Endocrinología y Oncología Pediátrica.
- Disminuir el número de desplazamientos de los pacientes al hospital.
- Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes y sus familiares.

MÉTODO

- Programar la consulta monográfica de pacientes con secuelas endocrinológicas secundaria a patología tumoral, junto con la Unidad de citaciones. Se realizará un miércoles de cada mes, siendo codificada como IENDONC en horario de 10:00 a 13:00 con 2 primeras visitas y 7 revisiones.
(Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta)

- Realizar protocolos de seguimiento de las patologías endocrinológicas que afectan a estos pacientes. (Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta, Ascensión Muñoz, Carmen Rodríguez)

- Evaluar la actividad de la consulta durante el primer año de funcionamiento de la misma.
(Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta)

- Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes.
(Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta)

INDICADORES

- Analizar la actividad de la consulta al año de su implantación: revisión de número de pacientes atendidos, índice de primeras/sucesivas y tiempo de demora.
- Revisar en la base de datos de la consulta de Endocrinología Pediátrica la patología atendida: motivo de consulta, diagnóstico y tratamientos recibidos.
- Evaluar el grado de satisfacción tanto de los pacientes como de sus familiares mediante realización de encuestas.

DURACIÓN

- Apertura de agendas en el mes de septiembre de 2016, con realización de consulta monográfica mensual.
- Evaluación de la actividad realizada en septiembre de 2017.
- Realización de encuestas de satisfacción de forma sucesiva (según acudan los pacientes) desde junio a diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0230

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO9001 DE LA UCI NEONATAL

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE SEGUNDO RITE GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUERTES ARAGÜES ELENA
CURTO SIMON ELENA
PINILLOS PISON RAQUEL
TORRES CLAVERAS SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2018 se ha llevado a cabo la adaptación de la UCI de Neonatología a la norma ISO9001 de 2015. Para ello hemos puesto en marcha:

- La gestión del riesgo en la Unidad, con la elaboración de un documento de Gestión del Riesgo, la matriz de riesgos y la elaboración en el mismo de planes de prevención y contingencia.
 - Se ha puesto en marcha en relación con la gestión del riesgo el sistema de Notificación de errores adversos con la elaboración de una ficha adaptada a las peculiaridades del paciente neonatal. Gran acogida del proyecto con asistencia importante en la sesión de apertura y hasta 30 notificaciones en los 3 últimos meses del año 2018 cuando arrancó el proyecto. Se han programado reuniones cada 3 meses para evaluación de las notificaciones y establecer soluciones de mejora.
- Se ha realizado, además:
- Actualización documental.
 - Cierre no conformidades de auditorias interna / externa 2018
 - Cumplimentación del cuadro de indicadores 2018, detectándose dos desviaciones, una de ellas especialmente significativa en relación con la temperatura de ingreso del paciente prematuro que nos obliga a plantear un objetivo en 2019 para su corrección.
 - Revisión de Objetivos 2018, teniendo que incidir nuevamente en una revisión más a fondo de la prevención de la infección nosocomial, por lo que dicho objetivo se replanteará en 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Adaptación a la norma ISO9001:2015 realizada, documentación actualizada.
Puesta en marcha del sistema de notificación de eventos adversos.
Auditoria 2018 satisfactoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aplicación de la norma ISO9001 nos ha permitido detectar de una forma más objetiva nuestras desviaciones y adoptar medidas para solventarlas. Buen cumplimiento de indicadores y objetivos de 2018, si bien debemos reincidir en el objetivo de reducir la infección nosocomial en la Unidad.

7. OBSERVACIONES.

No.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/230 ===== ***

Nº de registro: 0230

Título
CONSOLIDACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN LA UCI DE NEONATOLOGIA Y EJECUCION DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL 2016-2017 EN EL SISTEMA DE CALIDAD DE LA UNIDAD

Autores:
RITE GRACIA SEGUNDO, FUERTES ARAGÜES MARIA ELENA, PINILLOS PISON RAQUEL, TORRES CLAVERAS SONIA, CURTO SIMON BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0230

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO9001 DE LA UCI NEONATAL

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La UCI de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet ha recibido en el presente año la certificación ISO9001.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la UCI de Neonatología para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales. Nuestro planteamiento es la revisión continua de los procesos de la Unidad, los indicadores (con revisión semestral / anual), cumplimiento de los objetivos pactados para el año 2016, así como resolución de las no conformidades surgidas.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la consolidación de la certificación ISO 9001 se pretende mejorar el sistema de gestión de calidad de la UCI de Neonatología, en especial en el cumplimiento de los objetivos pactados y resolución de las no conformidades así como en el análisis de los indicadores para tratar de mejorar las desviaciones.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditoría, resultado de seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

- Cumplimiento de los Objetivos 2016: Supervisión Segundo Rite Gracia.
- Recogida semestral / anual Indicadores: Supervisión Raquel Pinillos Pisón.
- Revisión Incidencias / No conformidades: María Elena Aragüés Fuertes.
- Actualización de procedimientos operativos / protocolos asistenciales / instrucciones técnicas: Sonia Torres Claveras y Beatriz Curto Simón.

INDICADORES

- 1) Consecución del Objetivo: Consolidación de la certificación ISO 9001 en la UCI de Neonatología (actualización de procesos, resolución incidencias / no conformidades, revisión objetivos anuales, cumplimentación cuadro indicadores y análisis de desviaciones).
La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.
- 2) Dentro de los objetivos concretos en 2016 y extensible a 2017 se encuentra el de Reducción de las tasas de Infección nosocomial en recién nacidos con peso menor de 1500 gramos al nacimiento. Indicador: Número de episodios de infección nosocomial en recién nacidos con peso al nacimiento inferior a 1500 gramos / Número total de recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados.
ESTÁNDAR: <15%.
- 3) Cuadro de Indicadores del sistema de Gestión ISO 9001 de la UCI de Neonatología (13 indicadores, con estándar, responsable y periodicidad de su evaluación establecida).

DURACIÓN

Auditoría interna: Febrero / Abril 2017.
Revisión por la Dirección: Abril 2017.
Auditoría Externa: Mayo / Junio 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoría interna: Abril - Diciembre 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoría externa: Junio - Diciembre 2017.
Formación de los profesionales y sesiones de servicio: Febrero 2017.
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Julio 2017 y Enero 2018.
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017 / Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0230

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO 9001 DE LA UCI NEONATAL

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE SEGUNDO RITE GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUERTES ARAGÜES ELENA
PINILLOS PISON RAQUEL
CURTO SIMON BEATRIZ
TORRES CLAVERAS SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Adaptación a la nueva norma ISO9001:2015 con la elaboración de los documentos de Gestión del Riesgo en la UCI de Neonatología, Matriz de Análisis del Entorno, Matriz de Riesgos con planes de prevención / contingencia y documento de Gestión de la Comunicación en la UCI de Neonatología.
- Actualización documental.
- Cierre y revisión de las No conformidades 2017.
- Cuadro de Indicadores 2017.
- Revisión Objetivos 2017.
- Programa Formación ISO UCI Neonatal año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Adaptación a la norma 2015 con auditoria interna satisfactoria en este aspecto (30 enero 2018, auditor jefe: Carlos Lapresta), pendiente auditoria interna (previsible en abril 2018, pendiente definir fecha).
- Certificación 2017 y en camino la certificación 2018 tras la adaptación a la norma.
- Cuadro de indicadores óptimo, planteando nuevas no conformidades / objetivos para 2018 en aquellos con desviación significativa.
- Revisión Objetivos 2018:
1) Altas UCIN neonatal antes de las 14 horas: Cumplimiento adecuado.
2) Infección nosocomial: Abierta no conformidad para replantear el objetivo y establecer nuevas estrategias para mejorar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración muy positiva de la implementación de la norma ISO9001 en la UCI de Neonatología, permitiendo detectar de una forma más objetiva nuestras desviaciones y adoptar medidas para solventarlas.
Cumplimiento significativo de indicadores / objetivos, aunque como se ha señalado la revisión de estos últimos nos ha permitido establecer la necesidad de avanzar en relación a la prevención de la infección nosocomial.

7. OBSERVACIONES.
En estos momentos está pendiente la revisión por la Dirección / Auditoria externa.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/230 ===== ***

Nº de registro: 0230

Título
CONSOLIDACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN LA UCI DE NEONATOLOGIA Y EJECUCION DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL 2016-2017 EN EL SISTEMA DE CALIDAD DE LA UNIDAD

Autores:
RITE GRACIA SEGUNDO, FUERTES ARAGÜES MARIA ELENA, PINILLOS PISON RAQUEL, TORRES CLAVERAS SONIA, CURTO SIMON BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0230

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO 9001 DE LA UCI NEONATAL

PROBLEMA

La UCI de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet ha recibido en el presente año la certificación ISO9001.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la UCI de Neonatología para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales. Nuestro planteamiento es la revisión continua de los procesos de la Unidad, los indicadores (con revisión semestral / anual), cumplimiento de los objetivos pactados para el año 2016, así como resolución de las no conformidades surgidas.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la consolidación de la certificación ISO 9001 se pretende mejorar el sistema de gestión de calidad de la UCI de Neonatología, en especial en el cumplimiento de los objetivos pactados y resolución de las no conformidades así como en el análisis de los indicadores para tratar de mejorar las desviaciones.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditoría, resultado de seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

- Cumplimiento de los Objetivos 2016: Supervisión Segundo Rite Gracia.
- Recogida semestral / anual Indicadores: Supervisión Raquel Pinillos Pisón.
- Revisión Incidencias / No conformidades: María Elena Aragüés Fuertes.
- Actualización de procedimientos operativos / protocolos asistenciales / instrucciones técnicas: Sonia Torres Claveras y Beatriz Curto Simón.

INDICADORES

- 1) Consecución del Objetivo: Consolidación de la certificación ISO 9001 en la UCI de Neonatología (actualización de procesos, resolución incidencias / no conformidades, revisión objetivos anuales, cumplimentación cuadro indicadores y análisis de desviaciones).
La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.
- 2) Dentro de los objetivos concretos en 2016 y extensible a 2017 se encuentra el de Reducción de las tasas de Infección nosocomial en recién nacidos con peso menor de 1500 gramos al nacimiento. Indicador: Número de episodios de infección nosocomial en recién nacidos con peso al nacimiento inferior a 1500 gramos / Número total de recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados.
ESTÁNDAR: <15%.
- 3) Cuadro de Indicadores del sistema de Gestión ISO 9001 de la UCI de Neonatología (13 indicadores, con estándar, responsable y periodicidad de su evaluación establecida).

DURACIÓN

Auditoría interna: Febrero / Abril 2017.
Revisión por la Dirección: Abril 2017.
Auditoría Externa: Mayo / Junio 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoría interna: Abril - Diciembre 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoría externa: Junio - Diciembre 2017.
Formación de los profesionales y sesiones de servicio: Febrero 2017.
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Julio 2017 y Enero 2018.
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017 / Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0301

1. TÍTULO

CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO: INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE RICHARD BERENGUEL LOVACO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
UNZUETA SALVADOR BEGOÑA
GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA DE LOS ANGELES
GORRIZ BARBERO ROSA MARIA
JARNE NIVELA CRISTINA
BARRIOS GUALLAR ANA CRISTINA
MONGE FERRER MARIA ESTHER
MUÑOZ MELLADO ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Impresión de cartilla de seguimiento.
Información al personal del procedimiento a seguir con la cartilla, entregándose, en el momento de implantación del reservorio, a los padres, e informando de la necesidad de portar el documento, en cada intervención sobre el dispositivo que realice enfermería.
Registro de los pacientes a los que se entrega el documento.
Cumpliendo el calendario presentado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de profesionales que consideran útil la herramienta: 19
Nº de padres que consideran útil la herramienta: 12

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se debe incidir en la importancia de presentar el documento en cada intervención, en ocasiones hay olvidos del documento, dificultando el seguimiento del mismo.
La conclusión es que es una herramienta útil, de fácil manejo, que ayuda tanto a padres como profesionales en el control de los reservorios subcutáneos y su buen funcionamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/301 ===== ***

Nº de registro: 0301

Título
CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO: INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS

Autores:
BERENGUEL LOVACO RICHARD, UNZUETA SALVADOR BEGOÑA, GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA ANGELES, GORRIZ BARBERO ROSA MARIA, JARNE NIVELA CRISTINA, BARRIOS GUALLAR ANA CRISTINA, MONGE FERRER MARIA ESTHER, MUÑOZ MELLADO ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tratamiento actual del paciente pediátrico, con patología onco-hematológica, exige la utilización de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0301

1. TÍTULO

CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO: INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS

pautas terapéuticas agresivas prolongadas en el tiempo, para las cuales el acceso venoso de vías periféricas va a producir un deterioro importante de la red venosa del paciente. Ante esta situación, es imprescindible someter a dichos pacientes a la implantación de catéteres venosos centrales de larga duración, como los catéteres tunelizados tipo Hickman y los catéteres totalmente implantados, tipo reservorio subcutáneos, catéteres que requieren ser insertados y retirados quirúrgicamente. Estos últimos constan de un reservorio que se coloca a nivel subcutáneo y que se sujeta a un catéter silástico colocado en una vena central. Existen diferentes clases de dispositivos, el más comúnmente utilizado es el sistema Port-a-cath®, que está formado por un catéter de silicona o poliuretano pegado a un reservorio o puerto de titanio, acero inoxidable o polisulfona, con un septum de silicona con autocierre, que en su base posee orificios para su fijación en tejido celular subcutáneo.

El empleo del reservorio subcutáneo conlleva una serie de ventajas para el paciente que lo porta. Dichas ventajas son:

- Posible uso fuera del ámbito hospitalario permitiendo en muchas ocasiones recibir tratamientos en el propio domicilio del paciente sin necesidad de desplazamiento mejorando así su calidad de vida

- Menor riesgo de infecciones

- Utilización sencilla, segura y duradera proporcionando un acceso venoso rápido de mejor calidad.

A pesar de su eficacia como dispositivo, resulta esencial tanto para los profesionales como para los propios pacientes y familias mantener un preciso conocimiento sobre los cuidados de este tipo de catéteres, así como las posibles complicaciones que pueden derivar de su uso continuado y prolongado en el tiempo.

Dentro de este marco conceptual es imprescindible poder contar con una herramienta única para poder registrar los cuidados realizados en dicho catéter, tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario, lo que nos permitirá mejorar la continuidad y la seguridad en los cuidados en este tipo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

General:

? Garantizar la continuidad y la seguridad en los cuidados de los catéteres de larga duración, tipo reservorio, implantados en los niños con patología onco-hematológica

Específicos:

- Concienciar acerca de la necesidad de que se mejoren y mantengan las prácticas del mantenimiento y cuidados del catéter en el momento oportuno y de la forma apropiada.

- Mejorar el conocimiento y las prácticas sobre el cuidado del catéter reservorio subcutáneo.

- Orientar a padres, pacientes y profesionales de otro nivel asistencial sobre el manejo en la

heparinización del catéter

- Contar con un único registro, que recoja todas las intervenciones realizadas, tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario para mejorar la continuidad de cuidados.

- Evitar posibles situaciones adversas por mal control del catéter.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo.

Responsable: Richard Berenguel Lovaco (Supervisor Oncopediatría)

Begoña Unzueta Salvador

M^a Angeles Gimenez de Azcárate León

Rosa María Gorriz Barbero

Cristina Jarne Nivelá

M^a Esther Monge Ferrer

Ascensión Muñoz Mellado

Ana Cristina Barrios Guallar

- Revisión bibliográfica sobre los cuidados específicos del reservorio (mantenimiento, heparinización...).

Protocolo reservorio venoso, uso y mantenimiento "port a cath". Comisión de calidad de enfermería. Distrito

metropolitano de Granada. Servicio andaluz de salud. Julio 2008.

Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Cuidados y Mantenimiento de Accesos Venosos de larga duración

(Reservorios). Hospital universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Junio 2012. (Consultado en Abril 2014).

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf.

Moreno T, del JL, Zurera L, Escalante E, González R, et al. Guía de cuidados de enfermería. [Guía de Internet]

Donosti; Marzo 2012. [Disponible en: <http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/DUE/Protocolos/Tecnicas>]

Guía de control de reservorios, Hospital San Jorge Huesca.

- Consenso y elaboración de una cartilla para el paciente que sirva como registro único de los cuidados

realizados en el catéter.

- Evaluación de la utilidad de este registro para profesionales y padres de este

INDICADORES

- Existencia de una cartilla para el control de la heparinización de los catéteres de larga duración, tipo

reservorio, para el paciente oncopediátrico.

- N° de profesionales que consideran útil la herramienta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0301

1. TÍTULO

CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO: INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS

- Nº de padres que consideran útil la herramienta

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 - Noviembre 2016
- Revisión bibliográfica - Diciembre 2016 - Febrero 2017
- Elaboración de la cartilla - Marzo 2017- Mayo 2017
- Evaluación de la utilidad para padres y profesionales de oncopediatría- Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0571

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO DE ARRIBA MUÑOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER LOZANO MARTA
OLIVAN OTAL PILAR
ARANA NAVARRO TERESA
CENARRO GUERRERO MARIA TERESA
GARCIA VERA CESAR
LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Establecer una vía de comunicación directa entre el Pediatra de AP y el Especialista para la derivación de los pacientes.

Se ha establecido una vía de comunicación directa entre Antonio de Arriba y la pediatra Pilar Oliván del Centro de Salud Canal Imperial. Además he mantenido contacto directo con al menos 1 Pediatra de cada uno de los centros participantes.

2. Evitar derivaciones innecesarias a las consultas hospitalarias.

Se analizará posteriormente.

3. Disminuir el tiempo de demora en las primeras visitas.

El tiempo medio de contestación de las interconsultas ha sido de 5,6 días. Posteriormente el tiempo de cita ha sido el de la lista de espera de la consulta, en función de si la cita era normal o preferente.

4. Mejorar la formación continuada del Pediatra de AP.

Se han realizado hojas de recomendaciones de diferentes patologías que ayuden al Pediatra de AP a conocer algunas de las patologías más frecuentes de la Endocrinología Pediátrica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Los meses de Febrero y Marzo de 2017 empezamos el proyecto con 2 Centros de Salud, Sagasta y Canal Imperial, incorporándose el 1 de abril otros 3, Fernando el Católico, Las Fuentes Norte y Torrero la Paz.
- Hasta el 1 de octubre de 2017 se han recibido 101 interconsultas habiéndose citado de forma presencial 57, mientras que en 44 ocasiones se han mandado recomendaciones para el seguimiento en el Centro de Salud.
- La satisfacción de los Facultativos responsables del área hospitalaria ha sido muy buena.
- La satisfacción de los Pediatras de AP ha sido muy buena, incluso nos han llegado peticiones para ampliarlo a más Centros de Salud.

INDICADORES DE CALIDAD

- Número de interconsultas citadas presenciales /Número de interconsultas totales= 56.4%. (Estándar <80%).

- Número interconsultas respondidas en <7días/Total interconsultas= 98%. (Estándar 95%).

- Número de reconsultas de un mismo paciente/Total interconsultas= 2%. (Estándar <20%) Aclarar en este punto que realmente no han sido reconsultas, si no que en 2 casos una Pediatra ha duplicado la consulta de 2 pacientes al remitirla, siendo exactamente la misma y no una reconsulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha mejorado la comunicación entre Primaria-Especializada.

Se han evitado derivaciones que se consideraban no necesarias.

El proyecto se ha acompañado de un alto grado de satisfacción por parte de todos los profesionales implicados en el mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/571 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0571

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO

Nº de registro: 0571

Título
MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO

Autores:
DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO, FERRER LOZANO MARTA, LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO, CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO, GRACIA ROMERO JESUS, OLIVAN OTAL MARIA PILAR, LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL, ARANA NAVARRO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades Endocrinas, alergológicas y quirúrgicas
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A día de hoy la telemedicina es una realidad que debe ser implantada paulatinamente en los hospitales. En el hospital Miguel Servet se ha puesto en funcionamiento un proyecto piloto de realización de interconsultas desde Atención Primaria a Especializada. En los últimos años se ha objetivado un aumento en las derivaciones a las consultas, lo que ha aumentado la demora en la atención a los pacientes en su primera visita. Por otra parte, se ha detectado que una parte de ellas podrían ser evitadas sin la necesidad de realización de una consulta presencial. Un estudio observacional retrospectivo de cohortes, revisando 2430 historias clínicas de pacientes nuevos atendidos en Cirugía Pediátrica en el Hospital Virgen del Rocío en Sevilla desde septiembre de 2010 a enero de 2012, encontró una derivación evitable en el 44,28% de los niños (Cir Pediatr 2012; 25: 177-181). En el hospital Miguel Servet el Servicio de Aparato Digestivo ha puesto en funcionamiento con éxito un proyecto piloto de realización de interconsultas desde Atención Primaria a Especializada por vía telemática. En el Hospital Infantil deseamos realizar y mejorar esta experiencia: se trata de que el Pediatra de Atención primaria exponga el caso y el especialista de Alergología, Endocrinología o Cirugía responda a la misma, dando recomendaciones sobre el seguimiento apropiado y estableciendo si es necesaria la realización de la consulta presencial.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer una vía de comunicación directa entre el Pediatra de AP y el Especialista para la derivación de los pacientes.
- Evitar derivaciones innecesarias a las consultas hospitalarias.
- Disminuir el tiempo de demora en las primeras visitas.

MÉTODO

- Creación de una agenda de telemedicina-interconsultas, con periodicidad semanal, para las consultas de Endocrinología Pediátrica, Cirugía Pediátrica y Alergología Pediátrica. Cada interconsulta tendrá un tiempo estimado de 20 minutos y será contestada en un plazo máximo de 7 días (Antonio de Arriba, Marta Ferrer, José Ignacio Labarta, Jesús Gracia, José Antonio Castillo).
- El proyecto piloto contará con la colaboración de 3 centros de Salud: C.S Sagasta, C.S. Amparo Poch y C.S San José. Para ello, se realizará formación específica en el manejo de la herramienta informática a los profesionales implicados en cada centro. Desde su implantación, dichos C.S. únicamente podrán derivar pacientes mediante este sistema (Teresa Arana Navarro. Isabel Lostal Gracia. María Pilar Oliván Otal).
- Las interconsultas recibidas serán contestadas de forma razonada, incluyendo diagnósticos diferenciales apropiados a cada caso y pautas de recomendaciones y/o seguimiento en las diferentes patologías (Antonio de Arriba, Marta Ferrer, José Ignacio Labarta, Jesús Gracia, José Antonio Castillo).
- Realización de encuesta de satisfacción tanto a los profesionales de AP, como a los hospitalarios. (Antonio de Arriba, Marta Ferrer, José Ignacio Labarta, Jesús Gracia, José Antonio Castillo, Teresa Arana Navarro. Isabel Lostal Gracia. María Pilar Oliván Otal).

INDICADORES

- Se analizará el número de interconsultas recibidas por cada Centro de Salud y Pediatra, tiempo medio de respuesta, motivos de consulta y diagnósticos.
- Número de pacientes atendidos de forma presencial/Número de interconsultas recibidas.
- Valoración del tiempo de demora en la primera visita, respecto a los datos del año previo.
- Evaluación del grado de satisfacción de los profesionales mediante encuesta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0571

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO

DURACIÓN

- Octubre-diciembre 2016: creación de agenda de telemedicina-interconsultas y elaboración de las recomendaciones por patologías.
- Noviembre-diciembre 2016: formación de los pediatras de AP en el uso de la herramienta.
- Enero 2017: inicio de la consulta de telemedicina.
- Junio 2017: evaluación de la actividad realizada y de la satisfacción de los profesionales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0598

1. TÍTULO

LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE LORENA MONGE GALINDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDO MARTINEZ RUTH
FUERTES RODRIGO CRISTINA
LOPEZ PISON JAVIER
PEÑA SEGURA JOSE LUIS
GARCIA JIMENEZ MARIA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Según previsto en el Proyecto, se ha realizado un protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Neuritis óptica en Pediatría revisando la evidencia científica disponible hasta el momento y con consenso de todos los profesionales implicados (Pediatría, Oftalmología, Neurorradiología). También se ha desarrollado una hoja de información como complemento de este protocolo, que se entrega a los padres y donde se explica con lenguaje claro qué es lo que le ocurre, su pronóstico y las pruebas que deben realizarse.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El protocolo de manejo de Neuritis óptica en Pediatría se ha puesto en marcha en el Hospital Infantil tras su presentación en sesión clínica hospitalaria el 26 de junio de 2017. Como consecuencia de ello, esperamos disminuir la variabilidad en la práctica clínica de los profesionales implicados, mejorando la asistencia y optimizando los exámenes complementarios y tratamientos disponibles. No obstante, la valoración de la utilidad y seguimiento de este protocolo se realizará en la segunda parte del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La neuritis óptica en Pediatría se trata de una entidad poco frecuente pero con posibles repercusiones importantes, del que hemos conseguido disponer de un protocolo actualizado de manejo desde junio de 2017. Es necesario un gran esfuerzo para poder recoger y reflejar el consenso de todos los profesionales implicados, pero es lo que realmente enriquece el protocolo y nuestra experiencia. Esperamos demostrar utilidad en la mejora de la calidad asistencial a nuestros pacientes como lo hemos podido hacer en otras experiencias de Protocolización y del ciclo PDCA previas.

7. OBSERVACIONES.

Hasta el momento se ha desarrollado la primera parte del proyecto según cronograma previsto. La segunda parte es la recogida de los datos de los pacientes valorados por esta patología en nuestro centro hasta finales de diciembre-2018, para ver la utilidad del protocolo y el seguimiento del mismo por parte de los profesionales implicados. También se encuestará a padres y profesionales sobre sus impresiones sobre la hoja de información entregada. Tras el estudio de los datos recogidos, se expondrán los resultados y propuestas de mejora en el primer trimestre de 2019.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/598 ===== ***

Nº de registro: 0598

Título
LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

Autores:
MONGE GALINDO LORENA, FERNANDO MARTINEZ RUTH, FUERTES RODRIGO CRISTINA, LOPEZ PISON JAVIER, PEÑA SEGURA JOSE LUIS, GARCIA JIMENEZ MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0598

1. TÍTULO

LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la Unidad de Neuropediatría y Metabolismo del Hospital Infantil Universitario Miguel Servet de Zaragoza disponemos de tres herramientas de enorme utilidad en las funciones asistenciales, docentes y de investigación: las bases de datos (BD) de Neuropediatría y Metabolismo, los protocolos y las hojas de información. La BD de Neuropediatría incluye todos los niños valorados en consulta ambulatoria y/o durante los ingresos hospitalarios por Neuropediatría desde mayo de 1990. Su permanente actualización permite tener un estrecho control de nuestro trabajo. Contempla motivos de consulta, diagnósticos, datos epidemiológicos y muchas otras variables. A fecha de 1-10-16 hay introducidos 19.912 niños. La Unidad está muy implicada en la protocolización de nuestra actividad asistencial, minimizando la variabilidad, bajo la perspectiva de que todos (Atención Especializada, Urgencias Pediátricas y Atención Primaria) trabajan en el mismo Equipo cuyo objetivo es la mejor asistencia de los niños y la mejor formación de los residentes, y de que la comunicación es fundamental para obtener dichos objetivos. Los protocolos consensuados facilitan el continuum asistencial. La protocolización se encuentra en la dinámica de trabajo del ciclo PDCA: "plan, do, check, act"; Disponemos de 37 protocolos de patología neurológica y metabólica. Como complemento y mejora de la protocolización, desde 2012 comenzamos a redactar hojas de información para padres y profesionales sobre diferentes patologías neuropediátricas y metabólicas. Actualmente disponemos de 35 hojas de información, hemos entregado 6.723. El proyecto que presentamos, quiere ser un ejemplo de nuestra línea de trabajo asistencial. Recientemente, a raíz de los casos clínicos valorados, hemos detectado la necesidad de disponer de un protocolo escalonado de diagnóstico y tratamiento de la Neuritis óptica en pediatría. Se trata de una entidad poco frecuente pero con posibles repercusiones importantes. En este proyecto proponemos su desarrollo, consenso del mismo con todos los profesionales implicados, revisiones y actualizaciones periódicas en base a las nuevas evidencias científicas, autoevaluación y monitorización de su aceptación y seguimiento por parte de los médicos asistenciales, de sus posibles deficiencias y la posterior subsanación de las mismas. La dinámica de trabajo PDCA nos ha introducido en un ciclo de aprendizaje y mejora que no tiene punto final.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es establecer un protocolo específico de diagnóstico y tratamiento de los niños con sospecha de neuritis óptica valorados en nuestro Hospital y desarrollar una hoja de información para el paciente y la familia donde explique con lenguaje claro qué es lo que le ocurre, su pronóstico y las pruebas que deben realizarse. Como consecuencia de ello, esperamos disminuir la variabilidad en la práctica clínica de los profesionales implicados, mejorando la asistencia y optimizando los exámenes complementarios y tratamientos disponibles.

MÉTODO

Los firmantes del trabajo serán los responsables de:

- 1º. Realizar el protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Neuritis óptica en Pediatría revisando la evidencia científica disponible hasta el momento y también se desarrollará una hoja de información como complemento de este protocolo.
 - 2º. Se pondrá en marcha el protocolo en el Hospital Infantil y a los 2 años se hará un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que hayan sido atendidos por esta patología en nuestro centro para ver la utilidad del protocolo y el seguimiento del mismo por parte de los profesionales implicados. Se revisarán los datos de estos pacientes disponibles en nuestra BD y se revisarán sus historias clínicas para observar que se ha seguido el protocolo y sus indicadores de calidad. También se encuestará a padres y profesionales sobre sus impresiones sobre la hoja de información entregada.
 - 3º. Se estudiarán los resultados obtenidos de esta revisión del protocolo y hoja de información y se propondrán las medidas de mejora que fueran precisas.
- En definitiva, seguiremos la dinámica de trabajo del ciclo PDCA.

INDICADORES

- Indicadores de calidad del protocolo:
Constancia de toma de constantes.
Constancia de valoración por oftalmología
Constancia de RM cerebral y de nervios ópticos con gadolinio y estudio completo incluyendo LCR y antiNMO
Constancia de tratamiento e indicación del mismo
- Encuesta de satisfacción abierta para padres y profesionales, que se realizará vía telefónica al mes del alta hospitalaria.

DURACIÓN

El proyecto se realizará a lo largo de 2 años. El cronograma previsto:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0598

1. TÍTULO

LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

Revisión de la literatura científica y redacción el protocolo y de la hoja de información de manera que esté listo para su puesta en marcha en nuestro centro en enero-2017.
Recogida retrospectiva de los datos de los pacientes valorados por esta patología y hojas de en nuestro centro hasta finales de diciembre-2018
Tras el estudio de los datos recogidos, se expondrán los resultados y propuestas de mejora en el primer trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0857

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA FERNANDEZ ESPUELAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO PEREZ DELIA
IZQUIERDO DIEZ ANA ISABEL
FERRER DUCE MARIA PILAR
MARTINEZ FORCEN SUSANA
LARENA FERNANDEZ ISRAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeras y matronas de la Unidad de Neonatología y Obstetricia, que voluntariamente han querido participar en el proyecto.

Se han realizado reuniones para distribución y organización de funciones.

Se ha realizado vía clínica para la captación de madres donantes desde el hospital.

Desde la Unidad de Neonatología se ha facilitado el proceso de selección y contacto con el Banco de Leche a las madres de niños ingresados en la Unidad que debido a su alta producción de leche materna deseaban hacerse donantes.

Se informa a las madres de niños ingresados con alta producción de leche de la posibilidad de hacerse donantes, y se les facilita el proceso, realizándoles en la misma Unidad la entrevista, firma del consentimiento y extracción de analíticas. Posteriormente se envían las muestras y documentos al banco de sangre del Hospital desde donde lo envían al Banco de Leche de Aragón.

Para que resulte más sencillo todo el proceso, tanto en la UCI Neonatal como en la planta de Neonatal, se han nombrado a determinadas personas (médicos y enfermeros) encargadas de realizar este proceso. Se dispone de "Kits" compuestos por folleto informativo, documentos con el consentimiento informado, la entrevista a rellenar, pegatinas para identificar las muestras y tubos de analíticas para la extracción de sangre, simplificando el proceso de esta manera.

En las plantas de Maternidad, se ha mejorado la información sobre la donación de leche a las madres que acaban de dar a luz mediante entrega de folletos informativos y de información verbal cuando así lo solicitan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido aumentar el número de madres donantes procedentes del Hospital.

Se ha conseguido facilitar el proceso para la donación de leche a las madres de niños ingresados en la Unidad de Neonatal, no perdiendo madres donantes por dificultad en completar los pasos iniciales del proceso de donación (información, entrevista, extracción de analíticas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido mejorar la atención a las madres y los Recién Nacidos ingresados en la Unidad.

La formación de un equipo de trabajo y la organización de funciones, permite alcanzar la meta del proyecto, facilitando el trabajo y mejorando la calidad asistencial.

Queda pendiente evaluar los indicadores numéricos propuestos en el proyecto.

Quedan pendiente reuniones evaluativas del proyecto con los miembros del grupo y con el Banco de Leche para encontrar y diseñar puntos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/857 ===== ***

Nº de registro: 0857

Título
MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores:
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, ROYO PEREZ NIEVES DELIA, TORRES CLAVERAS SONIA, IZQUIERDO DIEZ ANA ISABEL, FERRER DUCE MARIA PILAR, MARTINEZ FORCEN SUSANA, LARENA FERNANDEZ ISRAEL, ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS MARIA LUZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0857

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muchos estudios avalan los efectos beneficiosos de la lactancia materna para la alimentación de los recién nacidos (RN) prematuros y enfermos cuando se la compara con fórmulas artificiales. La leche materna contiene factores inmunoprotectores importantes contra la sepsis nosocomial y otras infecciones, protege contra la enterocolitis necrotizante y mejora el desarrollo neurocognitivo. A largo plazo, existen evidencias científicas de un mejor desarrollo psicomotor y menor riesgo cardiovascular. Así, la leche de la propia madre es el alimento de elección para los RN prematuros o enfermos ingresados en las Unidades Neonatales. Pero no siempre sus madres tienen suficiente leche para alimentarles o precisan de algunos días hasta que empiezan a producirla, retrasando el inicio de la alimentación. Entonces la leche humana pasteurizada de madres donantes seleccionadas es la mejor opción para la alimentación de estos niños prematuros, enfermos o de alto riesgo.

La aparición de los Bancos de Leche Humana es reciente y ha ido paralela al interés creciente por la lactancia materna como un elemento de promoción de la salud entre los neonatos enfermos y prematuros. Los Bancos de Leche Humana son centros especializados responsables de la promoción y apoyo a la lactancia materna, y de la recolección, procesamiento, control de calidad y dispensación de la leche de madre donada a los niños que la precisen. En España existen actualmente ocho bancos en activo agrupados en la Asociación Española de Bancos de Leche Humana. El Banco de Zaragoza se creó en 2011 y se encuentra integrado en el Banco Sangre y Tejidos de Aragón.

Uno de los puntos imprescindibles para el buen funcionamiento del Banco de Leche es la captación de mujeres donantes y para ello son muchos los esfuerzos realizados dirigidos a la promoción y divulgación de la información a la población general. Las mujeres candidatas para ser donantes son aquellas que estando amamantando a sus bebés, tengan leche suficiente, gocen de buena salud y tengan hábitos saludables. La captación actual de las madres donantes se realiza a través de propaganda en forma de carteles y folletos informativos en hospitales y centros de salud, y de la información oral que transmiten los profesionales sanitarios. También se realizan campañas de información para la población general en los medios de comunicación. Actualmente, la madre que quiere ser donante debe acudir a su Centro de Salud de Atención Primaria donde los profesionales sanitarios encargados le informan, le pasan un cuestionario y si la mujer es apta y está conforme, firma un consentimiento y se le realiza una extracción de sangre para serologías. Pero hay temporadas en las que la cantidad de leche donada es insuficiente para satisfacer las necesidades de las Unidades Neonatales de nuestra Comunidad por disminución en el número de donantes en ese momento.

Desde la Unidad de Neonatología del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Miguel Servet, y de acuerdo con el Banco de Leche de Aragón, detectamos la necesidad de contribuir en la mejora del proceso de captación de mujeres donantes desde el propio hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Aumentar el número de madres donantes de Leche Humana.
2. Aumentar el volumen de Leche Humana Donada en el Banco de Leche de Aragón.
3. Disponer de Leche Humana como alimento de elección para los RN prematuros y enfermos que la necesiten.

MÉTODO

Formar grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeras y matronas de la Unidad de Neonatología y de Obstetricia que voluntariamente deseen participar en el proyecto, consistente en:

1. Unidad de Neonatología: Facilitar el proceso de selección y contacto con el Banco de Leche a las madres de RN prematuros o enfermos ingresados que teniendo alta producción de leche desean ser donantes, realizándoles la entrevista, firma del consentimiento y extracción de analíticas en la propia Unidad. Enviar las muestras y documentos al Banco de Leche.
2. Maternidad: Mejorar la información administrada sobre la donación de leche a las madres que acaban de dar a luz, poniéndoles en conocimiento de la existencia del Banco de Leche, de su finalidad y de qué pasos deben seguir si en un futuro desearan ser donantes.

INDICADORES

1. N° de madres de la Unidad de Neonatología que se hacen donantes cada mes.
2. N° de madres donantes de la Unidad de Neonatología del total de madres donantes en Aragón.
3. N° total de madres donantes de Leche Humana al mes (en Aragón).

DURACIÓN

- Octubre - noviembre 2016:
- o Reunión del equipo para establecer cronograma de trabajo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0857

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

- o Realizar vía clínica para la captación de madres donantes desde el Hospital.
- o Reunión con responsables del Banco de Sangre del Hospital Miguel Servet y del Banco de Leche de Aragón para consensuar la vía clínica.
- A partir de diciembre 2016: puesta en marcha del proyecto.
- Septiembre-octubre 2017: evaluación de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE IGNACIO ROS ARNAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARANGUAN CASTRO MARIA LUISA

GARCIA ROMERO RUTH

UBALDE SAIZ EDUARDO

FUENTES OLMO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha establecido una comunicación entre el servicio de Gastroenterología Pediátrica y el de Digestivo de adultos, estableciendo un plan para llevar a cabo la consulta de transición de los pacientes pediátricos afectados de hepatopatía crónica, que van a pasar a ser controlados en el servicio de Digestivo de adultos

Se ha elaborado un protocolo en el que se explica de manera detallada los criterios de selección de pacientes, la forma en la que llevar a cabo esta consulta de transición, así como los detalles a tener en cuenta cuando se trata de pacientes en edad adolescente.

Se ha establecido el plan para la realización de la consulta de transición a partir de abril de 2018, programando las consultas de los pacientes susceptibles de participar en este proyecto.

Para ello, se ha realizado un informe detallado de cada paciente, para facilitar el conocimiento del historial médico de cada uno de ellos al profesional que lo controle a partir de ahora, evitando la pérdida de información o el desconocimiento de ciertas situaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado el "Protocolo de transferencia de pacientes con enfermedad hepática crónica de la unidad de gastroenterología pediátrica a servicio de digestivo de adultos", que ha facilitado la creación de la consulta de transición para estos pacientes.

Se ha comunicado a los pacientes controlados en Gastroenterología pediátrica, y susceptibles de ser transferidos a adultos, la existencia próxima de esta consulta de transición que facilitará el paso al servicio de adultos, tanto para el paciente como para su familia.

La propuesta ha sido muy bien acogida por parte de las familias y los niños, pues para ellos habitualmente supone un cambio importante el paso al servicio de adultos, por lo que las visitas conjuntas facilitan este paso, y mejoran la confianza de los pacientes.

Está programado que empiecen a tener lugar las consultas de transición a partir de abril 2018, siendo el objetivo que al menos el 90% de los pacientes con hepatopatía crónica que sean dados de alta de la unidad de Gastroenterología Pediátrica sean valorados conjuntamente en la consulta de transición con Digestivo de adultos.

Se adjunta el protocolo elaborado:

PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA DE U. GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA A SERVICIO DE DIGESTIVO ADULTOS

1. INTRODUCCIÓN

Las hepatopatías crónicas son poco frecuentes en la población pediátrica, e incluyen un amplio abanico de patologías. Los pacientes afectados siguen controles estrechos durante la edad pediátrica, pues por un lado es importante evaluar la progresión de su enfermedad y la eficacia de los tratamientos, que en ocasiones deben llevar de forma crónica, y por otro es fundamental la detección precoz de las complicaciones para establecer el tratamiento oportuno.

Las hepatitis crónicas por virus de hepatitis B (VHB) o C (VHC) son las más frecuentes, y en la población pediátrica la infección suele producirse por transmisión vertical. Actualmente, gracias a los programas de vacunación universal frente Hepatitis B, ésta ha disminuido notablemente, por lo que la Hepatitis C se ha convertido en la causa principal de hepatitis crónica en niños. La Hepatitis C crónica afecta al 5.8% de los recién nacidos de madres infectadas por VHC. En los niños que se infectan por transmisión vertical puede producirse el aclaramiento del virus en los primeros 3 años, no obstante, el 80% de ellos desarrollan infección crónica. Hasta hace poco tiempo, el tratamiento se limitaba a ribavirina e interferón, con el cual se obtenían tasas de curación que oscilaban entre el 50% y el 100% según el genotipo, y asociaba numerosos efectos adversos. Sin embargo, actualmente se han desarrollado antivirales de acción directa, con lo que se están obteniendo tasas de curación de más del 95% en adultos, por lo que en estos momentos se recomienda esperara a que estos tratamientos estén disponibles para su uso en la edad pediátrica. La Hepatitis B crónica puede causar complicaciones severas a lo largo de la vida en al menos el 15% de los pacientes afectados. Su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

tratamiento, basado en Interferón alfa y antivirales (tenofovir y entecavir) no cura la infección salvo excepcionalmente, pero su objetivo es acortar la fase de inmunoeeliminación, disminuir la replicación viral, normalizar la función hepática y conseguir la regresión del daño histológico.

Otra causa de hepatopatía crónica en pediatría es la Hepatitis Autoinmune, que es una enfermedad de origen desconocido que cursa con destrucción progresiva del parénquima hepático. Se caracteriza por elevación de transaminasas y de IgG, presencia de autoanticuerpos circulantes no órgano específicos, y en la biopsia se objetiva hepatitis de interfase. El tratamiento consiste en prednisona, habitualmente asociado a azatioprina. Por otro lado, la Enfermedad de Wilson es una enfermedad autosómica recesiva, provocada por una mutación en el gen ATP7B que favorece el acúmulo anormal de cobre fundamentalmente en hígado, cerebro y riñones, lo cual ocasiona toxicidad. La afectación hepática puede variar desde una disfunción asintomática, hasta hepatitis crónica, cirrosis, e insuficiencia hepática grave. El diagnóstico se realiza mediante determinación de ceruloplasmina y cobre en plasma, y excreción urinaria de cobre, así como estudio genético. El tratamiento se basa en quelantes como D-penicilamina o trientine, y otros que impiden la absorción intestinal como el zinc. Por último, destacan ciertas patologías que se incluyen dentro de las causas de colestasis en el lactante, como son la Atresia de vías biliares, el Síndrome de Alagille, o la Colestasis Intrahepática Familiar Progresiva, las cuales ocasionan disfunción hepática progresiva, y precisan habitualmente trasplante hepático. La transferencia de una unidad pediátrica a una unidad de adultos, debe de ser un paso reglado y progresivo, y no un cambio brusco de una unidad a otra, pues este periodo de transición es especialmente crítico para la evolución de la enfermedad.

2. POBLACIÓN DIANA

Pacientes afectados de enfermedad hepática crónica que son controlados en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición pediátrica del Hospital Infantil Miguel Servet, que van a pasar a ser controlados por una Unidad de Digestivo de adultos.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS QUE DETERMINAN EL MOMENTO IDEAL PARA LA TRANSICIÓN:

Factor determinante	Ideal
Edad cronológica	Entre 16 y 25 años
Independencia en el cuidado de salud	No dependiente de los padres
Autonomía de decisión	Habilidad de tomar decisiones informadas
Preparación	Conocimiento de la enfermedad
Disposición	Se siente cómodo con el equipo de adultos
Disponibilidad de un especialista de adulto	Facultativo con especial interés en la enfermedad hepática crónica en el adolescente
Adhesión al tratamiento	Buena adhesión al tratamiento en los casos en que esté indicado

4. CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DEL ADOLESCENTE

En los primeros años de la adolescencia (10-12 años), el individuo debe poder describir su enfermedad, conocer el tratamiento y la dosis, y valorar el impacto de su enfermedad en la asistencia al colegio y en sus aspiraciones académicas.

Al final de la adolescencia (16-18 años), el individuo debería ser capaz de tomar decisiones terapéuticas informadas, de solicitar citas y asistir a las mismas, de conocer aquellos hábitos que le resultan nocivos y los que no, y aprender a usar los servicios sanitarios de una manera flexible.

Es importante preguntar a los pacientes y sus familias acerca de sus expectativas y temores de transición. Los pacientes adolescentes y sus familias deben ser educados en las diferencias entre la atención médica pediátrica y de adultos.

Se recomienda que la transición se realice en situación de estabilidad clínica de la enfermedad y en ausencia de cambios terapéuticos importantes.

5. PASOS PREVIOS A LA TRANSICIÓN

5.1 Consulta del gastroenterólogo pediátrico.

- El gastroenterólogo pediátrico debería empezar a visitar al enfermo sin sus padres, de cara a establecer una relación que promueva la independencia y la confianza en uno mismo, y que asemeje la futura relación que establecerá con el facultativo de adultos.

- Es importante introducir el concepto de la transición al paciente y a su familia con anticipación, enfatizando sus beneficios, como son la normalización del desarrollo, la promoción de la independencia, de la confianza en uno mismo y la mejora de la cumplimentación del tratamiento.

- Debe transmitirse la necesidad de un seguimiento por un facultativo experto en enfermedad hepática crónica, que conozca las alternativas terapéuticas para estas patologías, así como las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad o de sus tratamientos.

5.2 Conocimiento y habilidades que el adolescente debería haber adquirido en el momento de ser incluido en el programa de transición.

- Diagnóstico y características básicas de su enfermedad hepática crónica.
- Año de diagnóstico y nombre del centro y de los profesionales que han estado implicados en su seguimiento.
- Fechas de los eventos importantes relacionados con su enfermedad como inicio de tratamientos, realización de biopsia hepática, etc.
- Conoce los tratamientos farmacológicos que ha seguido durante la evolución de su enfermedad (nombre y dosis de las medicaciones).
- Es capaz de ponerse en contacto con su médico responsable en caso de dudas o empeoramiento de su situación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

- Es capaz de ponerse en contacto con el personal sanitario para solicitar recetas.
- Puede solicitar y gestionar sus citas en consulta y recuerda acudir en la fecha fijada

5.3 Tras plantear la transición.

- Se debe identificar un gastroenterólogo habituado al manejo del adulto joven con enfermedad hepática crónica, en este caso el proyecto se realiza con el Dr. Fuentes, adjunto del servicio de Digestivo del Hospital Miguel Servet.
- Desde la unidad de gastroenterología pediátrica se facilitarán los informes médicos necesarios al nuevo facultativo de referencia, así como al paciente y a su familia.

6. TRANSICIÓN

Se establecerán dos días al año para realizar una consulta conjunta de ambos servicios. (Primera consulta en la Unidad de Gastroenterología Pediátrica en el Hospital Infantil y la segunda consulta en el Servicio de Digestivo del Hospital General Miguel Servet).

Tras la preparación al paciente y su familia para el proceso de transición y una vez comprobada la capacidad para llevarla a cabo se citará a la paciente con fecha y hora en la consulta conjunta.

6.1 Consulta conjunta en la unidad de gastroenterología y nutrición pediátrica. (Dr. Ros Arnal, Dra. García Romero y Dr. Fuentes Olmo)

- Se procederá a presentar el paciente y a su familia al médico gastroenterólogo de adultos.
- Se tomará una decisión conjunta de tratamiento entre pediatra y médico de adultos gastroenterólogo en base al futuro planteamiento en Digestivo de adultos.
- Se explicará el lugar y el orden de sucesivas consultas en Servicio de Digestivo de adultos.

6.2 Consulta conjunta en el servicio de digestivo de adultos (Dr. Fuentes Olmo, Dr. Ros Arnal y Dra. García Romero)

- Se mantendrá el vínculo de confianza entre el paciente, la familia y el médico pediatra y de adultos.
- Se comentarán las situaciones personales y familiares del paciente.
- Se discutirán las características clínicas y de tratamiento del paciente en base a las experiencias previas.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Hierro Llanillo L, Lledín Barbancho MD. Hepatitis crónica por el virus de hepatitis B. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 415-426.
- Jara Vega P. Hepatitis crónica C. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 427-439.
- Urruzuno Tellería P, Camarena Grande C. Hepatopatías autoinmunes. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 441-457.
- Peña Quintana L, de la Vega Bueno A. Enfermedad de Wilson. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 485-498.
- Frauca Remacha E, Fernández Caamaño B. Colestasis del lactante. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 571-588.
- Navas López V, Blasco Alonso J, Sierra Salinas C. Manejo del niño con hepatopatía crónica. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP. Madrid: Ergon; 2010; 239-252.

ANEXO I. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

CRITERIO	INDICADOR	EXCEPCIONES	ESTÁNDAR
Porcentaje de pacientes con enfermedad hepática crónica dados de alta de la Unidad de Gastroenterología Pediátrica valorados conjuntamente	Nº HC revisadas con criterio/NºHC totales revisadas	Ninguna	>90%
Porcentaje de pacientes con enfermedad hepática crónica nuevos valorados conjuntamente en el Servicio de Digestivo de adultos, controlados previamente en la Unidad de Gastroenterología Pediátrica vistos en la consulta	Nº HC revisadas con criterio/Nº HC totales revisadas	Ninguna	>90%

ANEXO II. DOCUMENTO DE CONSENSO (1)

El protocolo con el título "PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA DE U. GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA A SERVICIO DE DIGESTIVO ADULTOS" ha sido consensuado por los siguientes servicios/unidades que participan en su aplicación:

SERVICIO / UNIDAD	NOMBRE Y APELLIDOS
Gastroenterología Pediátrica. HMI Miguel Servet	María Luisa Baranguán Castro, Ignacio Ros Arnal, Ruth García Romero, Eduardo Ubalde Sainz.
Servicio de Digestivo de adultos. H. Miguel Servet	Javier Fuentes Olmo

Responsable del protocolo: Ignacio Ros Arnal.

Fecha: 2 de noviembre de 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que con este proyecto se ha conseguido mejorar la atención a los pacientes pediátricos afectados de hepatopatía crónica, y susceptibles de ser dados de alta al servicio de adultos, aumentando considerablemente la satisfacción de las familias, pues de este modo el paso al servicio de adultos es más progresivo, y de la mano de los profesionales que han llevado a sus hijos durante toda su infancia.

Por otro lado, consideramos que la realización de consultas de transición disminuye el riesgo derivado del cambio de profesional sanitario que controla a un paciente, y la posible pérdida de información que esto puede suponer, pues al realizar visitas conjuntas inicialmente el traspaso de información es mucho más fluido y seguro.

Este proyecto ha satisfecho las expectativas de los profesionales implicados, especialmente por la buena acogida observada entre los pacientes.

Por último, queda pendiente comenzar a llevar a cabo estas consultas conjuntas, que pese a estar programadas, no han podido iniciarse todavía por motivos personales de los profesionales implicados. Sin embargo, el inicio de estas consultas está ya previsto para abril de 2018, y los pacientes están informados sobre ello.

7. OBSERVACIONES.

Se adjunta por mail a la dirección indicada (calidadensalud@aragon.es) el protocolo elaborado para poder llevar a cabo este proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/931 ===== ***

Nº de registro: 0931

Título
PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

Autores:
ROS ARNAL IGNACIO, BARANGUAN CASTRO MARIA LUISA, GARCIA ROMERO RUTH, UBALDE SAINZ EDUARDO, FUENTES OLMO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las hepatopatías crónicas son poco frecuentes en la población pediátrica, e incluyen un amplio abanico de patologías. Los pacientes afectados siguen controles estrechos durante la edad pediátrica, pues por un lado es importante evaluar la progresión de su enfermedad y la eficacia de los tratamientos, que en ocasiones deben llevar de forma crónica, y por otro es fundamental la detección precoz de las complicaciones para establecer el tratamiento oportuno.

Las hepatitis crónicas por virus de hepatitis B (VHB) o C (VHC) son las más frecuentes, y en la población pediátrica la infección suele producirse por transmisión vertical. Hoy, gracias a los programas de vacunación universal frente Hepatitis B, ésta ha disminuido notablemente, por lo que la Hepatitis C se ha convertido en la causa principal de hepatitis crónica en niños. La Hepatitis C crónica afecta al 5.8% de los recién nacidos de madres infectadas por VHC. En los niños que se infectan por transmisión vertical puede producirse el aclaramiento del virus en los primeros 3 años, no obstante, el 80% de ellos desarrollan infección crónica. Hasta hace poco tiempo, el tratamiento se limitaba a ribavirina e interferón, con el cual se obtenían tasas de curación que oscilaban entre el 50% y el 100% según el genotipo, y asociaba numerosos efectos adversos. Sin embargo, actualmente se han desarrollado antivirales de acción directa, con lo que se están obteniendo tasas de curación de más del 95% en adultos, por lo que en estos momentos se recomienda esperara a que estos tratamientos estén disponibles para su uso en la edad pediátrica. La Hepatitis B crónica puede causar complicaciones severas a lo largo de la vida en al menos el 15% de los pacientes afectados. Su tratamiento, basado en Interferón alfa y antivirales (tenofovir y entecavir) no cura la infección salvo excepcionalmente, pero su objetivo es acortar la fase de inmunoeeliminación, disminuir la replicación viral, normalizar la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

función hepática y conseguir la regresión del daño histológico.

Otra causa de hepatopatía crónica en pediatría es la Hepatitis Autoinmune, que es una enfermedad de origen desconocido que cursa con destrucción progresiva del parénquima hepático. Se caracteriza por elevación de transaminasas y de IgG, presencia de autoanticuerpos circulantes no órgano específicos, y en la biopsia se objetiva hepatitis de interfase. El tratamiento consiste en prednisona, habitualmente asociado a azatioprina. Por otro lado, la Enfermedad de Wilson es una enfermedad autosómica recesiva, provocada por una mutación en el gen ATP7B que favorece el acúmulo anormal de cobre fundamentalmente en hígado, cerebro y riñones, lo cual ocasiona toxicidad. La afectación hepática puede variar desde una disfunción asintomática, hasta hepatitis crónica, cirrosis, e insuficiencia hepática grave. El diagnóstico se realiza mediante determinación de ceruloplasmina y cobre en plasma, y excreción urinaria de cobre, así como estudio genético. El tratamiento se basa en quelantes como D-penicilamina o trientine, y otros que impiden la absorción intestinal como el zinc.

Por último, destacan ciertas patologías que se incluyen dentro de las causas de colestasis en el lactante, como son la Atresia de vías biliares, el Síndrome de Alagille, o la Colestasis Intrahepática Familiar Progresiva, las cuales ocasionan disfunción hepática progresiva, y precisan habitualmente trasplante hepático.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestra intención es facilitar la transición de pacientes afectados de hepatopatías crónicas desde la unidad de Gastroenterología y Nutrición pediátrica al servicio de Digestivo de adultos.

MÉTODO

-Adecuada detección de los pacientes susceptibles de ser dados de alta de la unidad de gastroenterología pediátrica (Dr. Ros): Selección de pacientes susceptibles en función de su situación clínica, personal, familiar y de tratamientos

-Establecimiento de un protocolo de actuación de derivación en los pacientes seleccionados (Dra Baranguán): Realizar el protocolo

-Consulta conjunta de los casos entre la unidad de gastroenterología y nutrición pediátrica y servicio de digestivo de adultos (Dr. Ros, Dra. García Romero y Dr. Fuentes).

INDICADORES

-REDACCIÓN DE PROTOCOLO TRANSICIÓN DESDE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS EN LOS PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA.

Evaluación: se considerará cumplido el objetivo cuando esté redactado y aprobado por la Comisión Hospitalaria correspondiente (Unidad de Calidad-Servicio Aragonés de Salud).

-REALIZACIÓN DE CONSULTA CONJUNTA (En Hospital Infantil o en Hospital General).

Evaluador: Dr. Ros Arnal (cada 6 meses).

Indicadores: Porcentaje de pacientes con enfermedad hepática crónica dados de alta de la Unidad de Gastroenterología Pediátrica valorados conjuntamente. Objetivo: > 90%.

DURACIÓN

PROYECTO DE CALIDAD 2016-2017.

Inicio: Noviembre 2016. Finalización: Noviembre 2017

Consulta conjunta en Unidad de Gastroenterología Pediátrica: Febrero 2017.

Consulta conjunta en Servicio de Digestivo : Junio 2017.

Evaluación: Marzo y Julio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0984

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (< O IGUAL A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O < O IGUAL A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL PINILLOS PISON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO PEREZ DELIA
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA
VILLANUEVA ORBAIZ TERESA
FUERTES ARAGÜES ELENA
IZQUIERDO DIEZ ANA ISABEL
LUQUE CARRO RAQUEL
KARINA ORTIZ JUAREZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Creación de un circuito de almacenaje y conservación del calostro: Todos
-Formación y difusión del personal de enfermería y matronas acerca de la importancia del calostro: Raquel Luque, Karina, Teresa Villanueva, Ana Izquierdo
-Creación de una vía clínica/protocolo de administración de calostro: Cristina Fernández, Raquel Pinillos, Delia Royo
-Elaboración de una pauta de extracción de calostro con hoja informativa: Karina, Raquel, Teresa, Ana
-Elaboración de un folleto informativo a mujeres con riesgo de parto prematuro sobre el funcionamiento de la unidad y cómo colaborar con la extracción de calostro: Delia
-Difusión en el servicio de Dietética la importancia del calostro y las nuevas indicaciones que se indicarán en la planilla de alimentación. Luisa Ros
-Creación de una ficha de dificultades/consulta de lactancia por cada madre y recién nacido. Raquel Pinillos, Cristina Fernández, Delia Royo.
Calendario previsto
Se prevee una duración de dos años:
-Octubre-Noviembre: difusión y puesta en común del proyecto en cada una de las unidades afectadas con implicación/formación básica del personal.
-Diciembre-Enero: elaboración de documentos. Díptico informativo para las madres, documentos informativos que indiquen pasos a realizar para el personal de todas las unidades implicadas, la ficha de evolución de lactancia y fichero de recogida de indicadores de evaluación/seguimiento.
-Febrero-indefinido: puesta en marcha del proyecto, iniciar la recogida y administración del calostro así como la cumplimentación de la hoja de lactancia y del fichero de indicadores de evaluación/seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la actualidad y desde hace meses se ha conseguido implantar el proyecto:
-Se propone, impusa y apoya la extracción de calostro precoz de la madre desde las primeras horas tras el parto. Se propone al ingreso en la UCI neonatal y se lleva a cabo en la planta 6ª de maternidad (donde permanece la madre inmediatamente tras el parto) en las primeras horas de vida.
-En la unidad de dietética se encargan de fraccionarlo.
-En la UCI-Neonatal se está administrando en todos los casos donde está indicado salvo que haya contraindicación y tengamos el calostro disponible.
Tratándose de un proyecto que se llevará a cabo en dos años de momento consideramos un éxito que ya se haya conseguido implantar pero es muy pronto para obtener resultados, todavía no se han recogido estos datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación ha sido posible gracias a la colaboración de todo el equipo de UCI-NN, con participación fundamental de supervisora, enfermería y auxiliares, así como de todo el equipo médico. La unidad de dietética ha sido fundamental, con la que hemos mantenido una estrecha colaboración y que se ha encargado de fraccionar el calostro y posteriormente administrarlo.
La evidencia ha demostrado que ésta es una práctica beneficiosa para el prematuro y sólo el hecho de haberlo implantado ya es todo un éxito, independientemente de los resultados de los indicadores que obtengamos el próximo año cuando evaluemos resultados. Desde luego hemos aprendido que con el trabajo en equipo se pueden conseguir grandes cosas.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0984

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (< O IGUAL A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O < O IGUAL A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/984 ===== ***

Nº de registro: 0984

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)

Autores:
PINILLOS PISON RAQUEL, ROYO PEREZ NIEVES DELIA, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, VILLANUEVA ORBAIZ MARIA TERESA, LUQUE CARRO RAQUEL, IZQUIERDO DIEZ ANA ISABEL, ORTIZ JUAREZ KARINA, ROS TEGEL MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El calostro es la leche de los primeros días de vida tras el parto, cuyas características son más similares al líquido amniótico que a la leche madura. Posee propiedades inmunológicas, antiinflamatorias, epigenéticas y de protección de mucosas debido a que contiene alta cantidad de lactoferrina, inmunoglobulina A secretora, factores de crecimiento que actúan de forma sinérgica, citoquinas y antioxidantes.

Se han realizado distintos ensayos sobre la administración precoz del calostro por vía oral para estimular el sistema linfóide de la mucosa digestiva, desarrollando inmunidad de barrera y convirtiéndose en una inmunoterapia oral, administración que se ha demostrado segura. Se ha objetivado que los pacientes a los que se administra precozmente calostro de forma oral llegan antes a la alimentación enteral completa, con reducción de los días de nutrición parenteral y de vía central, conllevando una disminución de infección nosocomial, tan elevada en nuestra unidad y afectando sobre todo a los prematuros de más bajo peso. Son necesarios todavía más estudios para demostrar su asociación con la reducción de enterocolitis necrotizante y de neumonía asociada al respirador.

La estimulación del pecho en las primeras 6 horas tras el parto da lugar a que las madres aumenten la producción de leche, disminuyendo el consumo de leche donada, que se incrementa la cantidad de grasa de la leche, lo que puede mejorar el estado nutricional de los prematuros y se produzca un aumento de la tasa de lactancia al alta estadísticamente significativa, prioritario en una población susceptible al fracaso de la lactancia materna.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es obtención de calostro materno en las primeras 24-48 horas de vida seguido de su administración oral al prematuro desde su nacimiento hasta las 32 semanas de edad posmenstrual. Las consecuencias de esto serán:

- Nutrición enteral completa en menos tiempo, retirada precoz de la nutrición parenteral y vía central, con reducción de la tasa de infección nosocomial. Intentar reducir la incidencia de enterocolitis necrotizante.
- Conseguir, mediante explicaciones constantes a las madres, apoyo y soporte continuo durante el ingreso del recién nacido, un aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva al alta

MÉTODO

- Creación de un circuito de almacenaje y conservación del calostro: Todos
- Formación y difusión del personal de enfermería y matronas acerca de la importancia del calostro: Raquel Luque, Karina Ortiz, Teresa Villanueva, Ana Izquierdo.
- Creación de un protocolo de administración de calostro: Todos.
- Elaboración de una pauta de extracción de calostro con hoja informativa: Todos.
- Elaboración de un folleto informativo a mujeres con riesgo de parto prematuro sobre el funcionamiento de la unidad y cómo colaborar con la extracción de calostro: Delia Royo.
- Difusión en el servicio de Dietética de las nuevas indicaciones que se indicarán en la planilla. Luisa Ros.
- Creación de una ficha de dificultades/consulta de lactancia por cada madre y recién nacido. Raquel Pinillos, Cristina Fernández, Delia Royo.

INDICADORES

- Nº madres que realizan estimulación del pecho en primeras 6 horas tras el parto/ total de madres de recién

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0984

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (< O IGUAL A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O < O IGUAL A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)

nacidos = a 32 semanas y/o =a 1500 gramos: 70-80%

- Nº de recién nacidos con edad gestacional = a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos que reciben calostro materno en las primeras 48 horas de vida/ total de recién nacidos con edad gestacional =a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos.
- Estancia media, días de nutrición parenteral y vía central de los recién nacidos con edad gestacional =a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos.
- Tasa de sepsis clínica y/o analítica: niños ingresados con edad gestacional =a 32 semanas y/o peso al nacimiento = a 1500 gramos que presentan a lo largo del ingreso sepsis clínica y/o analítica/ con edad gestacional = a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos.

DURACIÓN

Se prevé una duración de dos años:

- Octubre-Noviembre: difusión y puesta en común del proyecto en cada una de las unidades afectadas con implicación/formación básica del personal.
- Diciembre-Enero: elaboración de documentos. Díptico informativo para las madres, documentos informativos que indiquen pasos a realizar para el personal de todas las unidades implicadas, la ficha de evolución de lactancia y fichero de recogida de indicadores de evaluación/seguimiento.
- Febrero-indefinido: iniciar la recogida y administración del calostro, la cumplimentación de la hoja de lactancia y del fichero de indicadores de evaluación/seguimiento.

OBSERVACIONES

Nuestra unidad es la de un hospital de referencia, las madres de muchos pacientes viven fuera de Zaragoza y en muchas ocasiones pernoctan en sitios donde no disponen de congelador, siendo limitado el espacio del congelador de dietética, siendo preciso disponer de un nuevo congelador para la congelación del calostro

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1020

1. TÍTULO

MEJORAR LA INFORMACION EN LA RECEPCION AL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN CAMPOS CALLEJA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOSQUE GRACIA CARMEN
FORCADA MARTIN TERESA
IRIARTE VICENTE MARIA JOSE
YUBE SANCHEZ MARISA
GARCES GOMEZ RAQUEL
INES MARTINEZ REDONDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones periódicas del equipo y designación de tareas.
- Búsqueda bibliográfica y en páginas web de diferentes centros hospitalarios de la información que reciben las familias a su llegada a Urgencias de Pediatría.
- Diseño de Poster informativo de Triage Pediátrico.
- Elaboración de encuesta de satisfacción a familias sobre la información recibida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- En la propuesta de apostar por la humanización de los diferentes espacios en urgencias de pediatría se ha conseguido la decoración de la Sala de Procedimientos, decoración infantil con dibujos y pinturas.
- Consenso en reunión de equipo para solicitar señalización horizontal en las siguientes áreas asistenciales de la Unidad (Sala de espera, Triage, BOXES, Sala de procedimientos, Traumatología, Zona de atención ambulante, Unidad de Observación y Radiodiagnóstico.....)
- Valoración por el equipo de mejora del poster informativo a familias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La decoración de los espacios en urgencias de pediatría tiene efectos muy beneficiosos en los niños y sus familias y debe ser una prioridad en la atención en urgencias de pediatría.
La valoración global del equipo es que son lentos los avances en las propuestas planteadas y que se ha retrasado el poner en marcha la señalización horizontal con el fin de facilitar el acceso a las diferentes estancias.
Continuamos trabajando para conseguir un ambiente más acogedor y estimulante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1020 ===== ***

Nº de registro: 1020

Título
MEJORAR LA INFORMACION EN LA RECEPCION AL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores:
CAMPOS CALLEJA CARMEN, BOSQUE GRACIA CARMEN, FORCADA MARTIN TERESA, IRIARTE VICENTE MARIA JOSE, YUBE SANCHEZ MARISA, GARCES GOMEZ RAQUEL, MARTINEZ REDONDO INES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1020

1. TÍTULO

MEJORAR LA INFORMACION EN LA RECEPCION AL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

PROBLEMA

En los últimos años ha cobrado importancia los cambios en el entorno físico hospitalario como mejora de la calidad percibida por los pacientes y familiares.

Las salas de espera en urgencias de pediatría son el primer contacto de los niños y familiares en su llegada a urgencias. El dotar de información clara y útil ofrece una mejora en la recepción de los niños y sus familias.

RESULTADOS ESPERADOS

-Humanización del espacio físico de la sala de espera de la Unidad de Urgencias de Pediatría mediante cartel informativo de bienvenida de todo el equipo multidisciplinar de urgencias (admisión, celadores, auxiliares, enfermeras y médicos).

-Informar del proceso de clasificación al paciente a su llegada a urgencias, "triaje", por medio de poster en sala espera.

-Disminuir retrasos en la atención al paciente por medio de colocación de señalizaciones claras y específicas a los accesos a las diferentes áreas: sala de espera, servicio de radiodiagnóstico, consultas de atención ambulantes y a boxes.

-Mejorar la satisfacción de familiares y pacientes de los cambios implantados

MÉTODO

1.- Reunión del equipo calidad, designar funciones de los miembros del grupo de trabajo con 3 enfermeras, 2 facultativos, 1 residente y 1 auxiliar.

2.- Recogida de información de otros centros de urgencias pediátricas (búsqueda web, presentaciones a reuniones científicas..).

3.- Diseño de poster de triaje y de bienvenida.

4.- Solicitud a subdirección del centro la instalación de señalización de salas

5.- Presentación en Sesión Clínica del Servicio

6.- Diseño de encuesta de valoración de información al usuario

7.- Evaluación de encuesta y otros indicadores a los 6 meses

8.- Reunión del grupo de mejora para análisis de los resultados

INDICADORES

Obtención de indicadores a los 6 meses :

- Disponer en Sala de espera de posters informativos y de las señalizaciones

- Realizar encuesta de satisfacción al usuario de la información recibida

DURACIÓN

Septiembre-Noviembre 2016:

-Reunión de equipo calidad y distribuir funciones

-Recogida de información de otros centros de urgencias pediátricas (búsqueda web, presentaciones a reuniones científicas..)

-Diseño de poster y señalizaciones

Diciembre 2016-Enero 2017:

-Presentación en Sesión Clínica del Servicio

-Implantación propuestas

-Diseño de modelo de encuesta de opinión al usuario

Marzo-Abril 2017:

-Evaluación de encuesta, análisis de resultados

-Reunión del grupo y evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1035

1. TÍTULO

MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE VIRGINIA GOMEZ BARRENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALONSO MARCOS EVA
GAZOL ALTAFAJ MONICA
BARBED FERRANDEZ SARA
ARRUDI MORENO MARTA
TROYAS FERNANDEZ DE GARAYALDE LEIRE
RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN
GARCES GOMEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado reunión de equipo de calidad en la que se detectaron los problemas percibidos por el personal, fundamentalmente problemas ambientales (frío excesivo por las noches), poca iluminación.
Se propone realizar una encuesta entre los padres de los pacientes atendidos en la sala para valorar su percepción sobre el espacio y la atención recibida.
Se realiza la encuesta durante 2 meses (septiembre-noviembre 16) valorando de forma anónima la satisfacción con el espacio y el personal (información recibida, respuesta a preguntas, conocimiento del niño...). Responden un 23% de los pacientes ingresados en la sala en este periodo.
Se valoran los resultados de la encuesta y se difunden entre el personal de la unidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS de la encuesta a familiares:

Se encuestaron 226 pacientes (23% de ingresados), 58% hombres y 28,8% menores de 2 años. Los motivos de estancia más frecuentes fueron: gastroenteritis(15%), bronquitis(14.2%), traumatismo craneal(12.4%) y dolor abdominal(11%). El tiempo medio fue de 6.2h con un rango entre 1 y 30h, sin observarse diferencias entre satisfacción global y mayor estancia. El destino final fue alta hospitalaria en 68% de los encuestados. En cuanto a la infraestructura lo peor valorado fue espacio, intimidad y temperatura ambiental. Un 13'7% valoró negativamente algún aspecto sobre la información recibida y/o identificación del personal sanitario. La satisfacción global media fue de 8.8/10. Existen diferencias en la satisfacción global e intimidad según la edad siendo mejor la valoración en mayores de 2 años. No se observan diferencias según turno, acompañante que cumplimenta la encuesta, espacio o motivo de estancia.

CONCLUSIONES:

La satisfacción global media es buena.
Debemos mejorar tanto la información como la forma en que la damos, protegiendo la intimidad e incidiendo en la identificación del personal.
Detectamos como posible factor de confusión una menor recogida de encuestas en pacientes que ingresan.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debemos identificarnos correctamente y presentarnos para que los pacientes /padres conozcan al personal médico y de enfermería que les está atendiendo en cada turno.
Intentamos mejorar la satisfacción con los aspectos ambientales ofreciendo mantas y llamando a servicios técnicos para intentar corregir los problemas puntualmente porque el problema de acondicionamiento del aire es difícil de solucionar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1035 ===== ***

Nº de registro: 1035

Título
MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN LA SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores:
GOMEZ BARRENA VIRGINIA, ALONSO MARCOS EVA, GAZEL ALTAFAJ MONICA, BARBED FERRANDEZ SARA, ARRUDI MORENO MARTA, TROYAS FERNANDEZ DE GARAYALDE LEIRE, RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1035

1. TÍTULO

MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología aguda que precisa atención urgente
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sala observación de urgencias de pediatría es un recurso que permite evaluar y tratar a pacientes en un tiempo recortado (menos de 24 horas) consiguiéndose adecuar las indicaciones de ingresos. Durante este tiempo el niño y sus familiares comparten espacio y tiempo con otros pacientes y los diferentes miembros del equipo de profesionales sanitarios que los atienden (auxiliares, enfermeras y médicos). Las condiciones físicas de la sala, la disponibilidad de personal y el grado de ocupación pueden hacer más o menos cómoda su estancia, facilitar o no el proceso asistencial y agilizar el tratamiento que precisa su situación clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detectar aspectos mejorables en la atención a los pacientes por los diferentes profesionales en la sala de observación .
- Desarrollar estrategias de modificación de conductas/actitudes por el equipo.
- Agilizar el proceso de ingreso en planta en lo casos necesarios
- Mejorar la satisfacción de familiares y pacientes de los cambios implantados

MÉTODO

- 1.- Reunión del equipo calidad, designar funciones de los miembros del grupo de trabajo con 3 enfermeras, 2 facultativos, 2 residentes y una auxiliar.
- 2.- Análisis de opiniones detectadas en el equipo y diseño de encuesta de opinión especificando las diferentes aspectos a evaluar: identificación del personal, accesibilidad y trato recibido (residentes de pediatría).
- 3.- Presentación y consenso de la encuesta con los miembros de la unidad.
- 4.- Recogida de encuesta y análisis de resultados.
- 5.- Propuesta de trabajo para resolver propuestas de mejora.
- 6- Reunión del grupo de mejora. Presentación en sesión clínica del Servicio de Pediatría.

INDICADORES

Reuniones periódicas de equipo de trabajo
- Diseño de encuesta
- Cumplimentación de la encuesta por parte de los familiares acompañantes
- Análisis de resultados y listado de acciones de cambios/mejora

DURACIÓN

Septiembre 2016

- Reunión de equipo calidad y distribuir funciones.
- Análisis de opiniones detectadas en el equipo.
- Diseño de encuesta de opinión.

Octubre- Diciembre 2016

- Recogida de encuesta.

Enero- febrero 2017

- Evaluación de encuesta.
- Reunión de equipo de trabajo con análisis de resultados y propuestas de mejora.
- Presentación en Sesión Clínica del Servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1035

1. TÍTULO

MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1343

1. TÍTULO

MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE RUTH GARCIA ROMERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES NILSSON ANA KARIN
BARANGUAN CASTRO MARIA LUISA
CASTAN LARRAZ BEATRIZ
CADEVILLA LAFUENTE PILAR
FERNANDO MARTINEZ RUTH
LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los componentes del equipo han realizado:

- Encuesta previa al inicio del proyecto, para valorar su conocimiento y opinión sobre uso de probióticos (se adjunta) (Octubre 2017)

1. Utiliza probióticos en su práctica pediátrica habitual?
a- siempre que la patología atendida lo requiere b- solo en determinadas patologías c- no suelo recomendar.
Si ha contestado "no suelo recomendar", señalar el motivo y ha terminado la encuesta
? no evidencia científica suficiente
? no necesario como prevencion
? son muy caros
? no tengo tiempo en la consulta
? otros
2. En qué patologías suele emplear probióticos? Señalar todas en las que emplee
-GEA-Prevención de diarrea por antibióticos- Dolor abdominal funcional- Cólicos del lactante- Estreñimiento- Dermatitis atópica
3. A la hora de recomendar un probiótico, ordenar del 1 al 5 por orden de importancia (1 lo menos importante y 5 lo de mayor importancia)
- Recomendación de Guías de práctica clínica- Información del visitador médico- Precio- Sabor- Disponibilidad gotas.

- Puesta en común del proyecto de mejora y actualización de sus conocimientos en relación al objetivo del proyecto. Información online, vía mail y presencial (Octubre 2017)

- Encuesta de satisfacción al finalizar el proyecto (se adjunta) (Diciembre 2017)

Tras la participación en el Proyecto de Calidad sobre recomendación de probióticos en urgencias de Pediatría, le agradeceríamos contestara a las siguientes preguntas:

1. El conocimiento que tiene sobre el uso de los probióticos en la práctica pediátrica:
a. ha mejorado el conocimiento de su uso en todas las patologías en que hay evidencia b. Sólo ha mejorado en las patologías incluidas en el proyectoc. no ha cambiado
2. En qué patologías ha mejorado su conocimiento
a. GEA b. Prevención de diarrea asociada a antibióticos c. Otras (especificar)
3. ¿ Ha cambiado el uso de probióticos en GEA ? a. Sí, ahora lo utilizo siempre b. Lo utilizo más frecuentemente pero no de forma habitual. c. No ha cambiado
4. ¿Ha cambiado el uso de probióticos en la prevención de diarrea asociada a antibióticos?
a. Sí, ahora lo utilizo siempre b. Lo utilizo más frecuentemente pero no de forma habitual c. No ha cambiado
5. ¿ Ha cambiado el uso de probióticos en otras patologías?
a. Si (especificar)b. No, sólo en las incluidas en el proyecto
6. A la hora de recomendar un probiótico, ha cambiado el criterio de uso?
a. Sí, me baso más en la evidencia científica b. No, prefiero recomendar según precio o forma galénica c. Depende del nivel socioeconómico y la edad del niño
7. ¿Se ha encontrado con alguna dificultad en la cumplimentación del proyecto? a. requiere tiempo para la información y la presión asistencial lo dificulta b. Las familias no aceptan bien la recomendación de un producto no financiado c. Si no se dispone de recetas del producto, se enlentece la asistencia al tener que realizar recetas no financiada
8. El nivel de satisfacción a la participación en el proyecto lo calificaría
a. Alto por mejora de conocimiento y calidad asistencial b. Medio, ha mejorado parcialmente alguno de los aspectos c. Deficiente, no he observado ninguna mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1343

1. TÍTULO

MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2017, los componentes del proyecto de calidad, cuyo trabajo asistencial se desarrolla en urgencias pediátricas del Hospital Royo Villanova, realizan recomendación de probióticos a todos los niños atendidos que cumplan criterios de inclusión:
Población de 0 -14 años que consulte por cuadro clínico de GEA
Población de 0-14 años a la que se le prescriba antibioterapia oral por patología infecciosa que lo precise.
Al ser productos no financiados, se realiza receta blanca. Se incluye por escrito en las recomendaciones de tratamiento del informe de alta.
Asimismo para comprobar adherencia a la recomendación, cada pediatra ha realizado un registro de 30 pacientes, elegidos de forma aleatoria, a los que se les solicitó previamente permiso para contactar telefónicamente con ellos, realizando encuesta sobre adquisición del producto y cumplimentación.

RESULTADOS EN CUANTO A MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Encuesta previa:

1. Uso probióticos: 83% en determinadas patologías 17% Siempre
2. Patologías en las que emplea: 65% en GEA, 50% cólicos del lactante, 33% prevención de diarrea asociada a antibióticos

Encuesta final:

1. El conocimiento sobre probióticos ha mejorado 100%: En todas las patologías 66%, en las patologías incluidas en el proyecto 33%.
2. Las patologías en las que se ha mejorado el conocimiento 83% en la prevención de diarrea asociada a antibióticos, 50% GEA
3. Ha mejorado el uso de probióticos en GEA en el 100%, los utiliza siempre 83%, más frecuentemente 17%.
4. Ha mejorado el uso de probióticos en prevención de diarrea asociada a antibióticos 100%: 50% siempre, 50% más frecuentemente
5. Ha mejorado el uso en otras patologías: Dolor abdominal funcional 33%, dermatitis 33%, cólicos 17%
6. A la hora de recomendar un probiótico el 83% se basa más en la evidencia científica, 17% prefiere tener en cuenta el nivel económico de la familia.
7. Dificultades a la hora de recomendar el probiótico en el servicio de urgencias:
50% refieren que la presión asistencial dificulta la recomendación al requerir tiempo para ello, 17% la receta blanca requiere tiempo.
8. El nivel de satisfacción en el 100% ha sido alto por mejora de conocimiento y calidad asistencial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe amplia evidencia científica (Nivel 1 grado de recomendación A) sobre la utilidad del uso de probióticos en GEA y prevención de diarrea asociada a antibióticos. Sin embargo al ser productos no financiados, cuya adquisición depende del consejo del pediatra, es muy importante la formación adecuada del profesional y su implicación en la información a las familias.
La participación en este proyecto de calidad ha permitido mejorar la formación de los profesionales que hemos participado en el mismo, lo que se ha traducido en una mejor calidad asistencial de los niños atendidos durante su implementación. Asimismo, detecta posibles puntos de mejora, la presión asistencial dificulta el dedicar un tiempo suficiente para una adecuada información.
Queda pendiente como objetivo secundario, el comprobar la adherencia de las familias a la recomendación realizada y, si la cumplimentación posológica es adecuada. Para ello se analizarán las 180 encuestas realizadas a las familias.
Asimismo, consideramos que una vez iniciado este proyecto, debe incluirse dentro de la práctica habitual del servicio de urgencias pediátricas, por lo que se realizará continuidad del mismo en el año 2018, evaluando mediante revisión de informes de urgencias, si la recomendación de probióticos en las patologías que así lo indican, se mantiene en niveles de calidad.

7. OBSERVACIONES.

Ha habido un cambio en las personas componentes del equipo de mejora. La Dra Carmen Puig García no ha participado finalmente en este proyecto y ha sido sustituida por la Dra María Luisa Baranguan Castro.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1343 ===== ***

Nº de registro: 1343

Título
MEJORA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENT. AGUDAS Y PATOLOGIAS QUE REQUIEREN ANTIBIOTERAPIA ORAL, VISTAS EN URG. PEDIATRICAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1343

1. TÍTULO

MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores:
GARCIA ROMERO RUTH, CASTAN LARRAZ BEATRIZ, CADEVILLA LAFUENTE PILAR, FERNANDO MARTINEZ RUTH, GARCES GOMEZ RAQUEL, LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL, PUIG GARCIA MARIA CARMEN, ANDRES NILSSON ANA KARIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades infecciosas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El último informe sobre uso de antibióticos en España (ESAC-Net 2011), muestra un incremento del consumo, hasta 20,9 DHD(dosis/habitante/día) y mayor prescripción de penicilinas con inhibidores de betalactamasas, que producen más impacto en el ecosistema gastrointestinal, sobre todo en edad pediátrica. Las patologías más prevalentes en niños, para uso de antibióticos, son la faringoamigdalitis aguda (50%) y la otitis media aguda (25%). Van a presentar diarrea asociada a antibióticos el 2-5% de los casos, sobre todo con amoxicilina-clavulánico (hasta 25%) o cefalosporinas (hasta 20%). La recomendación del uso de probióticos supone un avance en el campo de la prevención de la diarrea asociada a antibiótico, pues aumentan la resistencia a la colonización por bacterias patógenas, interfieren con las toxinas patógenas y mejoran la inmunidad.

Otro motivo frecuente de utilización de los servicios de urgencias son las gastroenteritis agudas en niños, la mayoría, 80%, de etiología vírica, no existiendo tratamiento específico, sólo de sostén. Existe evidencia suficiente, sobre la eficacia de los probióticos en la diarrea aguda infecciosa, mediante la estimulación del sistema inmunitario, la competencia por los sitios de adherencia a la células intestinales y la elaboración de sustancias neutralizantes de microorganismos patógenos. Los efectos son más notables cuanto más precozmente se administran. Nivel de evidencia I, grado de recomendación A. (Guía multidisciplinar SEGNHP-SEIP 2010). La situación actual muestra, que a pesar de lo comentado, en los servicios de urgencias, no se realiza recomendación sistemática de probióticos. Puede influir la presión asistencial, pero, también, que el profesional considere que la recomendación de probióticos debe de realizarse en consultas de primaria. Sin embargo, con frecuencia estos niños, no son vistos por su pediatra en las siguientes 24 horas, con lo que se retrasa o, no se llega a iniciar el tratamiento. Las consecuencias son peores resultados en salud, aumento del uso de recursos humanos y gasto sanitario. Al tratarse de productos no financiados, su recomendación no supone un coste económico al sistema público, pero su adquisición sí que depende del consejo del pediatra. Estudios previos, entre los que se incluyen un proyecto de calidad del Salud, realizado en Atención Primaria del Sector Zaragoza 1, año 2013, muestra una alta adherencia al consejo del pediatra, 70%.

RESULTADOS ESPERADOS

Población incluida: Todos los pacientes pediátricos, que en el período del estudio, sean atendidos en urgencias de Pediatría del Hospital Rojo Villanova, por cuadros de gastroenteritis aguda o por patología infecciosa que requiera antibioterapia oral.

Nuestra propuesta podría servir para:

Mejora del proceso asistencial en patología infecciosa infantil.
Mejora de la continuidad asistencial con Atención Primaria.
Mejora de la seguridad del paciente, al disminuir los riesgos asociados al uso de antibióticos, y la duración de la enfermedad
Aplicación de la experiencia llevada a cabo, en Atención Primaria del Sector Zaragoza 1.

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

- Mejorar el conocimiento de los pediatras que atienden urgencias infantiles del uso de probióticos y de la importancia de su administración precoz.
- Recomendación sistemática en urgencias de probióticos, cuando la patología lo precise.
- Mejora del proceso asistencial y de la seguridad del niño.

MÉTODO

Encuesta inicial dirigida a los miembros del Equipo, para valorar el conocimiento y opinión sobre uso de probióticos.
Sesión Formativa impartida por la coordinadora del estudio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1343

1. TÍTULO

MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Reunión inicial y, al final del proyecto, de los miembros del equipo.
Encuesta de satisfacción a los miembros del Equipo al finalizar el proyecto.

Población incluida: Niños de 0 - 14 años, atendidos en urgencias de Pediatría del Hospital Royo Villanova, por cuadros de gastroenteritis aguda o patología infecciosa que requiera antibioterapia oral, en el informe de alta, constará por escrito, la recomendación de probióticos y posología.

Valoración de la adherencia a la recomendación del probiótico: Encuesta telefónica.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes en los que se cumple criterio de calidad de recomendación de probióticos.
Número de HCE, en las que conste en informe de alta recomendación de probióticos/total de HCE seleccionadas.
Se analizará el indicador en el grupo de GEA y antibioterapia oral.
- Adherencia a la recomendación: N° pacientes que han comprado el probiótico / N° a los que se ha recomendado.
No hay referencias previas de calidad. Límite superior 80%, inferior 50%

DURACIÓN

- Julio 2017: Encuesta inicial, sesión formativa, puesta en común.
- Septiembre 2017: Inicio del proyecto de calidad. Se pretende que una vez iniciado, se aplique de forma sistemática y continuidad, formando parte de la práctica habitual
Marzo 2018: Evaluación de indicadores seleccionados.
Junio 2018: Informe final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1768

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA GARCIA ESCUDERO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Definición de las patologías del periodo neonatal tributarias de seguimiento.
- Definir aquellas patologías "menores" cuyo seguimiento puede ser llevado por el Pediatría de Atención Primaria
- Definir patologías en las que se generan duplicidades entre la consulta de seguimiento neonatal y otras subespecialidades pediátricas y concretar con sus responsables el seguimiento exclusivo por su unidad.
- Dividir la patología neonatal que requiere seguimiento en nuestra consulta en 3 subgrupos: Consulta de Seguimiento Neurológico / Consulta de Seguimiento del Recién nacido <1500 gr y/o <32 semanas de gestación / Consulta de Neonatología general
- Definir los criterios de derivación de maternidad a la Consulta de Neonatología de Alta resolución

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Organización de la consulta por patologías.
 - Evitar duplicidades.
 - Disminuir el número de pacientes citados a la consulta lo que permite que se disponga de más tiempo para pacientes dentro de un programa de seguimiento complejo (recién nacidos de <1500 gr y/o <32 semanas de gestación)
 - Haber podido asumir la pérdida de una consulta de Neonatología de tardes.
- Los indicadores propuestos una vez puesto en marcha el proyecto se analizarán al año de su inicio (año natural 2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Necesidad de facilitar al paciente y sus familias los controles ambulatorios evitando duplicidades. Una mayor organización de la consulta permite disponer de un mayor tiempo para aquellos pacientes que así lo requieren.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1768 ===== ***

Nº de registro: 1768

Título
REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

Autores:
GARCIA ESCUDERO CRISTINA, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, RITE GRACIA SEGUNDO, ABENIA USON PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recién nacidos que requieren seguimiento
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años ha habido un aumento significativo del número de recién nacidos de muy bajo peso (<1500 gramos) que sobreviven. Estos recién nacidos requieren un seguimiento planificado de acuerdo con las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1768

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

recomendaciones actuales de la Sociedad Española de Neonatología. Sin embargo, estos no son los únicos recién nacidos que requieren un seguimiento, destacando igualmente aquellos con patologías que suponen riesgo para el neurodesarrollo.

La Unidad de Neonatología dispone actualmente de tres consultas tras la jubilación de una facultativa que pasaba una consulta de tardes. El gran volumen de seguimiento que genera una unidad de nivel III como la del Hospital Miguel Servet requiere una reorganización de la actividad de consultas externas tanto para adaptarnos al número de consultas que se dispone así como organizar las mismas en función de las características y necesidades de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo: Reorganización del área de consulta externa de seguimiento de la Unidad de Neonatología del Hospital Miguel Servet haciéndola sostenible a pesar del incremento del pacientes que precisan seguimiento y la menor disponibilidad actual de número de consultas.

Población diana: Recién nacidos que precisan seguimiento.

Servicios a los que se dirige la intervención: la propia Unidad de Neonatología así como otras subespecialidades pediátricas con las que se tratará de evitar duplicidades en la consulta y atención primaria.

MÉTODO

- Realizar un análisis de los distintos grupos de patología tributarias de seguimiento neonatal.
- Clasificación de dichos grupos de patología en 3 consultas:
- Consulta de Seguimiento neurológico (Neurología Neonatal)
- Consulta de Seguimiento del recién nacido <1500 gr / < 32 semanas de gestación al nacimiento
- Consulta de Neonatología General
- En función del volumen de cada grupo realizar un reparto proporcional de las consultas disponibles.
- Analizar patologías donde existe duplicidad con otras consultas en corto - medio plazo: Valorar con dichas especialidades la posibilidad de que el seguimiento se realice desde el alta por las mismas.
- Analizar grupos de patología cuyo seguimiento se podría realizar en Atención Primaria y fueran derivados a nuestra consulta sólo en el caso de detectar desviaciones en el seguimiento.

INDICADORES

Octubre 2017: Puesta en marcha de la nueva distribución del área de consulta externa de Neonatología atendiendo a los aspectos incluidos en el punto anterior.

En 2018 analizar la viabilidad de los cambios establecidos con los siguientes indicadores:

- Consulta de Seguimiento del <1500 gramos: Número de pacientes citados por consulta igual o menor a 20 (Estándar: 80% del total de días analizado).
- Disminución del número de recién nacidos en consulta de seguimiento respecto al año 2016 (Estándar: Reducción igual o mayor al 20%).

DURACIÓN

Octubre 2017: Puesta en marcha del programa.

Previamente se habrán establecido las reuniones pertinentes de la Unidad para analizar los aspectos comentados en el punto 6 así como con otras subespecialidades pediátricas.

Diciembre 2018: Análisis de los indicadores incluidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1768

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA GARCIA ESCUDERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA
RITE GRACIA SEGUNDO
ABENIA USON PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el segundo semestre de 2017 y primer trimestre de 2018 se llevó a cabo la siguientes medidas para hacer sostenible una consulta en la que se ha incrementado el número de recién nacidos de muy bajo peso que precisan seguimiento y se ha perdido una consulta de tardes (exención de guardias) por jubilación de una facultativa:

- Definición de las patologías del periodo neonatal tributarias de seguimiento.
- Definir aquellas patologías "menores" cuyo seguimiento puede ser llevado por el Pediatría de Atención Primaria
- Definir patologías en las que se generan duplicidades entre la consulta de seguimiento neonatal y otras subespecialidades pediátricas y concretar con sus responsables el seguimiento exclusivo por su unidad.
- Dividir la patología neonatal que requiere seguimiento en nuestra consulta en 3 subgrupos: Consulta de Seguimiento Neurológico (iNeoNR) / Consulto de Seguimiento del Recién nacido <1500 gr y/o <32 semanas de gestación (iNeo15) / Consulta de Neonatología general (iNeoNA).
- Definir los criterios de derivación de maternidad a la Consulta de Neonatología de Alta resolución.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con estas medidas se ha conseguido:

- Organización de la consulta por patologías.
- Evitar duplicidades.
- Haber podido asumir la pérdida de una consulta de Neonatología de tardes.
- Indicadores definidos:
 - a) Disminución del número de recién nacidos en seguimiento: +4.1% (no alcanzada una reducción efectiva, por el incremento de número de recién nacidos prematuros <1500 gr que requirieron seguimiento).
 - b) Número de días de consulta (iNeo15) con 20 pacientes o menos citados: 79,66% (La reorganización de las consultas ha permitido centrar los recursos en la población de recién nacidos con peso <1500 gr. que han aumentado de forma muy notable en los últimos años, consiguiéndose que en el 80% de las consultas no se sobrepase el límite de 20 pacientes, estándar: igual o mayor al 80%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de la pérdida de una consulta de tardes y el incremento de recién nacidos prematuros que sobreviven y requieren seguimiento a largo plazo, se ha logrado hacer viable la consulta actual gracias a la reestructuración llevada a cabo, sin embargo, no se ha logrado una reducción significativa del número de pacientes vistos, por lo que por un lado habrá que incidir en los criterios de derivación desde el área de hospitalización y probablemente en la necesidad de una consulta adicional de Neonatología.

7. OBSERVACIONES.

No.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1768 ===== ***

Nº de registro: 1768

Título
REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

Autores:
GARCIA ESCUDERO CRISTINA, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, RITE GRACIA SEGUNDO, ABENIA USON PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1768

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA

Otro Tipo Patología: Recién nacidos que requieren seguimiento
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años ha habido un aumento significativo del número de recién nacidos de muy bajo peso (<1500 gramos) que sobreviven. Estos recién nacidos requieren un seguimiento planificado de acuerdo con las recomendaciones actuales de la Sociedad Española de Neonatología. Sin embargo, estos no son los únicos recién nacidos que requieren un seguimiento, destacando igualmente aquellos con patologías que suponen riesgo para el neurodesarrollo.
La Unidad de Neonatología dispone actualmente de tres consultas tras la jubilación de una facultativa que pasaba una consulta de tardes. El gran volumen de seguimiento que genera una unidad de nivel III como la del Hospital Miguel Servet requiere una reorganización de la actividad de consultas externas tanto para adaptarnos al número de consultas que se dispone así como organizar las mismas en función de las características y necesidades de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo: Reorganización del área de consulta externa de seguimiento de la Unidad de Neonatología del Hospital Miguel Servet haciendola sostenible a pesar del incremento del pacientes que precisan seguimiento y la menor disponibilidad actual de número de consultas.
Población diana: Recién nacidos que precisan seguimiento.
Servicios a los que se dirige la intervención: la propia Unidad de Neonatología así como otras subespecialidades pediátricas con las que se tratará de evitar duplicidades en la consulta y atención primaria.

MÉTODO

- Realizar un análisis de los distintos grupos de patología tributarias de seguimiento neonatal.
- Clasificación de dichos grupos de patología en 3 consultas:
- Consulta de Seguimiento neurológico (Neurología Neonatal)
- Consulta de Seguimiento del recién nacido <1500 gr / < 32 semanas de gestación al nacimiento
- Consulta de Neonatología General
- En función del volumen de cada grupo realizar un reparto proporcional de las consultas disponibles.
- Analizar patologías donde existe duplicidad con otras consultas en corto - medio plazo: Valorar con dichas especialidades la posibilidad de que el seguimiento se realice desde el alta por las mismas.
- Analizar grupos de patología cuyo seguimiento se podría realizar en Atención Primaria y fueran derivados a nuestra consulta sólo en el caso de detectar desviaciones en el seguimiento.

INDICADORES

Octubre 2017: Puesta en marcha de la nueva distribución del área de consulta externa de Neonatología atendiendo a los aspectos incluidos en el punto anterior.
En 2018 analizar la viabilidad de los cambios establecidos con los siguientes indicadores:
- Consulta de Seguimiento del <1500 gramos: Número de pacientes citados por consulta igual o menor a 20 (Estándar: 80% del total de días analizado).
- Disminución del número de recién nacidos en consulta de seguimiento respecto al año 2016 (Estándar: Reducción igual o mayor al 20%).

DURACIÓN

Octubre 2017: Puesta en marcha del programa.
Previamente se habrán establecido las reuniones pertinentes de la Unidad para analizar los aspectos comentados en el punto 6 así como con otras subespecialidades pediátricas.
Diciembre 2018: Análisis de los indicadores incluidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDADESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR ABENIA USON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALVE PRADEL ZENAIDA
MARTINEZ MORAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Participación del Dr. Segundo Rite (Jefe de Sección de Neonatología H. Miguel Servet) como responsable del Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Neonatología sobre "Criterios de Alta del Recién nacido".
- Elaboración de un protocolo interno de la Unidad de Neonatología sobre Criterios de Alta del recién nacido incluyendo lo relativo a criterios de idoneidad para realizar un alta precoz (<48 horas).
- Elaboración de Check list.
- Consenso con otras partes implicadas: Obstetricia, Supervisores enfermería área de hospitalización obstétrica, Bioquímica (cribado endocrino-metabólico).
- Puesta en marcha del programa alta precoz (febrero 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración de documentos (Protocolo - Check list)
Acuerdo con otros servicios implicados
Puesta en marcha del programa en febrero 2018.
En la siguiente memoria de seguimiento se recogerán los indicadores referentes al primer año de puesta en marcha (2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El alta neonatal precoz es factible pero dependiente de un importante grado de coordinación con otras partes implicadas (obstetricia, enfermería de hospitalización obstétrica y bioquímica) de cara a que se puedan llevar a cabo con las máximas garantías de seguridad.

7. OBSERVACIONES.
Ninguna.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1769 ===== ***

Nº de registro: 1769

Título
PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48 HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

Autores:
ABENIA USON PILAR, GALVE PRADEL ZENAIDA, MARTINEZ MORAL MARIA, RITE GRACIA SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recién nacido sano
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La duración de la estancia del binomio madre - recién nacido tras el parto ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; en nuestro medio, en la actualidad, lo habitual es una estancia hospitalaria del RN sano

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDADESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

de al menos 48 horas cuando el parto ha sido vaginal, o de al menos 72-96 horas cuando el nacimiento ha sido mediante cesárea. Esta práctica es recomendable ya que, en general, es durante dicho periodo cuando algunas enfermedades pueden manifestarse, y además, se puede conocer con mayor exactitud la capacidad de inicio de la alimentación, el tránsito intestinal, y pueden realizarse los cuidados y las recomendaciones necesarias para el RN en su domicilio. Sin embargo, en la actualidad una demanda cada vez mayor es el alta antes de las 48 horas (alta neonatal precoz) siempre en recién nacidos a término, frutos de embarazos y partos no complicados.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo: Establecer un programa de alta precoz del recién nacido sano a petición de la madre y siempre que se cumplan unos criterios definidos por el Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (An Pediatr (Barc);86(5): 289.e1-289.e6).

Población diana: Recién nacidos término sanos de <48 horas (siempre más de 24 horas) fruto de embarazos y partos no complicados.

Servicios a los que se dirige: Neonatología / Obstetricia (la petición de alta precoz parte de la solicitud de alta materna) / Matronas.

MÉTODO

Elaboración del protocolo "CRITERIOS DE ALTA DEL RECIÉN NACIDO EN MATERNIDAD DEL HOSPITAL

UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET" que incluye las condiciones para facilitar un alta precoz neonatal.

Documento a consensuar con Obstetricia / Matronas / Enfermería de áreas de hospitalización obstétrica / Bioquímica (Cribado endocrinometabólico).

Dar a conocer el protocolo a las partes interesadas, especialmente los criterios de alta precoz / check list.

INDICADORES

2017: Elaboración de documentos.

2018: Puesta en marcha del programa. En relación al mismo los siguientes indicadores (fuente de datos: Historias clínicas):

- Indicador 1: N° de historias en las que consta el Check list de alta precoz / N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.

- Indicador 2: N° de historias en las que consta determinación de bilirrubina en recién nacidos con alta precoz / N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 90%.

- Indicador 3: N° de historias en las que consta el compromiso firmado de acudir a la realización del cribado en recién nacidos con alta precoz/ N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.

- Indicador 4: N° de historias en las que consta citación a la consulta de Alta resolución a las 24 - 48 horas del alta precoz / N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo (fecha fin: Septiembre 2017)

- Elaboración del listado de verificación (check list) de alta precoz neonatal.

- Consenso con otras especialidades implicadas (Obstetricia - Bioquímica).

- Coordinación con las consultas de Alta resolución neonatal para visita del recién nacido dado de alta en un plazo inferior a 48 horas.

- Puesta en marcha del Programa (Enero-febrero 2018).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR ABENIA USON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RITE GRACIA SEGUNDO
GALVE PRADEL ZENAIDA
MARTINEZ MORAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Elaboración de un protocolo nacional con la participación del Dr. Segundo Rite sobre Criterios de alta del recién nacido sano.
- Se ha adaptado dicho documento en nuestra unidad elaborando un documento sobre Criterios de Alta del recién nacido incluyendo lo relativo a criterios de idoneidad para realizar un alta precoz (<48 horas). Dentro del mismo se elaboró un check-list consensuada con Obstetricia y Enfermería de Hospitalización Obstétrica, así como Bioquímica (cribado endocrino-metabólico).
- El protocolo entra en marcha tras su presentación en el Servicio de Pediatría en julio de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cierre del documento - protocolo de consenso.
Presentación en sesión del Servicio de Pediatría
Inicio en Julio de 2018

Indicadores:

- Número de historias en las que consta check-list de alta precoz: 100%
- Número de historias en la que consta bilirrubina en RN con alta precoz: 100%
- Número de historias en la que consta el compromiso firmado de acudir a la realización del cribado endocrino-metabólico: 100% (sin embargo, en 1 caso a posteriori la madre se negó a acudir para su realización).
- Número de historias en la que consta la citación a la consulta de Alta resolución a las 24-48 horas: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El alta neonatal precoz es factible pero dependiente de un importante grado de coordinación con otras partes implicadas (obstetricia, enfermería de hospitalización obstétrica y bioquímica) de cara a que se puedan llevar a cabo con las máximas garantías de seguridad.
En el año de su inicio, ha sido solicitado por un pequeño porcentaje de madres, siendo satisfactorio su desarrollo en todos los casos salvo en 1 caso donde a posteriori la madre se negó a acudir a la realización del cribado / consulta de alta resolución. Este caso nos obliga a analizar más detenidamente no sólo aspectos clínicos para la valoración de idoneidad del alta precoz, sino igualmente aspectos sociales.

7. OBSERVACIONES.

Ninguna. Dado que el programa sólo lleva desarrollándose de forma efectiva 6 meses, esta memoria es de seguimiento, y por lo tanto será evaluado nuevamente el próximo año, siendo incluido por lo tanto en el Acuerdo de Gestión de 2019.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1769 ===== ***

Nº de registro: 1769

Título
PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48 HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

Autores:
ABENIA USON PILAR, GALVE PRADEL ZENAIDA, MARTINEZ MORAL MARIA, RITE GRACIA SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recién nacido sano

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La duración de la estancia del binomio madre - recién nacido tras el parto ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; en nuestro medio, en la actualidad, lo habitual es una estancia hospitalaria del RN sano de al menos 48 horas cuando el parto ha sido vaginal, o de al menos 72-96 horas cuando el nacimiento ha sido mediante cesárea. Esta práctica es recomendable ya que, en general, es durante dicho periodo cuando algunas enfermedades pueden manifestarse, y además, se puede conocer con mayor exactitud la capacidad de inicio de la alimentación, el tránsito intestinal, y pueden realizarse los cuidados y las recomendaciones necesarias para el RN en su domicilio. Sin embargo, en la actualidad una demanda cada vez mayor es el alta antes de las 48 horas (alta neonatal precoz) siempre en recién nacidos a término, frutos de embarazos y partos no complicados.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo: Establecer un programa de alta precoz del recién nacido sano a petición de la madre y siempre que se cumplan unos criterios definidos por el Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (An Pediatr (Barc);86(5): 289.e1-289.e6).
Población diana: Recién nacidos término sanos de <48 horas (siempre más de 24 horas) fruto de embarazos y partos no complicados.
Servicios a los que se dirige: Neonatología / Obstetricia (la petición de alta precoz parte de la solicitud de alta materna) / Matronas.

MÉTODO

Elaboración del protocolo "CRITERIOS DE ALTA DEL RECIÉN NACIDO EN MATERNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET" que incluye las condiciones para facilitar un alta precoz neonatal.
Documento a consensuar con Obstetricia / Matronas / Enfermería de áreas de hospitalización obstétrica / Bioquímica (Cribado endocrinometabólico).
Dar a conocer el protocolo a las partes interesadas, especialmente los criterios de alta precoz / check list.

INDICADORES

2017: Elaboración de documentos.
2018: Puesta en marcha del programa. En relación al mismo los siguientes indicadores (fuente de datos: Historias clínicas):
- Indicador 1: N° de historias en las que consta el Check list de alta precoz / N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.
- Indicador 2: N° de historias en las que consta determinación de bilirrubina en recién nacidos con alta precoz / N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 90%.
- Indicador 3: N° de historias en las que consta el compromiso firmado de acudir a la realización del cribado en recién nacidos con alta precoz/ N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.
- Indicador 4: N° de historias en las que consta citación a la consulta de Alta resolución a las 24 - 48 horas del alta precoz / N° total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo (fecha fin: Septiembre 2017)
- Elaboración del listado de verificación (check list) de alta precoz neonatal.
- Consenso con otras especialidades implicadas (Obstetricia - Bioquímica).
- Coordinación con las consultas de Alta resolución neonatal para visita del recién nacido dado de alta en un plazo inferior a 48 horas.
- Puesta en marcha del Programa (Enero-febrero 2018).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1770

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE SONIA TORRES CLAVERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO VIÑUALES ITZIAR
CURTO SIMON BEATRIZ
RITE GRACIA SEGUNDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración del mapa del proceso RCP neonatal
Elaboración del Proceso RCP Neonatal teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
- Clientes (Internos y Externos)
- Preparación (Recurso: material y personas)
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal y evaluación global).
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Proyecto iniciado con documentación elaborada.
Mejora de la coordinación de las distintas partes implicadas en la Reanimación neonatal: Obstetrica - Matronas - Enfermeras Neonatales - Neonatólogos - Residentes de Neonatología.
Conocimiento del material disponible en cada área de actuación.
Inicio rápido y coordinado de la RCP neonatal.
Los estándares para el seguimiento se valorarán tras un año de aplicación (Final 2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gestión del trabajo en equipo con implicación y formación de todos sus integrantes condiciona la mejora de los resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1770 ===== ***

Nº de registro: 1770

Título
IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

Autores:
TORRES CLAVERAS SONIA, SERRANO VIÑUALES ITZIAR, CURTO SIMON BEATRIZ, RITE GRACIA SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Aproximadamente un 10% de los recién nacidos requieren algún tipo de reanimación. Tanto en el recién nacido a término como en el recién nacido prematuro la evolución posterior está muy ligada a una correcta estabilización inicial. En un hospital terciario son múltiples los agentes implicados en la reanimación neonatal así como las áreas donde puede tener lugar dicha reanimación. Por ello la reanimación neonatal constituye un claro ejemplo de una actividad asistencial tributaria de la gestión por procesos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1770

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Recién nacidos que precisan reanimación / estabilización al nacimiento (estimación 10%).

Servicios a los que se dirige el proyecto: Neonatología - Obstetrica - Matronas.

Resultado: Elaboración proceso asistencial. Limitar las incidencias en la reanimación neonatal. Formación del personal.

MÉTODO

En un primer tiempo (2017) establecer:

- Mapa del proceso RCP neonatal
- Elaboración del proceso
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal)
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación

Consensuar con otras partes implicadas: Servicio Obstetrica - Matronas - Enfermería neonatal y de hospitalización obstétrica.

En 2018 con el proceso elaborado:

- Cursos de formación del personal implicado
- Analizar incidencias que se presentan en el proceso de RCP neonatal.

INDICADORES

- En 2017: Elaboración del proyecto (Estándar: Si).

- En 2018: Cursos de formación del personal (Estándar: 2 cursos / año).

Determinación de incidencias en la RCP neonatal (Estándar <10% del total de RCP neonatal).

DURACIÓN

2017: Elaboración del proceso RCP neonatal.

2018: Inicio de los cursos de formación (2 / año) y análisis de incidencias en la RCP neonatal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1770

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL RCP NEONATAL

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE SONIA TORRES CLAVERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RITE GRACIA SEGUNDO
SERRANO VIÑUALES ITZIAR
CURTO SIMON BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2017 se iniciaron los trabajos de preparación del proceso RCP neonatal, de manera que en 2018 durante el primer semestre se cerró:

Elaboración del mapa del proceso RCP neonatal
Elaboración del Proceso RCP Neonatal teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Clientes (Internos y Externos)
- Preparación (Recurso: material y personas)
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal y evaluación global).
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación.

Una vez elaborados los documentos se pone en marcha el proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En un primer año el proceso ha permitido:

- . Mejora de la coordinación de las distintas partes implicadas en la Reanimación neonatal: Obstetricia - Matronas
 - . Enfermeras Neonatales - Neonatólogos - Residentes de Neonatología.
 - . Conocimiento del material disponible en cada área de actuación.
 - . Inicio rápido y coordinado de la RCP neonatal.
- En relación con los indicadores, tras una primera revisión:
- . Anticipación: Check-list del material (estándar: 100%): 100%.
 - . Tiempo entre la detección de la situación de riesgo y el inicio de la activación (estándar: <10 minutos): 4 minutos
 - . Correcta cumplimentación del apartado reanimación en la hoja de partos: (estándar: 100%): 93%
 - . Toma de temperatura, SaO2, frecuencia cardiaca y glucemia post-reanimación (100%): 85%
 - . Elaboración de cursos de RCP (mínimo 2 anuales): 3 cursos acreditados en el Sector Zaragoza II.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gestión del trabajo en equipo con implicación y formación de todos sus integrantes condiciona la mejora de los resultados.

En una primera evaluación tras los primeros meses de puesta en marcha detectamos que el proceso permite una más rápida coordinación del equipo con conocimiento de los roles de cada miembro del equipo.

En la evaluación de indicadores resulta muy positivo, el enorme interés que ha suscitado el tema, dada la gran afluencia de los 3 cursos acreditados organizados (códigos:), cumplimiento de los tiempos y del check-list, con discretas desviaciones en cuanto a la cumplimentación del apartado de reanimación en la hoja de parto (probablemente por plantear un estándar excesivamente ambicioso, ya que el cumplimiento fue razonable, 93%) y en la misma la constancia en el citado documento de las variables glucemia, frecuencia cardiaca y saturación, que si se recogen en el 100% de los casos, pero en un pequeño porcentaje aunque consten en la historia, no lo hace en la hoja de parto donde deben igualmente constar.

7. OBSERVACIONES.

Se ha decidido disminuir el estándar al 90% en los apartados con desviación, ya que el hecho de que no consten esos datos se debe a que se han incluido en la historia y no en la hoja de parto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1770 ===== ***

Nº de registro: 1770

Título
IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

Autores:
TORRES CLAVERAS SONIA, SERRANO VIÑUALES ITZIAR, CURTO SIMON BEATRIZ, RITE GRACIA SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1770

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL RCP NEONATAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Aproximadamente un 10% de los recién nacidos requieren algún tipo de reanimación. Tanto en el recién nacido a término como en el recién nacido prematuro la evolución posterior está muy ligada a una correcta estabilización inicial. En un hospital terciario son múltiples los agentes implicados en la reanimación neonatal así como las áreas donde puede tener lugar dicha reanimación. Por ello la reanimación neonatal constituye un claro ejemplo de una actividad asistencial tributaria de la gestión por procesos.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Recién nacidos que precisan reanimación / estabilización al nacimiento (estimación 10%).
Servicios a los que se dirige el proyecto: Neonatología - Obstetrica - Matronas.
Resultado: Elaboración proceso asistencial. Limitar las incidencias en la reanimación neonatal. Formación del personal.

MÉTODO

En un primer tiempo (2017) establecer:
- Mapa del proceso RCP neonatal
- Elaboración del proceso
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal)
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación
Consensuar con otras partes implicadas: Servicio Obstetrica - Matronas - Enfermería neonatal y de hospitalización obstétrica.
En 2018 con el proceso elaborado:
- Cursos de formación del personal implicado
- Analizar incidencias que se presentan en el proceso de RCP neonatal.

INDICADORES

- En 2017: Elaboración del proyecto (Estándar: Si).
- En 2018: Cursos de formación del personal (Estándar: 2 cursos / año).
Determinación de incidencias en la RCP neonatal (Estándar <10% del total de RCP neonatal).

DURACIÓN

2017: Elaboración del proceso RCP neonatal.
2018: Inicio de los cursos de formación (2 / año) y análisis de incidencias en la RCP neonatal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRÍA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE PAULA MADURGA REVILLA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. PEDIATRÍA
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAPRESTA MOROS CARLOS
RESULTA LOPEZ ANTONIO
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION
PALACIOS MIGUEL YOLANDA
RODRIGUEZ-VIGIO ITURRATE CARMEN
GIL HERNANDEZ IRENE
FUERTES ARAGÜES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde mayo de 2018, momento en que se inició el proyecto, se han comenzado las actividades de formación DE ENFERMERÍA para la adecuada recogida y transporte de hemocultivos por parte de enfermería de Microbiología, impartándose 5 sesiones (2 en noviembre de 2018 y 3 en febrero de 2019).

Durante este periodo, se insiste además en la IMPORTANCIA DE LA ADECUADA RECOGIDA DE HEMOCULTIVO de sangre periférica y de catéter venoso central, de forma simultánea, y adecuadamente rotulado en TODA sospecha de BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER, para optimizar dicha actividad entre el personal médico. Se colocan carteles recordatorios en la pared del control de la unidad. En este momento, durante los meses de febrero y marzo, se está analizando el cumplimiento de dicho indicador (dato que podrá ser presentado completo en la próxima memoria). De igual modo, se potencia la comunicación entre el servicio de UCIP y Microbiología, iniciándose dicha actividad telefónicamente cada día que hay algún caso a comentar, y mensualmente en las reuniones multidisciplinarias. Dicha comunicación con el servicio de Microbiología incluye la información clínica transmitida en los volantes de solicitud de estudio microbiológico.

Se recuerda periódicamente la posibilidad y utilidad de estudio microbiológico rápido en orina ante sospecha de infección de dicho origen.

Así mismo, se difunde la importancia de los FROTIS EPIDEMIOLÓGICOS (nasal, faríngeo y rectal), y se comienza su recogida. Tras el análisis retrospectivo de dicha actividad en el año 2018, se constata un déficit en su cumplimiento por lo que se insiste de nuevo en la importancia de su recogida y se colocan carteles recordatorios en la unidad con las indicaciones específicas para su recogida.

Los frotis epidemiológicos se han de recoger SIEMPRE en:

- TODOS los pacientes al INGRESO:
- procedentes de domicilio-urgencias: FROTIS RECTAL
- procedentes de otro hospital (>48 h): TRIPLE FROTIS: RECTAL, FARÍNGEO Y NASAL
- TODOS LOS MARTES: FROTIS RECTAL a todos los ingresados

En la reunión multidisciplinaria celebrada en enero de 2019, se evalúan las actividades realizadas en los meses previos, y se elabora un documento para recordar y conseguir el cumplimiento de los objetivos del proyecto. De este modo se insiste en las actividades ya comentadas, y en las siguientes:

- Comunicación entre los servicios de UCIP y Microbiología para optimizar la antibioterapia, dejando constancia en la historia clínica de dicha comunicación.
- Adecuada cumplimentación de los volantes de solicitud de estudio microbiológico,
- Disponibilidad de estudio de gram en orina y antibiograma urgente, con el objetivo de ADELANTAR EN EL TIEMPO EL AJUSTE ÓPTIMO DE LA ANTIBIOTERAPIA:
- asegurar cobertura antibiótica de gérmenes resistentes
- precocidad en el desescalado de la antibioterapia

Indicaciones:

- sospecha de infección nosocomial sin foco/de origen urinario
- sepsis urinaria nosocomial/ comunitaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Formación de enfermería para la adecuada recogida y transporte de hemocultivos:

Al total de 5 sesiones de formación en la recogida de hemocultivos, asistieron 3 diplomadas en enfermería del servicio de UCI Pediátrica, del total de 12 que constituyen la plantilla.

Para valorar la utilidad de dicha actividad, se han valorado los hemocultivos contaminados pre y post-intervención:

- preintervención: 10 hemocultivos contaminados (5 pacientes) /83 hemocultivos recogidos en 2018.
- postintervención: se valorará durante los meses de febrero y marzo

2. Recogida de frotis epidemiológicos:

Del total de pacientes ingresado en UCI Pediátrica, sólo en un 37% se realizó al menos un frotis rectal (FR), incluyendo también los triples frotis. En total, se realizaron 3 triples frotis, cifra baja que hay que mejorar. Se ha realizado 1 FR por cada 22 días de ingreso en UCI Pediátrica. Teniendo en cuenta la estancia media de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRIA

5,51 días y que probablemente la mediana sea inferior a esta cifra, el fijar un día de la semana para hacer los FR hace que se pierdan muchos pacientes. Por ello, lo ideal sería realizar FR al ingreso de todos los pacientes y semanalmente repetir frotis a todos los ingresados en un día concreto (martes). Un 40% de los frotis rectales realizados tuvieron un resultado positivo, un 11% de los frotis rectales realizados encontraron un germen que requirió instauración de precauciones de contacto y de los FR positivos un 20% encontraron un germen de adquisición nosocomial.

3. Durante los meses de febrero y marzo, se está valorando la adecuada recogida de hemocultivos de sangre central y periférica en TODAS las historias de pacientes con sospecha de BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER: en los 2 casos de sospecha de bacteriemia relacionada con catéter, se recogieron ambos hemocultivos de forma adecuada.

4. Los datos referidos a la comunicación con el Servicio de Microbiología, a la cumplimentación de los volantes, y al estudio microbiológico rápido de orina, se presentarán en conjunto en la próxima memoria, tras el análisis que se está realizando en febrero y marzo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La asistencia del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos a las sesiones formativas en la recogida de hemocultivos es fundamental para optimizar sus resultados y que éstos puedan ayudar al ajuste de la antibioterapia. Se valora cambiar el horario de próximas sesiones así como la posibilidad de ser impartidas dentro de la propia unidad, en intento de aumentar la asistencia.

Los frotis epidemiológicos al ingreso y su repetición semanalmente están plenamente justificados, pero es necesario mejorar su cumplimiento.

La recogida de hemocultivo central y periférico ante sospecha de bacteriemia relacionada con catéter es fundamental para su diagnóstico, es fundamental mantener su adecuado cumplimiento.

Para concienciar de la importancia de los indicadores establecidos en el proyecto, se han elaborado carteles de concienciación que se han colocado en las paredes de la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1068 ===== ***

Nº de registro: 1068

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRIA

Autores:
MADURGA REVILLA PAULA, GIL HERNANDEZ IRENE, FUERTES ARAGÜES ELENA, RODRIGUEZ-VIGIL ITURRATE CARMEN, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, PALACIOS MIGUEL YOLANDA, LAPRESTA MOROS CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La patología infecciosa constituye tanto un importante motivo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) como una de las causas más frecuente de complicación durante el ingreso en UCIP (infecciones nosocomiales). La cobertura antibiótica adecuada y su inicio precoz (en la primera "hora de oro" en la sepsis) es fundamental para conseguir un ttº efectivo y la curación del paciente. Por ello es fundamental la elección de antibioterapia de amplio espectro en el momento inicial, que asegure la cobertura de la flora habitualmente implicada en cada foco y en cada paciente.

Uno de los problemas más importante al que nos enfrentamos hoy por hoy en las UCIP es el de las resistencias a antibióticos principalmente a Gram(-) que genera un aumento de mortalidad. El trabajo en equipo entre las unidades de UCIP, Preventiva y Microbiología es fundamental para minimizar ambos problemas: la optimización de la recogida y análisis de muestras microbiológicas permite, por un lado, confirmar de forma precoz que el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRIA

germen causante de la infección está adecuadamente cubierto por la ABterapia elegida de forma empírica; y por otro lado, permite desescalar la cobertura antibiótica, restringiendo espectro de forma adecuada, evitando así la generación de resistencias.

RESULTADOS ESPERADOS

- Principal:
 - Optimizar la elección del tratamiento antibiótico empírico en el paciente pediátrico crítico, desescalando y recortando el espectro antibiótico y ajustando la duración de la antibioterapia en UCIP.
- Secundarios:
 - Mejorar la recogida, transporte y cumplimentación de volantes de las muestras para estudio microbiológico.
 - Implementar el Gram en orinas cuando se considere importante, realizando antibiograma directo de orina cuando esté indicado.
 - < la transmisión entre pacientes de gérmenes multirresistentes.

MÉTODO

- Multidisciplinar: elaboración de protocolos de diagnóstico y ttº de infecciones en la UCIP
- Sº Microbiología:
 - Formación, por parte de enfermería de Microbiología a la enfermería de UCIP, para optimizar la recogida, conservación y transporte de muestras microbiológicas
 - estudio de Gram de LCR siempre, y de orina en casos seleccionados (sólo en turno de mañana)
 - antibiograma directo a las 24 horas del envío de la muestra (sangre, LCR, que servirá como información preliminar
 - Antibiograma directo orina y aspirado bronquial (cuando esté indicado), que servirá como información preliminar
 - Vigilancia de multiresistentes y otras bacterias de interés epidemiológico. Cultivo de Frotis de control semanales para su detección y para la orientación del tratamiento empírico de las infecciones.
- Servicio UCIP:
 - Solicitud de las muestras adecuadas en cada momento, por parte del personal médico de UCIP, en busca de la mayor eficiencia:
 - Ajuste de la antibioterapia en función de los resultados microbiológicos (estudio preliminar de antibiograma directo, y estudio definitivo posterior): completar la cobertura antimicrobiana o reducción del espectro, en función de la situación. Minimizar la duración de la antibioterapia.
- Servicio Medicina Preventiva:
 - Formación en medidas básicas de Prevención y Control de las infecciones nosocomiales.

INDICADORES

1. Nº historias en las que conste la comunicación con Microbiología para recortar espectro y duración de la ABterapia/total historias de pacientes con ttº antibiótico empírico de amplio espectro
2. Nº enfermeras de UCI Pediátrica que han sido formadas para la adecuada recogida de hemocultivo por parte de enfermería de Microbiología/total de enfermeras que forman parte de la UCI Pediátrica
3. Nº historias en las que consta la adecuada recogida de hemocultivo de sangre periférica y de catéter venoso central/total historias de pacientes con sospecha de bacteriemia relacionada con catéter en UCIP
4. Nº hemocultivos contaminados/total de hemocultivos extraídos
5. Nº volantes con adecuada cumplimentación de datos clínicos/Total de volantes microbiológicos recibidos en Microbiología por parte de UCIP
6. Nº muestras de orina en las que se hace estudio Gram y antibiograma directo/Total de pacientes en los que se considera indicado el estudio microbiológico urgente de orina
7. Nº muestras de frotis epidemiológico/ Total de pacientes-semana en los que se considera indicado

DURACIÓN

- Todo el año: formación:
- o En la recogida y transporte de muestras por parte de enfermería de microbiología a enfermería de UCIP. 1 taller cada 3 meses o a demanda o si se detectan incidencias (cada taller se repetirá en varias ocasiones para que sea asequible a la mayor parte de personal de enfermería y TCAEs), que se impartirán de forma práctica en UCIP.
- o En higiene de manos y precauciones basadas en la transmisión. 1 taller anual que se podrá repetir a demanda si se detectan carencias en la formación en este ámbito.
- Mayo-Julio: elaboración de protocolos.
- Julio-Diciembre 2018: Instauración de protocolos y resto de actividades del proyecto.
- Enero-Marzo 2019: Primera evaluación del cumplimiento.
- Marzo 2019: Establecer conclusiones y propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRÍA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA RECOGIDA Y ANÁLISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRÍA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PAULA MADURGA REVILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL HERNANDEZ IRENE
LAPRESTA MOROS CARLOS
REZUSTA LOPEZ ANTONIO
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION
FUERTES ARAGÜES ELENA
PALACIOS MIGUEL YOLANDA
RODRIGUEZ-VIGIL ITURRATE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde mayo de 2018, momento en que se inició el proyecto, se han comenzado las actividades de formación DE ENFERMERÍA para la adecuada recogida y transporte de hemocultivos por parte de enfermería de Microbiología, impartándose 5 sesiones (2 en noviembre de 2018 y 3 en febrero de 2019).

Durante este periodo, se insiste además en la IMPORTANCIA DE LA ADECUADA RECOGIDA DE HEMOCULTIVO de sangre periférica y de catéter venoso central, de forma simultánea, y adecuadamente rotulado en TODA sospecha de BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER, para optimizar dicha actividad entre el personal médico. Se colocan carteles recordatorios en la pared del control de la unidad. Durante los meses de febrero y marzo de 2019, se analiza el cumplimiento de dicho indicador. De igual modo, se potencia la comunicación entre el servicio de UCIP y Microbiología, contactándose telefónicamente cada día que hay algún caso a comentar, y mensualmente en las reuniones multidisciplinares. Dicha comunicación con el servicio de Microbiología incluye la información clínica transmitida en los volantes de solicitud de estudio microbiológico.

Se recuerda periódicamente la posibilidad y utilidad de estudio microbiológico rápido en orina ante sospecha de infección de dicho origen.

Así mismo, se difunde la importancia de los FROTIS EPIDEMIOLOGICOS (nasal, faríngeo y rectal), y se comienza su recogida. Tras el análisis retrospectivo de dicha actividad en el año 2018, se constata un déficit en su cumplimiento por lo que se insiste de nuevo en la importancia de su recogida y se colocan carteles recordatorios en la unidad con las indicaciones específicas para su recogida. Inicialmente se establece que los frotis epidemiológicos se han de recoger todos los martes:

- procedentes de domicilio-urgencias: FROTIS RECTAL,
- procedentes de otro hospital (>48 h): TRIPLE FROTIS: RECTAL, FARÍNGEO Y NASAL

En mayo de 2019 se decide dar continuidad a este proyecto, prolongándose un año más en intento de optimizar aquellas actividades de bajo cumplimiento en 2019, e incluyendo una nueva actividad: la elaboración-actualización de protocolos de diagnóstico y tratamiento de infecciones en el paciente pediátrico crítico; así como nuevos indicadores para analizar (comunicación con el servicio de microbiología, ajuste de antibioterapia según antibiograma, porcentaje de hemocultivos contaminados, y estudio de Gram y antibiograma directo en orina en casos seleccionados).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se presentan a continuación los resultados del análisis de datos de la primera parte del proyecto (2018-19), dado que el periodo analítico del año 2019-2020 se llevará a cabo en los próximos meses de febrero y marzo.

1. Formación de enfermería para la adecuada recogida y transporte de hemocultivos:

Al total de 5 sesiones de formación en la recogida de hemocultivos, asistieron 3 diplomadas en enfermería del servicio de UCI Pediátrica, del total de 12 que constituyen la plantilla, además de la supervisora de enfermería de la unidad que se encargó personalmente de transmitir la información al resto de enfermeras de la unidad.

Para valorar la utilidad de dicha actividad, se han valorado los hemocultivos contaminados pre y post-intervención:

- preintervención: 10 hemocultivos contaminados (5 pacientes) /83 hemocultivos recogidos en 2018.
- postintervención: 0 hemocultivos contaminados/7 hemocultivos recogidos febrero-marzo de 2019.

2. Recogida de frotis epidemiológicos:

Del total de pacientes ingresado en UCI Pediátrica en febrero de 2019, sólo en un 37% se realizó al menos un frotis rectal (FR), incluyendo también los triples frotis. En total, se realizaron 3 triples frotis, cifra baja que hay que mejorar.

Se ha realizado 1 FR por cada 22 días de ingreso en UCI Pediátrica. Teniendo en cuenta la estancia media de 5,51 días y que probablemente la mediana sea inferior a esta cifra, el fijar un día de la semana para hacer los FR hace que se pierdan muchos pacientes. Por ello, lo ideal sería realizar FR al ingreso de todos los pacientes y semanalmente repetir frotis a todos los ingresados en un día concreto (martes).

Un 40% de los frotis rectales realizados tuvieron un resultado positivo, un 11% de los frotis rectales realizados encontraron un germen que requirió instauración de precauciones de contacto y de los FR positivos un 20% encontraron un germen de adquisición nosocomial.

Los datos referentes a marzo de 2019 están pendientes de analizar y comparar con los de febrero.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA RECOGIDA Y ANÁLISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRÍA

3. Durante los meses de febrero y marzo de 2019, se valora la adecuada recogida de hemocultivos de sangre central y periférica en TODAS las historias de pacientes con sospecha de BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER: en los 3 casos de sospecha de bacteriemia relacionada con catéter, se recogen ambos hemocultivos de forma adecuada.

4. Respecto a la comunicación con el servicio de microbiología en aquellos pacientes en los que se ha iniciado antibioterapia de amplio espectro, indicador de calidad del proyecto en 2019-2020, y que por tanto se analizará en febrero y marzo, se presentan los datos a este respecto de los meses de febrero y marzo 2019, que se recogieron con idea de iniciar la concienciación al respecto: en 11 de los 12 casos con antibioterapia empírica nueva (febrero-marzo 2019) se estableció contacto UCI Pediátrica- Microbiología, con el objetivo de ajustar espectro y duración de dicha terapia antibiótica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dados los resultados recogidos, se establece la necesidad de dar continuidad al proyecto durante el año 2019-2020 en la misma línea de mejora.

La asistencia del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos a las sesiones formativas en la recogida de hemocultivos es fundamental para optimizar sus resultados y que éstos puedan ayudar al ajuste de la antibioterapia. Ante la escasa asistencia a las sesiones de 2018 y febrero de 2019, y la dificultad para encontrar un horario adecuado al mayor número de personas, la supervisora de UCI Pediátrica, junto con las personas que asistieron a las sesiones impartidas, se encargan de preparar una sesión interna e impartirla de forma periódica dentro de la propia unidad, para asegurar la divulgación de dicha información, tan importante para todo el personal de enfermería.

Los frotis epidemiológicos al ingreso y su repetición semanalmente están plenamente justificados. Dado que el fijar un día de la semana para hacer los FR hace que se pierdan muchos pacientes, se establece, a partir de marzo de 2019, realizar FR al ingreso de todos los pacientes y semanalmente repetir frotis a todos los ingresados en un día concreto (martes); pendiente de analizar resultados y valorar si dicha medida ha mejorado el nivel de cumplimiento (la impresión del personal de UCIP y Preventiva es de que esta medida ha tenido efecto positivo). La concienciación está mejorando progresivamente, como se constata entre los meses de febrero y marzo, y como se cree que afianzarán los datos analizados en febrero-marzo 2020.

La recogida de hemocultivo central y periférico ante sospecha de bacteriemia relacionada con catéter es fundamental para su diagnóstico, es fundamental mantener su adecuado cumplimiento, estando hasta la fecha adecuadamente recogidos y cumplimentados los datos de los pacientes.

La comunicación fluida con el Servicio de Microbiología es imprescindible para optimizar la antibioterapia, tanto la correcta cobertura del tratamiento empírico de amplio espectro, como la fundamental reducción de espectro una vez se obtienen resultados microbiológicos.

Las reuniones mensuales con los servicios de Preventiva y Microbiología están siendo fundamentales en dicha comunicación, en el análisis minucioso de aquellos casos más complejos, y también en la búsqueda de herramientas que ayuden a mejorar tanto los estudios microbiológicos como su utilidad clínica (por ejemplo, el empleo de sondas telescopadas o protegidas para la obtención de muestras de aspirado bronquial). En este sentido, se está trabajando, de forma multidisciplinar, en la actualización del protocolo referido a infección nosocomial en el paciente pediátrico crítico.

Para difundir la importancia de los indicadores establecidos en el proyecto, se elaboran carteles de concienciación que se colocaron en las paredes de la unidad:

1.- EL HEMOCULTIVO BIEN RECOGIDO AYUDA A OPTIMIZAR LA ANTIBIOTERAPIA: AJUSTA EL ESPECTRO Y LA DURACIÓN DE LA ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA!!!

2.- ANTE SUSPECHA DE INFECCIÓN RELACIONADA CON CATÉTER, NO OLVIDES RECOGER HEMOCULTIVO SIMULTÁNEO DE VÍA PERIFÉRICA Y CENTRAL!

INDÍCALO ADECUADAMENTE EN EL VOLANTE Y COMÉNTALO CON MICROBIOLOGÍA PARA ASEGURAR EL ADECUADO ENVÍO DE LA MUESTRA
MISMA CANTIDAD DE SANGRE EN AMBOS TUBOS!

3.- RECUERDA LA IMPORTANCIA DE LA RECOGIDA DE FROTIS EPIDEMIOLÓGICOS:

- A TODOS AL INGRESO
- DE NUEVO A TODOS, LOS MARTES!!!

Por último, destacar de nuevo, que con el objetivo de mantener y potenciar la concienciación del adecuado diagnóstico y tratamiento antimicrobiano en el paciente pediátrico crítico, se decide dar continuidad a este proyecto, prolongándose su duración durante el año 2019-2020, en intento de optimizar aquellas actividades de bajo cumplimiento en 2019, e incluyendo nuevos indicadores para analizar (comunicación con el servicio de microbiología, ajuste de antibioterapia según antibiograma, porcentaje de hemocultivos contaminados, y estudio de Gram y antibiograma directo en orina en casos seleccionados).

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto se elaboró en 2018-19 y se estableció una continuidad en 2019-20. Dado que las fechas de análisis del periodo 2019-2020 son los meses de febrero y marzo, los datos analíticos presentados son sólo los correspondientes al primer año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA RECOGIDA Y ANÁLISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRÍA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1068 ===== ***

Nº de registro: 1068

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRÍA

Autores:
MADURGA REVILLA PAULA, GIL HERNANDEZ IRENE, FUERTES ARAGÜES ELENA, RODRIGUEZ-VIGIL ITURRATE CARMEN, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, PALACIOS MIGUEL YOLANDA, LAPRESTA MOROS CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología infecciosa constituye tanto un importante motivo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) como una de las causas más frecuente de complicación durante el ingreso en UCIP (infecciones nosocomiales). La cobertura antibiótica adecuada y su inicio precoz (en la primera "hora de oro" en la sepsis) es fundamental para conseguir un ttº efectivo y la curación del paciente. Por ello es fundamental la elección de antibioterapia de amplio espectro en el momento inicial, que asegure la cobertura de la flora habitualmente implicada en cada foco y en cada paciente.
Uno de los problemas más importante al que nos enfrentamos hoy por hoy en las UCIP es el de las resistencias a antibióticos principalmente a Gram(-) que genera un aumento de mortalidad. El trabajo en equipo entre las unidades de UCIP, Preventiva y Microbiología es fundamental para minimizar ambos problemas: la optimización de la recogida y análisis de muestras microbiológicas permite, por un lado, confirmar de forma precoz que el germen causante de la infección está adecuadamente cubierto por la ABterapia elegida de forma empírica; y por otro lado, permite desescalar la cobertura antibiótica, restringiendo espectro de forma adecuada, evitando así la generación de resistencias.

RESULTADOS ESPERADOS

- Principal:
 - Optimizar la elección del tratamiento antibiótico empírico en el paciente pediátrico crítico, desescalando y recortando el espectro antibiótico y ajustando la duración de la antibioterapia en UCIP.
- Secundarios:
 - Mejorar la recogida, transporte y cumplimentación de volantes de las muestras para estudio microbiológico.
 - Implementar el Gram en orinas cuando se considere importante, realizando antibiograma directo de orina cuando esté indicado.
 - < la transmisión entre pacientes de gérmenes multiresistentes.

MÉTODO

- Multidisciplinar: elaboración de protocolos de diagnóstico y ttº de infecciones en la UCIP
- Sº Microbiología:
 - Formación, por parte de enfermería de Microbiología a la enfermería de UCIP, para optimizar la recogida, conservación y transporte de muestras microbiológicas
 - estudio de Gram de LCR siempre, y de orina en casos seleccionados (sólo en turno de mañana)
 - antibiograma directo a las 24 horas del envío de la muestra (sangre, LCR, que servirá como información preliminar
 - Antibiograma directo orina y aspirado bronquial (cuando esté indicado), que servirá como información preliminar
 - Vigilancia de multiresistentes y otras bacterias de interés epidemiológico. Cultivo de Frotis de control semanales para su detección y para la orientación del tratamiento empírico de las infecciones.
- Servicio UCIP:
 - Solicitud de las muestras adecuadas en cada momento, por parte del personal médico de UCIP, en busca de la mayor eficiencia:
 - Ajuste de la antibioterapia en función de los resultados microbiológicos (estudio preliminar de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE LA RECOGIDA Y ANÁLISIS DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN PEDIATRÍA

antibiograma directo, y estudio definitivo posterior): completar la cobertura antimicrobiana o reducción del espectro, en función de la situación. Minimizar la duración de la antibioterapia.

- Servicio Medicina Preventiva:

- Formación en medidas básicas de Prevención y Control de las infecciones nosocomiales.

INDICADORES

1. N° historias en las que conste la comunicación con Microbiología para recortar espectro y duración de la ABterapia/total historias de pacientes con tt° antibiótico empírico de amplio espectro
2. N° enfermeras de UCI Pediátrica que han sido formadas para la adecuada recogida de hemocultivo por parte de enfermería de Microbiología/total de enfermeras que forman parte de la UCI Pediátrica
3. N° historias en las que consta la adecuada recogida de hemocultivo de sangre periférica y de catéter venoso central/total historias de pacientes con sospecha de bacteriemia relacionada con catéter en UCIP
4. N° hemocultivos contaminados/total de hemocultivos extraídos
5. N° volantes con adecuada cumplimentación de datos clínicos/Total de volantes microbiológicos recibidos en Microbiología por parte de UCIP
6. N° muestras de orina en las que se hace estudio Gram y antibiograma directo/Total de pacientes en los que se considera indicado el estudio microbiológico urgente de orina
7. N° muestras de frotis epidemiológico/ Total de pacientes-semana en los que se considera indicado

DURACIÓN

- Todo el año: formación:
 - o En la recogida y transporte de muestras por parte de enfermería de microbiología a enfermería de UCIP. 1 taller cada 3 meses o a demanda o si se detectan incidencias (cada taller se repetirá en varias ocasiones para que sea asequible a la mayor parte de personal de enfermería y TCAEs), que se impartirán de forma práctica en UCIP.
 - o En higiene de manos y precauciones basadas en la transmisión. 1 taller anual que se podrá repetir a demanda si se detectan carencias en la formación en este ámbito.
- Mayo-Julio: elaboración de protocolos.
- Julio- Diciembre 2018: Instauración de protocolos y resto de actividades del proyecto.
- Enero-Marzo 2019: Primera evaluación del cumplimiento.
- Marzo 2019: Establecer conclusiones y propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS INFANTIL

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE VIRGINIA GOMEZ BARRENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1ª FASE (julio, agosto y septiembre de 2018): Presentación del proyecto a los supervisores de enfermería responsables de cada planta junto con powerpoint elaborado por miembros de la Comisión Clínica de Seguridad del paciente, en el que se explican una serie de conceptos básicos de seguridad clínica. Este sistema, que incide en la generación de una cultura de seguridad del paciente, se ha utilizado para informar al personal sanitario de las plantas de hospitalización de la necesidad y beneficios de registrar los errores que tienen lugar en el proceso de solicitud-prescripción-administración de fármacos a los pacientes ingresados. En la presentación se insiste que esto debe hacerse tanto si los "errores" han producido daño al paciente como si no lo han hecho.

2ª FASE (A partir de octubre de 2018): Implantación de una hoja de registro similar a la que se utiliza en urgencias de pediatría que se encuentra accesible tanto en formato papel como electrónico en la intranet del sector (localizada en una pestaña en la página de inicio) que no exige la identificación del personal y por tanto mantiene el anonimato del declarante.

Se recomienda a las/los supervisores de cada planta la utilidad de colocar un buzón en la zona de estar de enfermería donde recoger las hojas cumplimentadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Los supervisores de las 3 plantas han difundido la información al personal de enfermería durante los meses de verano (incluyendo octubre) pero la intensa rotación de este personal sanitario durante el periodo indicado y las recientes incorporaciones de personal fijo a las diferentes plantillas ha hecho que dicha información no ha llegado todavía al 100% del personal implicado.

- Se han instalado buzones en las plantas de Pediatría B e Infecciosos. En Pediatría A se decidió recogerlas en el despacho de supervisión que siempre permanece abierto.

- Se ha comentado entre miembros del equipo asistencial los problemas a la hora de prescribir/administrar algunos fármacos habituales que han llevado a error en la dosificación; concretamente Augmentine IV

- Se han enviado notificaciones a través del sistema electrónico instalado en la intranet: Intentaremos recopilar los datos.

- Se han recogido las siguientes notificaciones en papel:

0	Pediatría A
13	Pediatría B
6	Infecciosos Infantil
4	Sala de Observación Urgencias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe diferencia de percepción de los problemas relacionados con la medicación en las diferentes plantas probablemente relacionada con la falta de cultura de seguridad que hace precisa la formación del personal sanitario en general y específicamente de enfermería de la planta de Pediatría A. Precisamente en dicha planta se realizó al inicio una encuesta de cultura de seguridad que ratificó los resultados obtenidos posteriormente: la mayoría del personal piensa que la notificación no sirve. Tal y como transmite el supervisor existe una conciencia de culpa que aumenta con la notificación y por ese motivo se rechaza. Sin embargo se comentan de palabra los errores y se busca un culpable en otro colectivo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1176 ===== ***

Nº de registro: 1176

Título
DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS INFANTIL

Autores:
GOMEZ BARRENA VIRGINIA, CASTEJON PONCE ESPERANZA, PEREZ DELGADO RAQUEL, MIRALBES TERRAZA SHEILA, MONGE GALINDO LORENA, BUSTILLO ALONSO MATILDE, CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO, CAMPOS CALLEJA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología infantil que implique ingreso hospitalario
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la instauración de un sistema de registro de eventos adversos en la unidad de Urgencias de pediatría en 2015, y observar que la mayoría de los eventos notificados tienen relación con errores en la medicación, hemos decidido difundir este sistema de registro a las unidades de hospitalización pediátrica anteriormente mencionadas.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir aumentar la cultura de seguridad en el personal de las plantas de hospitalización pediátrica
Promover el cambio en la actuación del personal ante situaciones de riesgo.
Los objetivos finales son:
- Fomentar la implicación de todos los profesionales que trabajan en la atención sanitaria al paciente pediátrico hospitalizado mediante la implantación de un sistema de notificación anónimo de los eventos detectados.
- Promover la cultura de seguridad dentro del equipo ofreciendo información y promoción de nuevas actividades.

MÉTODO
1ª FASE: Presentación del proyecto junto con una serie de conceptos básicos de seguridad del paciente que informen al personal sanitario de las plantas de hospitalización de la necesidad y beneficios de registrar los errores que tienen lugar en el proceso de solicitud-prescripción-administración de fármacos a los pacientes ingresados tanto si han producido como si no daños a los mismos.

2ª FASE: Implantación de una hoja de registro similar a la que se utiliza en urgencias de pediatría que se encuentra accesible tanto en formato papel como electrónico en la intranet del sector (localizada en una pestaña en la página de inicio) que no exige la identificación del personal y por tanto mantiene el anonimato del declarante. Para utilizar el formato papel será necesario situar un buzón donde recoger las hojas cumplimentadas.

3ª FASE: Análisis de los resultados obtenidos a los 6 meses y un año de implantación

4ª FASE: Aplicación de medidas correctoras que pudieran ser útiles en diferentes plantas de hospitalización y en la sala de Observación de Urgencias

INDICADORES
% de personal sanitario de la planta que ha recibido la información básica durante el primer mes: estándar 80%
% de registros de eventos adversos relacionados con la medicación sobre el total de pacientes ingresados en la planta: estándar 1%

DURACIÓN
1ª FASE: Sesión clínica en la unidad: conceptos básicos y sistemas de registro. Duración 15 minutos, repetida varias veces durante un mes (distintos turnos de enfermería) Junio 2018
Responsable: un pediatra de cada planta junto con la supervisora
2ª FASE: Colocación de buzón para recogida de datos en cada planta e inicio de recogida de registros Julio-agosto 2018.
Responsable: supervisora de enfermería
3ª FASE: 1ª valoración de datos obtenidos Diciembre 2018-enero 2019.
Responsable: Coordinador del proyecto
4ª FASE: A partir de febrero 2019, aplicación de medidas correctoras sugeridas tras el análisis de datos y el feed back al personal de la planta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS INFANTIL

Responsable: Pediatra responsable de cada planta

OBSERVACIONES

Sería recomendable que un porcentaje de al menos 10% del personal participante en el proyecto tuviera facilidades para realizar talleres de formación en seguridad del paciente ofrecidos por el sector sanitario

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

REGISTRO Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ESPERANZA CASTEJON PONCE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ DELGADO RAQUEL
MONGE GALINDO LORENA
BUSTILLO ALONSO MATILDE
MIRALBES TERRAZA SHEILA
CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO
GOMEZ BARRENA CARMEN
CAMPOS CALLEJA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1ª FASE (julio, agosto y septiembre de 2018): Presentación del proyecto a los supervisores de enfermería responsables de cada planta junto con powerpoint elaborado por miembros de la Comisión Clínica de Seguridad del paciente, en el que se explican una serie de conceptos básicos de seguridad clínica. Este sistema, que incide en la generación de una cultura de seguridad del paciente, se ha utilizado para informar al personal sanitario de las plantas de hospitalización de la necesidad y beneficios de registrar los errores que tienen lugar en el proceso de solicitud-prescripción-administración de fármacos a los pacientes ingresados. En la presentación se insiste en que esto debe hacerse tanto si los "errores" han producido daño al paciente como si no lo han hecho.

2ª FASE (A partir de octubre de 2018): Implantación de una hoja de registro similar a la que se utiliza en urgencias de pediatría que se encuentra accesible tanto en formato papel como electrónico en la intranet del sector (localizada en una pestaña en la página de inicio) que no exige la identificación del personal y por tanto mantiene el anonimato del declarante.

Se recomienda a las/los supervisores de cada planta la utilidad de colocar un buzón en la zona de estar de enfermería donde recoger las hojas cumplimentadas.

3era FASE: (Enero 2019_ actualidad): Durante estos meses los mensajes se han depositado en los buzones de cada unidad de hospitalización. Las notificaciones fueron recogidas por los supervisores de cada planta. Se realizaron reuniones por parte del equipo que pertenece a este proyecto de mejora y se habló de las notificaciones recibida. Se consideró la necesidad de crear un grupo en el que participara enfermería, auxiliares y facultativos. Se comunicó las fechas de talleres y cursos de seguridad.

En enero, la Dra Gómez (responsable de seguridad) realizó una sesión sobre cultura de seguridad y comunicando el cambio de sistema de notificación adaptado por el hospital y explicando cómo se debe realizar a partir de ahora. Tras esa sesión se decidió que a partir de entonces las notificaciones se realizarían a través de la página web y utilizando el SINASP. Queda pendiente notificarlo al resto del personal sanitario (enfermería y auxiliares TCAE) También se ofreció la posibilidad de realizar el curso de SINASP online.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Desde las tres unidades se ha duplicado el número de notificaciones, a pesar de detectar que muchas de ellas no se han identificado. Ha disminuido la sensación de culpabilidad al realizar las notificaciones y una sensación de mejorar en nuestra actividad diaria.

- Se ha comentado entre miembros del equipo asistencial los problemas a la hora de prescribir/administrar algunos fármacos habituales que han llevado a error en la dosificación, sobre todo desde la instauración de hojas plantilla desde urgencias al ingreso. Ésta se ha ido modificando a partir de los errores detectados

5. Evaluación :

- Se han recogido las siguientes notificaciones en papel:

10	Pediatría A
29	Pediatría B
4	Infecciosos Infantil . Se realizan notificaciones por intranet
4	Sala de Observación Urgencias

Se ha iniciado las notificaciones por intranet sobre todo en la unidad de urgencias e infecciosos.

La mayoría de las notificaciones tienen que ver con problemas en la prescripción y/o administración de fármacos. Se ha observado que, durante los meses de verano, cuando por reducción de personal se unifican las unidades de Pediatría A y B, se duplicó el número de notificaciones.

No se ha constituido hasta el momento un grupo que evalúe las notificaciones y realice el adecuado feed-back al resto de la plantilla.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

REGISTRO Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Existe diferencia de percepción de los problemas relacionados con la medicación en las diferentes plantas probablemente relacionada con la falta de cultura de seguridad que hace precisa la formación del personal sanitario en general .
Durante este año ha habido un cambio de supervisión pendiente de adjudicar de manera definitiva. De manera que en Pediatría A no hay supervisor específico y está a cargo, temporalmente, de la supervisora de Cirugía Pediátrica y en Infecciosos Infantil hay una supervisión nueva temporal. La supervisión de Pediatría B no se ha modificado pero es responsable temporalmente de la supervisión de Oncopediatría. esta situación de sobrecarga de trabajo implica una dificultad en la instrucción a nuevas personas en seguridad y en notificación.
El personal de las plantas ha solicitado formación a través de talleres de seguridad del sector, no siendo aceptados varios solicitantes hasta el momento
Así mismo se ha solicitado en dos ocasiones (junio / diciembre) la aprobación de un grupo de calidad en el que se agruparían las tres unidades de hospitalización: Pediatría A (lactantes), Pediatría B (preescolares y escolares) e Infecciosos Infantil. Este grupo que contaría con personal sanitario médico, de enfermería y TCAE tendría como objetivo unificar criterios de actuación en la actividad diaria y realizar reuniones de seguridad comunes tanto para ofrecer el feed-back adecuado a los problemas detectados a través del sistema de registro, como para volcar sugerencias de mejora desde todos los estamentos.

Proximos objetivos
Curso SINASP online
Notificación a través de SINSP
Grupo de calidad de hospitalización (ya solicitada) para unificación de criterios y valoración de los casos notificados

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1176 ===== ***

Nº de registro: 1176

Título
DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS

Autores:
GOMEZ BARRENA VIRGINIA, CASTEJON PONCE ESPERANZA, PEREZ DELGADO RAQUEL, MIRALBES TERRAZA SHEILA, MONGE GALINDO LORENA, BUSTILLO ALONSO MATILDE, CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO, CAMPOS CALLEJA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología infantil que implique ingreso hospitalario
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la instauración de un sistema de registro de eventos adversos en la unidad de Urgencias de pediatría en 2015, y observar que la mayoría de los eventos notificados tienen relación con errores en la medicación, hemos decidido difundir este sistema de registro a las unidades de hospitalización pediátrica anteriormente mencionadas.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir aumentar la cultura de seguridad en el personal de las plantas de hospitalización pediátrica
Promover el cambio en la actuación del personal ante situaciones de riesgo.
Los objetivos finales son:
- Fomentar la implicación de todos los profesionales que trabajan en la atención sanitaria al paciente pediátrico hospitalizado mediante la implantación de un sistema de notificación anónimo de los eventos detectados.
- Promover la cultura de seguridad dentro del equipo ofreciendo información y promoción de nuevas actividades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

REGISTRO Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

MÉTODO

1ª FASE: Presentación del proyecto junto con una serie de conceptos básicos de seguridad del paciente que informen al personal sanitario de las plantas de hospitalización de la necesidad y beneficios de registrar los errores que tienen lugar en el proceso de solicitud-prescripción-administración de fármacos a los pacientes ingresados tanto si han producido como si no daños a los mismos.

2ª FASE: Implantación de una hoja de registro similar a la que se utiliza en urgencias de pediatría que se encuentra accesible tanto en formato papel como electrónico en la intranet del sector (localizada en una pestaña en la página de inicio) que no exige la identificación del personal y por tanto mantiene el anonimato del declarante. Para utilizar el formato papel será necesario situar un buzón donde recoger las hojas cumplimentadas.

3ª FASE: Análisis de los resultados obtenidos a los 6 meses y un año de implantación

4ª FASE: Aplicación de medidas correctoras que pudieran ser útiles en diferentes plantas de hospitalización y en la sala de Observación de Urgencias

INDICADORES

% de personal sanitario de la planta que ha recibido la información básica durante el primer mes: estándar 80%
% de registros de eventos adversos relacionados con la medicación sobre el total de pacientes ingresados en la planta: estándar 1%

DURACIÓN

1ª FASE: Sesión clínica en la unidad: conceptos básicos y sistemas de registro. Duración 15 minutos, repetida varias veces durante un mes (distintos turnos de enfermería) Junio 2018

Responsable: un pediatra de cada planta junto con la supervisora

2ª FASE: Colocación de buzón para recogida de datos en cada planta e inicio de recogida de registros Julio-agosto 2018.

Responsable: supervisora de enfermería

3ª FASE: 1ª valoración de datos obtenidos Diciembre 2018-enero 2019.

Responsable: Coordinador del proyecto

4ª FASE: A partir de febrero 2019, aplicación de medidas correctoras sugeridas tras el análisis de datos y el feed back al personal de la planta

Responsable: Pediatra responsable de cada planta

OBSERVACIONES

Sería recomendable que un porcentaje de al menos 10% del personal participante en el proyecto tuviera facilidades para realizar talleres de formación en seguridad del paciente ofrecidos por el sector sanitario

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE LUIS PEÑA SEGURA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA AIZPUN IGNACIO
LOU FRANCES GRACIELA
ROS ARNAL IGNACIO
MARTIN DE VICENTE CARLOS
GARCIA ROMERO RUTH
ROMERO SALAS YOLANDA
JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Generales a nivel de todo el Servicio

1. Información detallada y progresiva a lo largo de 1-2 años al paciente y a la familia sobre la futura transición y de cómo se va a realizar.
2. Establecer un rango de edad en el cuál se debe realizar el proceso de transición.
3. Realización de informe de alta que figure en la Intranet.

Específicos para cada Unidad de Pediatría

1. Definir qué enfermedades crónicas requieren un protocolo específico de transición (en base a gravedad, impacto sobre la salud del paciente y sobre la familia, complejidad)
2. Elaboración de protocolos específicos de transición en cada Unidad en función de la patología.
3. Programación de consultas de transición con la participación conjunta del pediatra y del médico del servicio de adultos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Definición por cada Unidad de las EC complejas que deben seguir un protocolo específico de transición
2. Pacientes con EC complejas con constancia en la historia clínica de la realización de informe de alta y presentación del caso al servicio de adultos
3. Elaboración de un listado de consultas conjuntas de transición para EC complejas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Reuniones de coordinación entre especialistas de adultos y pediátricos.
Aumento de la implicación de todos los componentes del Servicio de Pediatría.
Aumento del conocimiento del funcionamiento de las distintas especialidades pediátricas entre sí.
Aumento del conocimiento del funcionamiento de las especialidades de adultos.
Mayor coordinación entre especialistas pediátricos y de adultos.
Aumento de la satisfacción de las familias con la transición de sus hijos a adultos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1356 ===== ***

Nº de registro: 1356

Título
DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

Autores:

PEÑA SEGURA JOSE LUIS, LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO, LOU FRANCES GRACIELA, ROS ARNAL IGNACIO, MARTIN DE VICENTE CARLOS LUIS, GARCIA ROMERO RUTH, ROMERO SALAS YOLANDA, JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES CRONICAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades crónicas requieren un enfoque multidisciplinar para su correcto manejo sobre sus implicaciones psicológicas, físicas y sociales y suponen un desafío para los servicios de salud. La adolescencia es una fase compleja que dificulta el control de las enfermedades crónicas. Los adolescentes con enfermedades crónicas (EC) y sus padres pueden percibir la transferencia desde las Unidades de Pediatría a los servicios de adultos como una brusca interrupción en su régimen de tratamiento. Está constatado que este proceso supone un riesgo de empeoramiento del control de la enfermedad, abandono de seguimiento, incremento de la morbilidad, peor control de la enfermedad y deterioro de la salud. Frente al concepto de transferencia como proceso administrativo, las sociedades científicas defienden el concepto de transición como un proceso planificado y consensado entre el paciente, la familia y los equipos asistenciales pediátricos y de adultos, que permitan minimizar el impacto negativo. La transferencia se suele realizar de manera variable entre los 15 - 18 años y cuando no se hace de manera planificada impacta negativamente en la salud, menor adherencia al tratamiento y menor índice de asistencia a las consultas programadas.

En la actualidad no todos los pacientes con enfermedades crónicas siguen un protocolo definido de actuación y existe una variabilidad importante. Es frecuente que el adolescente con EC deje de asistir a las visitas programadas (automedicación y autocotrol). Muchos pacientes son remitidos con un informe de alta pero sin establecer un consenso previo con el servicio de adultos. Es necesario establecer protocolos de actuación en cada Unidad de Pediatría para definir las patologías que son subsidiarias de entrar en un protocolo específico de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal

1. Optimizar la transición de pacientes con enfermedades crónicas complejas desde las Unidades de Pediatría del HUMS a los servicios de adultos.

Objetivos secundarios

1. Promover la comunicación y colaboración entre los equipos asistenciales pediátricos y de adultos.
2. Minimizar el riesgo de impacto negativo que la adolescencia supone sobre la salud en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas.
3. Evaluar los resultados y conocer la satisfacción de los pacientes y los profesionales tras su implantación.

MÉTODO

Generales a nivel de todo el Servicio

1. Información detallada y progresiva a lo largo de 1-2 años al paciente y a la familia sobre la futura transición y de cómo se va a realizar.
2. Establecer un rango de edad en el cuál se debe realizar el proceso de transición.
3. Realización de informe de alta que figure en la Intranet.
4. Presentación en sesiones del Servicio las actividades que se realizan.

Específicos para cada Unidad de Pediatría

1. Definir qué enfermedades crónicas requieren un protocolo específico de transición (en base a gravedad, impacto sobre la salud del paciente y sobre la familia, complejidad)
2. Elaboración de protocolos específicos de transición en cada Unidad en función de la patología.
3. Elaboración de un registro de pacientes transferidos.
4. Programación de consultas de transición con la participación conjunta del pediatra y del médico del servicio de adultos.

INDICADORES

1. Presentación en el Servicio del proyecto en el calendario de sesiones clínicas (si / no)
2. Definición por cada Unidad de las EC complejas que deben seguir un protocolo específico de transición (si / no)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

3. Pacientes con EC complejas con constancia en la historia clínica de la realización de informe de alta y presentación del caso al servicio de adultos (>80%)
4. Elaboración de un listado de consultas conjuntas de transición para EC complejas (si / no)

DURACIÓN

2 años de duración (Mayo 2018 a Mayo 2020)

Año 1

Mayo 2018 a Diciembre 2018.

Presentación en Sesión del servicio del proyecto.

Consensuar objetivos y criterios mínimos a nivel del servicio para cualquier paciente con EC antes de ser transferido.

Enero 2019 a Junio 2019.

Definición por parte de cada Unidad de qué EC deben seguir un protocolo específico de transición.

Elaboración de protocolos específicos

Año 2

Junio 2019 a Diciembre 2019

Implantación de las consultas de transición conjuntas

Elaboración de un registro de pacientes transferidos a nivel de cada Unidad

Enero 2020 a Mayo 2020.

Evaluación de encuestas de resultados de satisfacción a nivel de profesionales y pacientes transferidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE LUIS PEÑA SEGURA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA AIZPUN IGNACIO
LOU FRANCES GRACIELA
ROS ARNAL IGNACIO
MARTIN DE VICENTE CARLOS
GARCIA ROMERO RUTH
ROMERO SALAS YOLANDA
JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Presentación del proyecto de mejora a en Sesión Clínica el 8-3-19 a todos los facultativos del Hospital Infantil, con análisis y discusión.
2. Previamente se solicitó a todas las Unidades de Pediatría la situación y los criterios de derivación a adultos de las diferentes patologías.
3. Se insistió en la necesidad de la realización de informe de alta que figure en HCE.
4. Se insistió en la necesidad de definir qué enfermedades crónicas requieren un protocolo específico de transición (en base a gravedad, impacto sobre la salud del paciente y sobre la familia, complejidad)
5. Se promovió la elaboración de protocolos específicos de transición en cada Unidad en función de la patología.
6. Se promovió la programación de consultas de transición con la participación conjunta del pediatra y del médico del servicio de adultos.
7. Se promovió la información detallada y progresiva a lo largo de 1-2 años al paciente y a la familia sobre la futura transición y de cómo se va a realizar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Definición por cada Unidad de las enfermedades crónicas complejas que deben seguir un protocolo específico de transición
2. Pacientes con enfermedades crónicas complejas con constancia en la HCE de la realización de informe de alta y presentación del caso al servicio de adultos
3. Elaboración de un listado de consultas conjuntas de transición para enfermedades crónicas complejas.
4. Se estableció como edad preferente los 15 años para realizar la transición a adultos, coincidiendo con la edad límite para acudir a Urgencias del HI, pero a su vez se presentaron diferentes situaciones y excepciones por cada Unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Reuniones de coordinación entre especialistas de adultos y pediátricos.
Aumento de la implicación de todos los componentes del Servicio de Pediatría.
Aumento del conocimiento del funcionamiento de las distintas especialidades pediátricas entre sí.
Aumento del conocimiento del funcionamiento de las especialidades de adultos.
Mayor coordinación entre especialistas pediátricos y de adultos.
Aumento de la satisfacción de las familias con la transición de sus hijos a adultos.
Hay patologías crónicas complejas como algunas enfermedades raras de inicio en edad pediátrica en las que es difícil establecer una adecuada transición a adultos por carecer de profesionales especializados en la patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1356 ===== ***

Nº de registro: 1356

Título
DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

Autores:
PEÑA SEGURA JOSE LUIS, LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO, LOU FRANCES GRACIELA, ROS ARNAL IGNACIO, MARTIN DE VICENTE CARLOS LUIS, GARCIA ROMERO RUTH, ROMERO SALAS YOLANDA, JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES CRONICAS
Línea Estratégica : Otras
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades crónicas requieren un enfoque multidisciplinar para su correcto manejo sobre sus implicaciones psicológicas, físicas y sociales y suponen un desafío para los servicios de salud. La adolescencia es una fase compleja que dificulta el control de las enfermedades crónicas. Los adolescentes con enfermedades crónicas (EC) y sus padres pueden percibir la transferencia desde las Unidades de Pediatría a los servicios de adultos como una brusca interrupción en su régimen de tratamiento. Está constatado que este proceso supone un riesgo de empeoramiento del control de la enfermedad, abandono de seguimiento, incremento de la morbilidad, peor control de la enfermedad y deterioro de la salud. Frente al concepto de transferencia como proceso administrativo, las sociedades científicas defienden el concepto de transición como un proceso planificado y consensuado entre el paciente, la familia y los equipos asistenciales pediátricos y de adultos, que permitan minimizar el impacto negativo. La transferencia se suele realizar de manera variable entre los 15 - 18 años y cuando no se hace de manera planificada impacta negativamente en la salud, menor adherencia al tratamiento y menor índice de asistencia a las consultas programadas.

En la actualidad no todos los pacientes con enfermedades crónicas siguen un protocolo definido de actuación y existe una variabilidad importante. Es frecuente que el adolescente con EC deje de asistir a las visitas programadas (automedicación y autocotrol). Muchos pacientes son remitidos con un informe de alta pero sin establecer un consenso previo con el servicio de adultos. Es necesario establecer protocolos de actuación en cada Unidad de Pediatría para definir las patologías que son subsidiarias de entrar en un protocolo específico de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal

1. Optimizar la transición de pacientes con enfermedades crónicas complejas desde las Unidades de Pediatría del HUMS a los servicios de adultos.

Objetivos secundarios

1. Promover la comunicación y colaboración entre los equipos asistenciales pediátricos y de adultos.
2. Minimizar el riesgo de impacto negativo que la adolescencia supone sobre la salud en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas.
3. Evaluar los resultados y conocer la satisfacción de los pacientes y los profesionales tras su implantación.

MÉTODO

Generales a nivel de todo el Servicio

1. Información detallada y progresiva a lo largo de 1-2 años al paciente y a la familia sobre la futura transición y de cómo se va a realizar.
2. Establecer un rango de edad en el cuál se debe realizar el proceso de transición.
3. Realización de informe de alta que figure en la Intranet.
4. Presentación en sesiones del Servicio las actividades que se realizan.

Específicos para cada Unidad de Pediatría

1. Definir qué enfermedades crónicas requieren un protocolo específico de transición (en base a gravedad, impacto sobre la salud del paciente y sobre la familia, complejidad)
2. Elaboración de protocolos específicos de transición en cada Unidad en función de la patología.
3. Elaboración de un registro de pacientes transferidos.
4. Programación de consultas de transición con la participación conjunta del pediatra y del médico del servicio de adultos.

INDICADORES

1. Presentación en el Servicio del proyecto en el calendario de sesiones clínicas (si / no)
2. Definición por cada Unidad de las EC complejas que deben seguir un protocolo específico de transición (si / no)
3. Pacientes con EC complejas con constancia en la historia clínica de la realización de informe de alta y presentación del caso al servicio de adultos (>80%)
4. Elaboración de un listado de consultas conjuntas de transición para EC complejas (si / no)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

DURACIÓN

2 años de duración (Mayo 2018 a Mayo 2020)

Año 1

Mayo 2018 a Diciembre 2018.

Presentación en Sesión del servicio del proyecto.

Consensuar objetivos y criterios mínimos a nivel del servicio para cualquier paciente con EC antes de ser transferido.

Enero 2019 a Junio 2019.

Definición por parte de cada Unidad de qué EC deben seguir un protocolo específico de transición.

Elaboración de protocolos específicos

Año 2

Junio 2019 a Diciembre 2019

Implantación de las consultas de transición conjuntas

Elaboración de un registro de pacientes transferidos a nivel de cada Unidad

Enero 2020 a Mayo 2020.

Evaluación de encuestas de resultados de satisfacción a nivel de profesionales y pacientes transferidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1445

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ISRAEL LARENA FERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RITE GRACIA SEGUNDO
GARCIA ESCUDERO CRISTINA
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA
PEÑALVA BORONAT ELISA
NAVARRO TORRES MARIA
MARTINEZ HERNANDO LORETO
SUSIN GALAN FERNANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por pediatras y enfermeras especialistas en pediatría de la Unidad de Neonatología, que voluntariamente han querido participar en el proyecto.

Se han realizado reuniones para distribución y organización de funciones.

Se ha realizado un protocolo para la posterior realización del proyecto de Alta Precoz del recién nacido prematuro en el área de Neonatología. Dentro de este protocolo se contempla la creación de un registro para la recogida de datos antes, durante y después de la visita domiciliaria, la creación de una encuesta de satisfacción, un tríptico para padres y la creación de un circuito en caso de urgencia, entre otros.

Se ha estado trabajando con la Subdirección de Enfermería del HMI en la posibilidad de disponer de una enfermera para la realización del proyecto.

Una enfermera en formación EIR de pediatría ha hecho una rotación externa en el Hospital de Cruces de Vizcaya, en la sección de alta precoz neonatal y hospitalización domiciliaria pediátrica, para formarse en este tema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los indicadores propuestos para la realización del proyecto de implantación marcado para este 2018-2019 los resultados son los siguientes:

- Se ha elaborado un protocolo con criterios de derivación a atención domiciliaria.
- Se ha elaborado un protocolo de actividades de enfermería al alta de la Unidad, en la visita domiciliaria y alta del programa.
- Se ha formado a una enfermera.

Por tanto, los indicadores marcados se han conseguido cumplir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación de un equipo de trabajo y la organización de funciones, permite alcanzar la meta del proyecto, facilitando el trabajo y mejorando la calidad asistencial. El objetivo inicial del proyecto para realizar un protocolo de actuación se ha conseguido y por tanto, el programa se ha realizado por completo. No se ha podido implantar este modelo de atención por falta del recurso especificado (al menos una enfermera especialista en pediatría) En el momento que se pueda implantar este modelo de cuidados, se podrá medir el impacto real que tiene el proyecto en la unidad, en nuestros niños y en sus cuidadores principales, sobre aquellos beneficios que se le presuponen como son normalizar la situación familiar y promocionar el vínculo paterno-filial, disminuir los efectos derivados de la hospitalización neonatal prolongada, favorecer la lactancia materna prolongada, mejorar la continuidad asistencial e integración entre los distintos niveles asistenciales (paso de la asistencia especializada a atención primaria) y disminuir los costes hospitalarios al disminuir la estancia hospitalaria, optimizando recursos materiales y humanos.

7. OBSERVACIONES.

La implantación real del programa estará sujeta a la concesión de una enfermera especialista en pediatría para este proyecto

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1445 ===== ***

Nº de registro: 1445

Título
ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION

Autores:
LARENA FERNANDEZ ISRAEL, RITE GRACIA SEGUNDO, GARCIA ESCUDERO CRISTINA, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, PEÑALVA BORONAT ELISA, NAVARRO TORRES MARIA, MARTINEZ HERNANDO LORETO, SUSIN GALAN FERNANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1445

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recién nacidos pretérmino y/o bajo peso
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La evidencia científica muestra que los recién nacidos prematuros y de bajo peso presentan una evolución más favorable si sus padres se integran en sus cuidados. La hospitalización es un factor de desajuste, repercutiendo negativamente en las cargas de trabajo de los equipos neonatales y en sus costes, el estado afectivo-emocional de la familia y en la instauración y prolongación de la lactancia materna. Es necesaria una actuación del equipo de salud para facilitar el vínculo y desarrollar las competencias necesarias para el cuidado de sus hijos. El alta precoz de las Unidades Neonatales se ha postulado como una buena estrategia, en pacientes seleccionados, para reducir los efectos adversos de una estancia hospitalaria prolongada, reforzar las capacidades de los padres en las competencias de cuidados de sus hijos, contribuyendo de este modo al mejor pronóstico de estos pacientes y reducir el coste en sus cuidados. La asistencia domiciliaria forma parte de las nuevas tendencias en la atención neonatal en países desarrollados. Realizando un breve análisis de costes en nuestro medio para justificar el proyecto, hemos analizado los precios públicos por GRD ofrecidos por la Comunidad de Madrid y publicados en su Boletín Oficial ORDEN 727/2017, de 7 de agosto. Se seleccionan los siguientes GRD:

602: "RN peso al nacer <750 g, alta con vida", coste: 91031 €.

604: "RN peso al nacer 750-999 g, alta con vida", coste: 68301 €.

607: "RN peso al nacer 1000-1499 g, sin procedimiento quirúrgico", coste: 29770 €.

Calculamos la estancia media en nuestra Unidad durante el año 2017 de cada uno de estos 3 GRD, obteniendo un coste de estancia por día aproximado y estimamos la minoración del coste, basándonos en una reducción de la estancia media en 7 días respecto a la estancia media del año anterior.

GRD: 602 "RN peso al nacer <750 gr, alta con vida": Altas 2017: 5; Estancia media 101,4 días; Minoración 7 días; Coste estancia 897,74 €; Objetivo minoración coste/estancia 31420,9 €.

GRD: 604 "RN peso al nacer 750-999 gr, alta con vida": Altas 2017: 17; Estancia media 70,4 días; Minoración 7 días; Coste estancia 970,18 €; Objetivo minoración coste/estancia 115451,24 €.

GRD: 607 "RN peso al nacer 1000-1499 gr, sin procedimiento quirúrgico": Altas 2017: 48; Estancia media: 44 días; Minoración 7 días; Coste estancia 676,59 €; Objetivo minoración coste/estancia 227334,24 €.

RESULTADOS ESPERADOS

PRINCIPAL

Instaurar un programa de alta precoz en prematuros de bajo peso y seguimiento a través de la unidad de hospitalización domiciliaria.

ESPECÍFICOS

- Normalizar la situación familiar y promocionar el vínculo paterno-filial
- Disminuir los efectos derivados de la hospitalización neonatal prolongada
- Favorecer la lactancia materna prolongada
- Mejorar la continuidad asistencial e integración entre los distintos niveles asistenciales (paso de la asistencia especializada a atención primaria)
- Disminuir los costes hospitalarios al disminuir la estancia hospitalaria, optimizando recursos materiales y humanos

MÉTODO

- Elaboración de protocolo multidisciplinar, desarrollando todas las funciones de cada profesional
- Creación de registros necesarios para la recogida de datos antes, durante y después de la visita domiciliaria
- Creación de una encuesta de satisfacción y un tríptico para padres
- Organización de actividad de enfermería. Solicitar la posibilidad de disponer de una enfermera especialista en pediatría para desarrollar el programa
- Cómo funcionaría: Tras una valoración del pediatra se plantearía a los padres la posibilidad de incluir en el programa a aquellos niños que cumplan los criterios de inclusión. Posteriormente la trabajadora social y la psicóloga tendrían una reunión con los padres para confirmar la inclusión en el programa. La enfermera responsable realizaría la formación de los padres mediante la escuela de padres, confirmando su capacitación. Posteriormente se encargaría de realizar el seguimiento domiciliario de estos niños, basándose en los registros de datos de visita domiciliaria, concretando las citas que sean necesarias.
- Antes del alta hospitalaria, la enfermera contactará con el equipo del centro de salud para informar sobre la situación del neonato, asegurando una continuidad de cuidados adecuada.
- Creación de un circuito en caso de urgencia

INDICADORES

Elaboración de protocolo con criterios de derivación a atención domiciliaria: SI

Elaboración del protocolo de actividades de enfermería al alta de la Unidad, en la visita domiciliaria y alta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1445

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION

del programa: SI
Formación al personal de la Unidad: SI

DURACIÓN
Creación del grupo de trabajo- Sept/Oct 18
Elaboración de documentos- Nov/Dic 18
Formación del personal de enfermería implicado- Enero/ Marzo 19

OBSERVACIONES
La implantación del programa estará sujeta a la concesión de una enfermera especialista en pediatría

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1245

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE SEGUNDO RITE GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO VIÑUALES ITZIAR
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA
PINILLOS PISON RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

· Establecer las indicaciones de traslado de retorno adaptadas a las circunstancias de nuestro entorno (nivel asistencial de los hospitales receptores de los recién nacidos sometidos al programa de transporte de retorno).
· Consensuar dicha documentación con los responsables de los Servicios de Pediatría de los hospitales de 1er y 2º nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón.
· Elaboración de un listado de verificación (check-list) cuya cumplimentación se iniciará al ingreso del recién nacido en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Presentación en sesión de la Unidad de Neonatología.
Elaboración de la documentación durante el segundo - tercer trimestre de 2019 (Documento de indicaciones / check - list).
Consenso con los responsables de los Servicios de Pediatría de los hospitales públicos de Aragón (tercer - cuarto trimestre 2019).
No se han podido evaluar indicadores por que el programa no ha empezado hasta el mes de diciembre de 2019, una vez se ha contado con el visto bueno de los responsables de Pediatría de los hospitales públicos de Aragón tributarios de transporte de retorno neonatal. Por dicho motivo este proyecto se mantiene su evaluación durante 2020 dentro del siguiente acuerdo de gestión de la Unidad de Neonatología, siendo la presente memoria de seguimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mayor eficiencia de la asistencia perinatal se logra mediante una adecuada regionalización y para ello la aplicación de niveles asistenciales es básica para optimizar los recursos y que todo recién nacido pueda ser atendido de forma adecuada independientemente del domicilio familiar. En la Comunidad Autónoma de Aragón se aplican los criterios relativos a niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (Rite S, et al. An Pediatr (Barc). 2013 Jul;79(1):51.e1-51.e11). Tan importante para la optimización de recursos es que aquellos recién nacidos que requieren cuidados de tercer nivel nazcan y sean atendidos en este tipo de unidades, como su posterior traslado, una vez superada la fase más crítica, al hospital más próximo al domicilio familiar. Además, esta política resulta muy positiva para la mayoría de las familias al poder evitar toda la problemática relativa a los constantes viajes y/o alojamiento lejos del domicilio familiar.
En la actualidad, hemos establecido un programa estandarizado para el transporte de retorno consensuado con todos los centros hospitalarios públicos de Aragón y que se ha iniciado en diciembre de 2019.

7. OBSERVACIONES.

Memoria seguimiento del proyecto 2019/1245.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1245 ===== ***

Nº de registro: 1245

Título
PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
RITE GRACIA SEGUNDO, SERRANO VIÑUALES ITZIAR, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, PINILLOS PISON RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1245

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La mayor eficiencia de la asistencia perinatal se logra mediante una adecuada regionalización y para ello la aplicación de niveles asistenciales es básica para optimizar los recursos y que todo recién nacido pueda ser atendido de forma adecuada independientemente del domicilio familiar. En la Comunidad Autónoma de Aragón se aplican los criterios relativos a niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (Rite S, et al. An Pediatr (Barc). 2013 Jul;79(1):51.e1-51.e11). Tan importante para la optimización de recursos es que aquellos recién nacidos que requieren cuidados de tercer nivel nazcan y sean atendidos en este tipo de unidades, como su posterior traslado, una vez superada la fase más crítica, al hospital más próximo al domicilio familiar. Además, esta política resulta muy positiva para la mayoría de las familias al poder evitar toda la problemática relativa a los constantes viajes y/o alojamiento lejos del domicilio familiar.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo: Establecer un programa estandarizado de transporte de retorno de aquellos recién nacidos cuyo domicilio familiar le corresponda un hospital de un nivel asistencial inferior, una vez se han superado los problemas que motivaron su traslado o nacimiento en un centro de tercer nivel.

Población diana: Recién nacidos que precisaron tras el nacimiento cuidados de tercer nivel y que tras superar los problemas que motivaron su ingreso en nuestro centro, puede valorarse su traslado al hospital más próximo al domicilio familiar.

Servicios a los que se dirige: Neonatología / Servicios de Pediatría de los hospitales de 1er y 2º nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón.

MÉTODO

. Elaboración de las indicaciones de traslado de retorno adaptadas a las circunstancias de nuestro entorno (nivel asistencial de los hospitales receptores de los recién nacidos sometidos al programa de transporte de retorno).

. Consensuar dicha documentación con los responsables de los Servicios de Pediatría de los hospitales de 1er y 2º nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón.

. Elaboración de un listado de verificación (check-list) cuya cumplimentación se iniciará al ingreso del recién nacido en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet.

INDICADORES

Segundo Trimestre de 2019: Elaboración de la documentación y consenso con responsables de los hospitales receptores.

Segundo Semestre de 2019: Puesta en marcha del programa. En relación con el mismo los siguientes indicadores (fuente de datos: Historias clínicas y programa Neosoft de la Unidad de Neonatología del Hospital Miguel Servet):

- Indicador 1: Nº de recién nacidos susceptibles de entrar en programa de transporte de retorno neonatal en los que consta el check-list / Nº total de recién nacidos susceptibles de entrar en programa de transporte de retorno neonatal. Estándar: 90%.

- Indicador 2: Incremento del número de recién nacidos en los que se ha realizado transporte de retorno al hospital más próximo al domicilio familiar en relación al mismo periodo del año previo (2018). Estándar: > 20%.

- Indicador 3: Efecto sobre estancia media en planta de Neonatología. Estándar: <7 días.

DURACIÓN

- Elaboración de la documentación y consenso con responsables de los hospitales receptores (fecha fin: junio 2019)

- Elaboración del listado de verificación (fecha fin: junio 2019).

- Puesta en marcha del Programa (julio - diciembre 2019).

OBSERVACIONES

No

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1245

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRANSPORTE DE RETORNO DEL RECIEN NACIDO QUE HA PRECISADO CUIDADOS DE TERCER NIVEL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1384

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERÍA ORL: CONTROL Y DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIÁTRICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE NURIA GIMENO LAGUARDIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ MAYORAL CRISTINA
VICENTE GONZALEZ EUGENIO
CARMEN SAMPERIZ LUIS
MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE
PEREZ CANO NURIA
GARCIA AJA BEATRIZ
MUÑO LIDON SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Todas la hojas de consulta derivadas de oncopediatría de los pacientes en tratamiento con derivados del platino (parte de la población diana) han sido captados directamente en la agenda de enfermería y sólo se ha solicitado colaboración facultativa en caso de detectarse resultado patológico.
Las revisiones de umbrales auditivos a pacientes pediátricos en revisión (parte de la población diana) han sido vistos en consulta de enfermería y sólo se ha solicitado colaboración facultativa en caso de detectarse resultado patológico, sin demorarse el diagnóstico en caso de empeoramiento pese a la demora asistencial existente. Además hemos incluido las hojas de consulta de nefrología de pacientes de riesgo que permiten diagnosticar posibles complicaciones.
La enfermera autogestiona su agenda en los días que hay actividad quirúrgica programada. De esta manera no interfiere en el funcionamiento de la Unidad de ORL de pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La consulta de enfermería ha sido capaz de captar en los plazos previstos el 100% de los casos propuestos en población diana desde marzo de 2019 hasta diciembre de 2019, un total de 39 pacientes, mediante revisión sistemática descriptiva.
No se ha detectado demora de ninguna revisión de umbrales de más de 20 días respecto los tiempos que se habían planificado en cada paciente.
De estos 39 niños captados de revisiones de umbrales auditivos son 17, y los 22 restantes hojas de consulta de pacientes con tratamiento a derivados del platino.
Además se han incluido en la agenda 4 pacientes procedentes de hojas de consulta de nefrología pediátrica.
En total se han tratado 43 pacientes.
Se han detectado 1 paciente con empeoramiento en umbrales auditivos que paso directamente a revisión por el ORL de consulta cumpliendo plazos de revisión, supone un 6% de casos detectados sobre los pacientes ya diagnosticados de hipoacusia.
Detección de un paciente con disminución de umbrales auditivos en tratamiento con derivados del platino sobre los 22 estudiados, supone un 4.5%.
De los pacientes de nefrología no se han detectado complicaciones.
El total de complicaciones detectadas a tiempo por la consulta de enfermería es del 5% de pacientes sobre la población diana planteada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades llevadas a cabo para lograr la captación de pacientes han contribuido en mejorar la sistemática de trabajo respecto de otras unidades (oncopediatría-ORL, NEFROLOGÍA- ORL, ENFERMERA - ADMISION CITACIONES....). Quedaría pendiente de subsanar que las agendas de enfermería fueran captados los pacientes una vez vistos y programados por el servicio de citaciones, para poder seguir avanzando en la tarea asistencial.
Gracias al proyecto tenemos la totalidad de resultados constatados y registrados para posibles estudios o errores de seguridad clínica.
Todo el equipo multidisciplinar ha consensuado todos los pasos a seguir en la elaboración del proyecto consiguiendo que la agenda quede permanentemente en funcionamiento, generando una calidez aumentada en el ambiente laboral.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1384 ===== ***

Nº de registro: 1384

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1384

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERÍA ORL: CONTROL Y DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIÁTRICO

Título
PROYECTO DE MEJORA CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERIA ORL: CONTROL Y DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIATRICO

Autores:
GIMENO LAGUARDIA NURIA, LOPEZ MAYORAL CRISTINA, VICENTE GONZALEZ EUGENIO ANDRES, CARMEN SAMPERIZ LUIS, MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE, PEREZ CANO NURIA, GARCIA AJA BEATRIZ, MUÑO LIDON SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según la OMS, la incidencia de la hipoacusia se sitúa en 5/1000 recién nacidos vivos, lo que supone que alrededor de 1890 niños al año nacen con algún grado de hipoacusia en España. El 80% de las hipoacusias infantiles son congénitas y un 20% se desarrollan en los primeros años de la vida. Pero la prevalencia de la hipoacusia permanente continúa creciendo durante la infancia y alcanza una tasa del 2,7 por mil antes de los 5 años y del 3,5 por mil en la adolescencia. La población pediátrica tratada con derivados del platino son susceptibles de generar hipoacusia secundaria a estos tratamientos por lo que son incluidos en el programa de detección precoz en nuestra consulta.

Los pacientes con hipoacusia ya conocida y estudiada precisan revisiones periódicas cada 6 meses o 1 año para vigilar cambios en los umbrales de la audición, a estos hay que añadir las revisiones de la población en riesgo y sus revisiones.

Existen demoras involuntarias en las revisiones de los pacientes. En estos pacientes la consulta se reduce a la realización de la audiometría por la enfermera de la consulta, por lo que proponemos crear una agenda de enfermería exclusiva para realizar las audiometrías. En el caso de observar cambios en las pruebas, se comenta en ese momento con el ORL de la consulta, adecuándose el tiempo de la revisión sin verse alterado el tiempo de diagnóstico y el tiempo de revisión en la consulta.

De esta manera ningún niño retrasará el diagnóstico o empeoramiento de la hipoacusia por demoras ajenas al protocolo establecido. La enfermera de la consulta tiene autonomía y tiempo de consulta para poder realizar esa labor en días de actividad quirúrgica programada.

RESULTADOS ESPERADOS

El principal objetivo es mejorar el manejo de pacientes diagnosticados de hipoacusia y de la población susceptible de desarrollarla, consiguiendo disminuir la demora en las revisiones de umbrales auditivos.

Los objetivos secundarios son:

- Detectar precozmente los empeoramientos de umbrales auditivos.
- Diagnosticar nuevos casos de hipoacusia en población de riesgo (tratamiento de los derivados del platino)
- Disminuir la ansiedad de los padres con las demoras en las revisiones.
- Disminuir la lista de espera de la consulta de ORL infantil.

La población diana son los pacientes pediátricos diagnosticados de hipoacusia que siguen revisiones periódicas en ORL INFANTIL y los pacientes pediátricos expuestos a tratamiento de derivados del platino. El resultado esperado es que todos los pacientes sigan las revisiones en los plazos previstos.

Intervenciones realizadas:

- Audiometrías tonales y verbales.
- Revisión médica sistemática de pacientes de hipoacusia cada 6 meses o un año según protocolo.
- Hoja de consulta de pacientes en tratamiento de derivados del platino.

MÉTODO

Actualmente enfermería aún teniendo actividad independiente de la médica, se realizan interconexiónada con los pacientes citados en la consulta médica. Los cambios previstos en la oferta de servicios de enfermería es generar la agenda de estos niños independiente de la consulta médica de manera que se respeten los plazos previstos y en caso de detección de cambios en la prueba diagnóstica avisar al ORL para revisarlos en la consulta médica.

INDICADORES

INDICADORES

Nº de niños a los que se les realiza la audiometría en los plazos previstos (6 meses o un año) en la consulta de enfermería entre todos los pacientes diagnosticados de hipoacusia. Margen de citaciones + - 1 mes.

Nº de casos nuevos de hipoacusia detectados en pacientes expuestos a tratamiento de derivados del platino entre todos los pacientes tratados con derivados del platino.

Nº de complicaciones detectadas en la consulta de enfermería de pacientes ya diagnosticados de hipoacusia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1384

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERÍA ORL: CONTROL Y DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIÁTRICO

entre la suma de pacientes ya diagnosticados y otros con riesgo de padecerla.

La fuente de datos será una revisión sistemática descriptiva de los casos explorados en la consulta de enfermería

ESTANDAR

100% de los niños derivados de la consulta de oncopediatria
80% de los niños ya diagnosticados de hipoacusia
90% de complicaciones detectadas

DURACIÓN

Inicio de proyecto el 1/5/19 con duración indefinida tras una evaluación positiva del proyecto. Los responsables de la implantación son la enfermera, TCAE de la unidad. Captarán y citarán al paciente al niño en las consultas médica y enfermera, esta última será en la que evaluaremos el tiempo de cumplimiento.
Definir los pacientes candidatos para la revisión en la Consulta de enfermería de audiometrías. Realizar una hoja de derivación específica y crear una agenda específica en Citaciones (IDUE) para citarlos. Aprendizaje básico de otoscopia de la enfermera a cargo del ORL. Definir los criterios de alarma ante los resultados de la audiometría.
6/2019: Puesta en marcha de la consulta.
11/2019: Evaluación preliminar y corrección de problemas.
4/2020: Evaluación de indicadores descritos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1422

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACIÓN CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACIÓN DE CARRO DE PARADA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTINEZ BLASCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORONA BELLOSTAS CAROLINA
GAITE VILLAGRA ANTONIO
GIMENO LAGUARDIA NURIA
MUÑO LIDON SARA
GARCIA AJA BEATRIZ
PEREZ CANO NURIA
SORIANO GRANEL REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Todas las TCAE y los enfermeros de la unidad conocen la localización del carro de parada y realizan en forma de rueda la revisión sistemática del mismo.
Los talleres de RCP pediátrica de formación continuada convocados por el centro a los que han pedido solicitud los trabajadores de la Unidad se han concedido de manera prioritaria al personal sanitario de la Unidad. Realizado por el 43% de la Unidad en tres ediciones realizadas en 2019.
Realización de dos sesiones formativas dentro de la unidad, necesario seguir realizandolas ciclicamente.
Dado a conocer el circuito y manejo de los DEA del hospital infantil. Pendiente adquisición de un desfibrilador para la zona de consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las encuestas pre y post formación dan una lectura positiva del programa respecto de la formación realizada. Del personal que ha realizado los talleres formativos de RCP Y CARRO DE PARADAS HI el 100% conoce la organización y estructura del carro y lo dan a conocer a sus compañeras, el 60% tiene claro como comenzar RCP BASICO. EN este sentido hay que tener en cuenta que en el 80% de las presencias al taller nunca habían recibido formación previa al respecto, por lo tanto los resultados son satisfactorios.
El 100% es conocedor del circuito del HI ante PCR
La totalidad de la plantilla está muy a favor de la continuidad y el reciclaje formativo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La totalidad del equipo, aunque parte fuera reacio en un principio, está muy agusto y concienciado en la necesidad de la formación. Ha servido para aprender a trabajar en equipo y menos individualista en las consultas que es un servicio muy individualista
El miedo por desconocimiento ante una PCR del personal sanitario sobretodo TCAE es un logro manifestado por la gran mayoría de los profesionales sanitarios.
Por otro lado, ponen de manifiesto un amplio porcentaje de los profesionales formados de la necesidad de seguir formando al resto de la plantilla, de hecho hay muchos profesionales pendientes de realizar el curso que no han sido admitidos en varias ediciones. Y otros que independientemente de los creditos de formación creen necesario el reciclaje formativo cada cierto tiempo.
Queda pendiente la incorporación de un DEA al carro de parada, dada la gran afluencia de personal adulto que transita nuestras zonas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1422 ===== ***

Nº de registro: 1422

Título
PROYECTO DE MEJORA DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACION CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACION DE CARRO PARADA

Autores:
MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE, CORONA BELLOSTAS CAROLINA, GAITE VILLAGRA ANTONIO, GIMENO LAGUARDIA NURIA, MUÑO LIDON SARA, GARCIA AJA BEATRIZ, PEREZ CANO NURIA, SORIANO GRANEL REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1422

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACIÓN CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACIÓN DE CARRO DE PARADA

Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cadena de supervivencia es la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital.

Existe evidencia en que el manejo temprano y adecuado de la respuesta asistencial ante PCR disminuyen la mortalidad y las secuelas post-PCR.

Se detecta en la unidad falta de criterio unificado sobre la organización del carro de parada, no existe un orden de revisión sistemática por parte del servicio de manera que actualmente sólo se realiza por 2 personas.

Existe una demanda explícita por otros profesionales del servicio en cuanto a la falta de conocimiento respecto situación del carro, y manejo de la PCR en nuestras zonas comunes e instalaciones.

Tratándose de un medio hospitalario de atención programada especializada de paciente pediátrico el cual viene acompañado al menos por un adulto, atención programada especializada de mujer gestante y zona común de espera de resultados e intervenciones quirúrgicas, además de una zona de tránsito dentro del hospital, vimos la necesidad de que todo el personal tenga constancia de ubicación y conformación del carro de paradas. Además dada la circunstancia formar a todo el personal en los posibles circuitos ante PCR y sintomatología acompañante para saber cómo actuar.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos que queremos llevar a cabo van a dirigidos tanto a población adulta como a población pediátrica susceptible de sufrir PCR.

OBJETIVOS Presentar PLAN DE ACTUACIÓN ANTE PCR EN EL HUMS

- Dar a conocer circuito asistencial en caso de PCR en unidades y zonas comunes de HI
- Presentar PLAN DE ACTUACIÓN ANTE PCR EN EL HUMS
- Adquirir conocimientos teóricos en relación a RCP pediátrica, OVACE y DEA
- Gestión de carro de parada, contenido y organización
- Estrategias de optimización:
- Detección precoz de signos y síntomas de PCR
- Aplicación temprana de RCP BÁSICA Y desfibrilación precoz si es necesario
- Inicio en pocos minutos de RCP AVANZADA

MÉTODO

Intervenciones realizadas:

- Revisión sistematizada mensual de carro paradas por todos los enfermeros de la unidad junto a dos TCAE para el conocimiento de todo los elementos y circuitos, mediante una rueda instaurada al azar.
- Información de cursos, talleres de RCP para todo el personal
- Sesiones formativas en la Unidad de gestión de carro, y RCP BÁSICA
- Circuito de manejo de DEA en caso de necesidad (no incluido en carro de parada)

INDICADORES

INDICADORES

Dos encuestas de 10 preguntas tipo test pre y post formación

ESTANDAR

90% plantilla de trabajo es conocedora De la organización básica del carro parada
80% plantilla tiene claro como iniciar RCP BASICA
100% plantilla conoce circuito HI PCR

DURACIÓN

Inicio del proyecto mayo 2019 y paso de la primera encuesta pre formación.

Primera evaluación noviembre 2019, con la plantilla ya formada y entrenada.

Evaluación de la totalidad del personal en marzo 2020.

Valoración de nuevo ciclo formativo, o revisión sistemática según indicadores en marzo de 2020.

OBSERVACIONES

Actualmente solicitado DEA en plan de necesidades

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1422

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACIÓN CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACIÓN DE CARRO DE PARADA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1431

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO ATENCIÓN ENFERMERA AL NIÑO CON DIABETES HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ESTHER MONGE FERRER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CIVITANI MONZON ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades programadas para la difusión del protocolo pretenden consolidar la mejora de la atención que reciben los pacientes con diabetes tipo 1 pediátricos y sus familias, disminuyendo la variabilidad en su atención integral y basado en la evidencia científica más actual
Finalmente, se decidió organizar una única sesión formativa durante la unificación de verano del personal de las Unidades de Cuidados de Pediatría A y B, ya que surgieron diversos problemas organizativos y de personal los meses previos al periodo estival, tal y como se planteó en un principio (la unidad se quedó con una pediatra menos, y una de las dos enfermeras estuvo de baja durante un largo periodo, por lo que la Unidad estuvo con la mitad de su personal y la misma carga de trabajo durante todo ese periodo)
La sesión tuvo lugar el 10 de septiembre en horario de 14 a 15h (para favorecer la asistencia del personal de mañanas y de tardes) en el Aula de la 1ª planta del hospital infantil. No fue necesaria inscripción previa
Se ofertó al personal de enfermería y TCAEs de las Unidades de Cuidados de Pediatría A y B, y se decidió ampliarlo a otras Unidades como infecciosos, urgencias o UCI ya que surgió un elevado interés al empezar a publicitarlo
Los responsables de publicitar la sesión, fueron los supervisores de las Unidades que suelen tener trato directo con los niños con diabetes mellitus tipo 1. La difusión la realizaron de forma verbal a su personal y mediante cartelería en sus unidades.
Se utilizó el formato de sesión clínica de breve duración, por ser uno de los métodos de educación médica más utilizado. Su metodología permite proporcionar conocimientos, compartir experiencias y discusión de ventajas e inconvenientes.
La sesión clínica fue preparada e impartida por una de las enfermeras educadoras de la Unidad de Diabetes Pediátrica. Basada en las principales Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes y manuales de procedimientos basados en evidencia científica
Como recursos materiales, fue necesario un ordenador con proyector para la presentación del Powerpoint preparado expresamente para dicha sesión.
Asistieron 35 personas entre enfermeras y TCAEs de las distintas Unidades de Cuidados (de ellas, 20 eran de las Unidades de Cuidados Pediátricos A y B).
Se dieron a conocer los procedimientos necesarios durante la hospitalización del niño con diabetes tipo 1 en el que intervienen tanto enfermeras como TCAEs:
-somatometría, pruebas complementarias (análisis de sangre, rayos X, revisión oftalmológica,...) controles de glucemia protocolizados, administración de insulinas según pauta en función de la edad del niño y alimentos permitidos en raciones medidas.
Tuvo una duración aproximada de unos 35 minutos, seguida de turno de preguntas, comentarios y exposición de situaciones concretas (10-15 minutos).
El protocolo presentado en la sesión clínica, se imprimió en formato papel, y además, se dejó en formato electrónico en el escritorio de los ordenadores del control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B.
Con el objeto de facilitar su revisión por el personal de la Unidad, que es el que mayor trato tiene con este tipo de pacientes. Se informó y mostró a todo el personal su versión en papel y electrónico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

CRITERIO	INDICADOR	EXCEPCIONES	ESTÁNDAR
Constatar el conocimiento del protocolo de las enfermeras y TCAE			Realización de 1 sesión para difusión del protocolo al personal de la Unidad de Cuidados Pediátricos B/nº enfermeras y TCAE de la unidad
x100	82% ALCANZADO		
DEL 80% ESPERADO			

Constatar el conocimiento del protocolo de las enfermeras y TCAE			Realización de 1 sesión para difusión del protocolo al personal de la Unidad de Cuidados Pediátricos A previo al periodo estival/nº enfermeras y TCAE de la unidad x100
	NO PUDO REALIZARSE POR LA AUSENCIA DE LA MITAD DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE DIABETES		75%

Constatar la existencia del protocolo en el control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B			Revisar la existencia del protocolo en formato papel y en el escritorio de los ordenadores del control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B
		SI	

La fuente para la obtención de datos fue por un lado, el número de asistentes a la sesión clínica al finalizar ésta, controlado por la supervisora de la Unidad de Cuidados Pediátricos B. Y por otro lado, constatación de la existencia del protocolo en su formato papel y electrónico en los lugares establecidos, también realizado por la supervisora de la Unidad de Cuidados Pediátricos B.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1431

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO ATENCIÓN ENFERMERA AL NIÑO CON DIABETES HOSPITALIZADO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sesión clínica fue una experiencia muy positiva, tanto por la implicación de la Unidad de diabetes, como por la satisfacción mostrada por los asistentes.

Este tipo de sesiones son útiles para mejorar y actualizar los conocimientos de los profesionales. Existe todavía, necesidad de mayor motivación por parte del personal para asistir a este tipo de sesiones, que son fuera de su horario de trabajo y tan necesarias para la seguridad en el desarrollo de su trabajo diario.

Debido a la gran rotación y movilidad de personal en las Unidades, es necesario repetir esta sesión de forma periódica, ya que el nuevo personal tiene muchas dudas con este tipo de pacientes, el cual tiene una elevada incidencia de ingreso por su condición de patología crónica y de inicio no previsible.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1431 ===== ***

Nº de registro: 1431

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO ATENCION ENFERMERA AL NIÑO CON DIABETES HOSPITALIZADO

Autores:
RUBIO ABELLA MARIA ROSARIO, CIVITANI MONZON ELISA, MONGE FERRER ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabetes mellitus constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial por su alta prevalencia, la morbi-mortalidad asociada y los altos costes derivados de ella. Es un importante problema de Salud Pública que se prevé vaya en aumento en los próximos años, en nuestra unidad atendemos anualmente una media de 30 casos nuevos. Esta situación demanda nuevos modelos de atención a la cronicidad, requiere diagnósticos cada vez más precoces, atención continuada, educación terapéutica para su autogestión, prevención de complicaciones agudas y crónicas asociadas.
Un mejor grado de asistencia sanitaria no aumenta el costo, ya que con un nivel adecuado de educación se consiguen pacientes con una evolución más estable y menores complicaciones.
La atención clínica de la diabetes, debe seguir unos criterios costo-efectivos, para ello es necesario implantar y adaptar la gestión del proceso de atención a la diabetes quedando claras las competencias de cada profesional. Hay que favorecer la organización de un modelo de cuidados compartidos con una visión integradora de niveles y recursos, dando continuidad asistencial y estableciendo protocolos de actuación. Debido a los numerosos cambios que se producen entre el personal de enfermería, y las consecuencias que tiene sobre la atención a los niños con diabetes, es necesario difundir lo máximo posible este protocolo para unificar pautas de actuación. El propósito de este protocolo es garantizar que todos los pacientes tengan acceso en las mismas condiciones a las actuaciones y procedimientos para la mejora de su salud y calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
Este protocolo pretende ser un instrumento para consolidar la mejora de la atención que reciben los pacientes con diabetes tipo 1 pediátricos y sus familias, disminuyendo la variabilidad en su atención integral y basado en la evidencia científica más actual

Población diana:

Personal sanitario de enfermería y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería que atienden a niños con diabetes tipo 1 hospitalizados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1431

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO ATENCIÓN ENFERMERA AL NIÑO CON DIABETES HOSPITALIZADO

MÉTODO

Difusión del protocolo mediante sesión formativa presencial al personal de enfermería y TCAE.

En dicha sesión presentada por las enfermeras educadoras de la Unidad de diabetes pediátrica, se dará a conocer los procedimientos necesarios durante la hospitalización del niño con diabetes tipo 1:
-somatometría, pruebas complementarias, controles de glucemia, administración de insulinas y alimentos permitidos en raciones medidas

Se realizará una sesión formativa de unos 45 minutos de duración dirigida a las enfermeras y TACE de la Unidad de Cuidados Pediátricos B, abierto a personal interesado de otras unidades.

Se realizará otra sesión formativa de unos 45 minutos de duración previo al periodo estival, dirigido especialmente al personal de la Unidad de Cuidados Pediátricos A y de nueva incorporación.

Posteriormente a su difusión, se dejará copia en formato papel y en el escritorio de los ordenadores del control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B

INDICADORES

CRITERIO	INDICADOR	EXCEPCIONES	ESTÁNDAR
-Constatar el conocimiento del protocolo de las enfermeras y TCAE del protocolo al personal de la Unidad de Cuidados Pediátricos B/nºenfermeras y TCAE de la unidad			Realización de 1 sesión para difusión del protocolo
x100	80%		
-Constatar el conocimiento del protocolo de las enfermeras y TCAE del protocolo al personal de la Unidad de Cuidados Pediátricos A previo al periodo estival/nº enfermeras y TCAE de la unidad			Realización de 1 sesión para difusión del protocolo
x100	75%		
-Constatar la existencia del protocolo en el control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B			
Revisar la existencia del protocolo en formato papel y en el escritorio de los ordenadores del control de enfermería de la Unidad de Cuidados Pediátricos B			SI/NO

DURACIÓN

Elaboración del protocolo durante 2018.

Realización de las sesiones formativas durante 2019, una antes del periodo estival

Revisión de los indicadores: diciembre de 2019, y reformulación de los objetivos e indicadores si precisa

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0915

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ACTUACION FORMATIVA DEL COLECTIVO DE CELADORES MEDIANTE DETECCION DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DESARROLLO DE PROYECTO

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE JESUS MARTIN PEREZ
· Profesión PERSONAL SUBALTERNO
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PERSONAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUNTADAS PEIRO ENRIQUE
HEREDERO MARTA BELEN
CHAPARRO CHAPARRO MARIA JOSEFA
QUILEZ LIZARRALDE ASUNCION
MILLAN EMBARBA NOEMI
VELASCO FREJA JOAQUIN AURELIO
GRACIA ZARAZAGA MARIA DEL PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El periodo de esta actuación fué de 14 meses, desde octubre de 2016 a diciembre de 2017.

Se remitieron 470 encuestas de detección de necesidades formativas a todos los celadores de HUMS, de las cuales se recibieron 353.

Durante el mes de diciembre de 2016, se mecanizaron los datos para su posterior análisis y búsqueda de resultados.

Una vez obtenidos estos resultados se realizó un documento con propuesta de acciones formativas solicitadas por los celadores y detectadas mediante el procedimiento de encuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sobre las propuestas realizadas en materia de formación, se desarrolla formación con nuestros propios medios en los siguientes materias:

Movilización de pacientes.
Resolución de conflictos.
Comunicación con profesionales.
Comunicación con usuarios y colectivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que a pesar del esfuerzo realizado en materia de formación específica y destinada a celadores quedan un gran camino por recorrer.

De las materias detectadas y que puede interesar al colectivo de celadores, tan solo algunas de ellas se han podido realizar, siendo mayor el número de acciones que no se han realizado.

7. OBSERVACIONES.

Proponemos que se realice una mayor oferta formativa destinada al colectivo de celadores y que esta se realice de manera que se tenga en cuenta la opinión y necesidades manifestadas por el colectivo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/915 ===== ***

Nº de registro: 0915

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ACTUACION FORMATIVA DEL COLECTIVO DE CELADORES MEDIANTE DETECCION DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DESARROLLO DE PROYECTO

Autores:
MARTIN PEREZ JESUS ALBERTO, MUNTADAS PEIRO ENRIQUETA, HEREDERO MARTA BELEN, CHAPARRO CHAPARRO MARIA JOSEFA, QUILEZ LIZARRALDE ASUNCION, MILLAN EMBARBA NOEMI, VELASCO FREJA JOAQUIN AURELIO, GRACIA ZARAZAGA MARIA DEL PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0915

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ACTUACION FORMATIVA DEL COLECTIVO DE CELADORES MEDIANTE DETECCION DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DESARROLLO DE PROYECTO

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.:

PROBLEMA
Se ha observado que la formación destinada al colectivo de celadores se centra básicamente en proyectos formativos destinados a mejorar la movilización de pacientes y evitar lesiones en los componentes de este colectivo profesional. Sin embargo, últimamente estamos detectando que va en aumento la demanda de otro tipo de acciones formativas que complementen a las anteriormente citadas. Cabe destacar entre otras, trato con el paciente, calidad en la atención, confidencialidad, idiomas, informática entre otros.

RESULTADOS ESPERADOS
Complementar la formación que los celadores están recibiendo hasta la fecha con nuevos proyectos formativos adecuados a las demandas y necesidades actuales.

MÉTODO
En primer lugar se pasará una encuesta de necesidades de acciones formativas a todo el colectivo de celadores del HUMS con el objetivo de conocer realmente que acciones formativas y con qué formato son más demandadas. Una vez conocidas estas, se preparará un proyecto de desarrollo de acciones formativas para presentar a los responsables de formación del área II con el objeto de llevar a la práctica dicha formación.

INDICADORES
En primer lugar, encuesta de detección de necesidades formativas del colectivo de celadores del HUMS. Posteriormente y en base a los datos revelados por la encuesta, preparar un proyecto con propuesta de acciones formativas destinadas a este colectivo.
En caso de ser aprobado, seguimiento de las acciones comprobando que se ajustan a lo solicitado.
En último lugar, encuesta de satisfacción e informe de los resultados obtenidos.

Porcentaje de respuesta a la encuesta de necesidades.
Número de acciones formativas desarrolladas a lo largo del año.
Porcentaje de acciones formativas que se corresponden con las principales necesidades detectadas (5).
Porcentaje de profesionales que participan en las acciones formativas.
Porcentaje de celadores satisfechos con el programa desarrollado y realizado.
Las acciones se desarrollarán en dos cortes durante un periodo de doce meses.

DURACIÓN
El periodo estimado de duración es aproximadamente de 14 meses, desde octubre de 2016 a diciembre de 2017

Noviembre 2016:
Encuesta de detección de necesidades formativas a todos los celadores de HUMS.

Noviembre y diciembre de 2016:
Evaluación de los resultados obtenidos y elaboración del informe con las propuestas de acciones formativas detectadas.

Febrero de 2017 a diciembre de 2017:
Se impartirán aquellas acciones aprobadas y desarrolladas a tal efecto.

Junio de 2017:
Evaluación parcial del proyecto con el objetivo de detectar áreas de mejora.

Diciembre de 2017:
Evaluación final del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0948

1. TÍTULO

EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H.U. MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ADORACION MOÑITA BLANCO
· Profesión TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBA CUADRADO PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Exposición del plan de actuación.
2. Revisión de los Equipos de protección individual (EPI's) frente a Radiaciones ionizantes disponibles en la Sección de Hemodinámica: estado (inspección visual), número, nominales y no nominales.
3. Detección de incidencias.
4. Propuesta de revisión del estado de los mismos por escopia: pendiente (Sv° Física y Protección radiológica).
5. Establecimiento de los requisitos para la adquisición de nuevos EPI's.
6. Criterios de adjudicación al usuario. Entrega "responsable".
NOTA: el cumplimiento de los plazos indicados no ha sido posible en su totalidad (por cuestiones ya expuestas en la memoria).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Conocimiento del número de EPI's existentes en la Sección. (Indicador 1) y de su estado por inspección visual.
2. Puesta en marcha de la tramitación para la inspección por escopia de los EPI's existentes. Pendiente de la aprobación por la Dirección correspondiente.
3. Puesta en marcha para la optimización de la gestión de los EPI's tras la adquisición.
3. Implicación del personal de la Sección.

NOTA: los indicadores 2 y 3 están pendientes de obtener tras la revisión por escopia (punto 2 anterior).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La propuesta de este Proyecto de Mejora de la Calidad Deriva del "Protocolo de Adquisición y Gestión de Equipos de Protección Individual para Rayos-X en Hemodinámica (ID. PROTOCOLO Z2-486-16)".

Dicho proyecto ha sido muy bien recibido por todos los componentes de la Sección quienes se han implicado en la consecución de los objetivos.
Todos ellos están muy interesados en conocer el estado actual de los EPI's que utilizan (Indicador nº 1).

Es muy importante, una vez que se conozca el estado real de los mismos (por escopia), determinar cuáles y cuántos se van a adquirir en su caso (Indicador nº 2), cumpliendo los requisitos recogidos en el Protocolo citado. También lo es, responsabilizar a los usuarios de los EPI's asignados del uso de sus EPI's por medio de la cumplimentación de una ficha de entrega con las características de los mismos e instrucciones de conservación y limpieza ("Entrega responsable"). Esto revertirá en asegurar la protección radiológica del trabajador (además de la protección colectiva del riesgo por radiaciones) ya que cada uno es responsable de sus EPI's (uso, limpieza y conservación) así como a prolongar la vida media de uso de los equipos lo que incidirá, secundariamente, en una reducción del gasto.

Por tanto, y como se indica en la primera página del Proyecto, requiere continuidad para ver la trazabilidad y si hay que introducir nuevos criterios o cambiar alguno existente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/948 ===== ***

Nº de registro: 0948

Título
EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H. U. MIGUEL SERVET

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0948

1. TÍTULO

EVALUACION DESDE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: GESTIÓN DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN LA EXPOSICIÓN A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCIÓN DE HEMODINÁMICA DEL H.U. MIGUEL SERVET

MOÑITA BLANCO MARIA ADORACION, SANTOLARIA AISA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alteraciones de la salud del trabajador por radiaciones ionizantes
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)

Otro Enfoque.....: Gestión de la protección de radiaciones ionizantes para la seguridad y salud del trabajador

PROBLEMA

La Sección de Hemodinámica (Hemodinámica diagnóstica terapéutica) pertenece al Svº de Cardiología. En ella se llevan a cabo intervenciones destinadas a establecer o concretar un diagnóstico de patología cardiovascular y también a su intervención curativa o paliativa percutánea mediante técnicas basadas casi exclusivamente en catéteres.

Las técnicas que llevan a cabo precisan el uso de rayos X. Ésto supone que el profesional debe estar protegido contra las radiaciones ionizantes para lo que utilizan equipos de protección individual que deben cumplir la normativa y que son variados según la zona a proteger y también siguen un control dosimétrico.

Por ello, se establece un sistema de adquisición y gestión de estos equipos de forma sepa en todo momento los requisitos de uso y mantenimiento por parte de los profesionales, así como los pasos a seguir si es de nueva incorporación o una vez incorporado pasa a estar en situaciones especiales.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general es disponer en todo momento de unas normas, conforme a la legislación en vigor, que permitan al profesional de Hemodinámica conocer en todo momento los equipos de protección que deben de utilizar en las técnicas con rayos X, así como qué hacer ante situaciones especiales.

Objetivos específicos son los requisitos deben tener para su adquisición y uso, el mantenimiento de los mismos y su retirada si procede para su sustitución, el control de la entrega de los equipos, la información para el trabajador tanto de los equipos de protección radiológica como de la dosimetría .

Todo ello, a través de un registro documental que permitirá conocer en todo momento el estado y detectar posibles problemas o fallos.

MÉTODO

Las medidas previstas son:

- Disponer de un documento, revisable (anualmente o si se produce un cambio en la normativa) en el que:

. Figuren los requisitos de adquisición de equipos de protección contra rayos X.

. Figuren las fichas de control de los equipos: entrega e instrucciones de uso.

. Figure cómo debe portar el/los dosímetros.

- El trabajador:

. Esté informado de los pasos a seguir cuando entre en la Sección de Hemodinámica, tanto si es la primera vez, como si está en situaciones especiales (embarazo, lactancia, pérdida de dosímetros, etc.).

. Sepa en todo momento qué equipos debe usar y cómo, igual que los dosímetros.

. Sea responsable de los equipos (de protección y dosímetros) que se le entregan para su seguridad y salud.

INDICADORES

Adquisición de EPI's de protección radiológica (RX). (% de EPI's adquiridos).

Facilitador de uso de EPI's de protección radiológica (RX) (% de Registro de entrega de EPI's/nº de usuarios).

Renovación de EPI's de protección radiológica (RX) (Listado de evaluación del estado de los EPI's: integridad, higiene.Razonamiento motivado).

DURACIÓN

En el último trimestre de 2016 el grupo de trabajo analiza la situación, revisando los equipos de protección existentes y planteando la renovación en su caso y la adquisición de nuevos equipos.

En el primer trimestre de 2017 se revisan los indicadores y se actúa en consecuencia.

En el segundo y tercer trimestre se comprueba el funcionamiento de este sistema de gestión y se evalúa.

En Octubre de 2.017 se llevará a cabo la revisión correspondiente.

OBSERVACIONES

Se procederá a una revisión anterior a la fecha prevista si se produce algún cambio en la normativa legal o bien hay circunstancias que la conllevan.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 1 Nada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0948

1. TÍTULO

EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H.U. MIGUEL SERVET

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1433

1. TÍTULO

RIESGO CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE IGNACIO EZPELETA ASCASO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCÉS FUERTES PAULA
DUEÑAS JOLLARD SANDRA
TERREN MARCO NOELIA
IGUACEL ACIN MARIA TERESA
CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE
GIL NAVARRO SABRINA
LATORRE MOSTEO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- REUNIÓN DEL ÁREA SANITARIA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO, RECURSOS A UTILIZAR Y MATERIAL DE SOPORTE. JUNIO 2017.
- ELABORACIÓN DE UNA PRESENTACIÓN POWER POINT CON LOS OBJETIVOS, INSTRUCCIONES DEL PROYECTO. DICHA PRESENTACIÓN SE PONE A DISPOSICIÓN PARA CONSULTA EN DISCO INFORMÁTICO COMÚN DE LA UNIDAD, PARA EL ACCESO EN CUALQUIER MOMENTO DE TODOS LOS COMPONENTES DEL GRUPO.
- CON FECHA 01/06/2017 INICIO D EL PROGRAMA, REGISTRO DEL VALOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE ACUERDO CON LA ECUACIÓN DE REGICOR, ENTREGA DE INFORME PERSONALIZADO CON MOTIVO DELA VIGILANCIA INDIVIDUAL DE LA SALUD. ESTA ACTIVIDAD CONTINUA EN LA ACTUALIDAD
- DENTRO D EL PROGRAMA DE SESIONES CLÍNICAS DE LA UNIDAD BASICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR ZARAGOZA 2, SESIÓN CLÍNICA DE ACTUALIZACIÓN SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR CON EL CONTENIDO: INTRODUCCIÓN, RIESGO CARDIOVASCULAR/CORONARIO, FACTORES DE RIESGO ECUACIONES /TABLAS DE RIESGO, UMBRAL DE RIESGO, PROYECTO DE CALIDAD. 17/0172018.

-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE HAN CAPTADO 124 CASOS. POR GENERO LA DISTRIBUCIÓN ES 96 MUJERES Y 28 HOMBRES. POR CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO D E ACUERDO CON LA ECUACIÓN REGICOR LOS RESULTADOS SON: RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO <5% 104 CASOS, RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIO (5-10%) 18 CASOS, RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO(8>10%) 2 CASOS.LAS PUNTUACIONES MÁS ALTAS SE CONCENTRAN EN PERSONAS QU ESTÁN EN AL SEXTA Y SÉPTIMA DÉCADA DE LA VIDA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

SI BIEN LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES HAN DISMINUIDO SU PESO COMO CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBALCIÓN ADULTA, EN EL ÁMBITO LABORAL SON LA SEGUNDA CAUSA DE MORTALIDAD DE ACUERDO CON LAS ESTADÍSTICAS DEL ISSIA(INSTITUTO ARAGONÉS DE SALUD LABORAL).
PROCEDE CONTINUAR CON EL PROYECTO CPMP MEDIDAD DE PROMOCIÓN D EL SALUD EN EL ÁMBITO DE VIGILANCIA DE LA SALUD INDIVIDUAL Y REEVALUAR AL AÑO DEL INICIO DEL PROYECTO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1433 ===== ***

Nº de registro: 1433

Título
RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores:
EZPELETA ASCASO IGNACIO, FUERTES GARCÉS PAULA, DUEÑAS JOLLARD SANDRA, TERREN MARCO NOELIA, CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE, IGUACEL ACIN TERESA, LATORRE MOSTEO MARIA CARMEN, CATALAN SANCHEZ CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1433

1. TÍTULO

RIESGO CARDIOVASCULAR

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Aragón en el año 2016, de acuerdo con las estadísticas del ISSLA (Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral), los accidentes de trabajo por infartos, derrames cerebrales y otras causas no traumáticas son la primera causa de accidente grave (23,75%) y la primera causa de accidente mortal (43,48%).

En el ámbito de actuación poblacional de la unidad básica de prevención de riesgos laborales, en el marco de la vigilancia individual de la salud, tenemos la oportunidad de detectar las personas con riesgo de padecer enfermedad cardiovascular. La accesibilidad de la unidad básica facilita las tareas de promoción de la salud y educación para la salud. Surge la necesidad de establecer de forma sistemática directrices y/o consejo breve orientados al trabajador para que conozca su riesgo cardiovascular.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el riesgo cardiovascular de los trabajadores del Sector Zaragoza II durante el segundo semestre del año 2017.
- Adecuar el consejo preventivo de forma individualizada en los informes de vigilancia de la salud.
Población diana: Trabajadores del ámbito de actuación de la unidad mayores de 35 años del Sector Zaragoza II que acudan a vigilancia de la salud individual.

MÉTODO

Promoción de salud: Incorporación del cálculo de riesgo cardiovascular con la tablas validada REGICOR en la vigilancia de salud individual.

ACTIVIDADES

- Establecer pautas de actuación comunes en las cuatro unidades básicas sanitarias.
- Crear una hoja de cálculo excel para la recogida de variables que influyen en el riesgo cardiovascular.
- Sesión de actualización de riesgo cardiovascular.
- De forma continua, con motivo de vigilancia de la salud individual registro de variables.
- Entrega de informe individual de riesgo cardiovascular al trabajador (REGICOR).

INDICADORES

- Cálculo de las categorías de riesgo cardiovascular (bajo, moderado, alto, muy alto) definidas por la tablas REGICOR.
- Cumplimentación y registro en la historia clínica del trabajador.

DURACIÓN

- Sesión par astablecer pautas de actuación comunes en las cuatro unidades básicas sanitarias, actualización de riesgo cardiovascular 2017.
- Crear una hoja de cálculo excel para la recogida de variables que influyen en el riesgo cardiovascular...Junio 2017.
- Sesión de presentación d resultados del proyecto enero 2018.
- De forma continua, con motivo de vigilancia de la salud individual registro de variables...Segundo semestre 2017.
- Entrega de informe individual de riesgo cardiovascular al trabajador (REGICOR)...segundo semestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1410

1. TÍTULO

PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE MATILDE CAMPO SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

IGUACEL ACIN MAITE
GARCES FUERTES PAULA
TERREN MARCO NOELIA
GIL NAVARRO SABRINA
EZPELETA ASCASO IGNACIO
LATORRE MOSTEO CARMEN
SIMON CLEMENTE SALOME

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza el programa de reuniones formativas de los componentes del grupo de trabajo el 20.06.2018. Consensuar las actuaciones para ofrecer la realización del test a todos los trabajadores que acudan a La Unidad Basica de Prevención de Riesgos Laborales.
Se Realizar los impresos de los test de Cage.

El personal de enfermería explica al trabajador la realización del test, según las pautas de resultado se pasaran al medico para darle la información y determinar el consumo.

Establecer y acordar la pauta de actuación Individualizada con el Servicio de drogodependencia para el seguimiento del tratamiento y apoyo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado en los primeros 6 meses del proyecto 114 test de Cage, con resultados de Cage 0, 109 trabajadores.No consumo de alcohol.
Cage 1, cuatro trabajadores.
Cage 2 un trabajador.
Cage 3 ningun trabajador.
Cage 4 ningun trabajador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El consumo de alcohol es un riesgo para el trabajador y para terceras personas, por ello es imprescindible detectar este consumo antes que aparezcan repercusiones adversas.
La mayor parte de los problemas relacionados con el consumo de alcohol se centra en bebedores ligeros o moderados. Creemos que se esta ocultando informacion acerca de la ingesta real de alcohol
El cribado del consumo de alcohol debe realizarse como minimo cada dos años en toda persona de mas de 14 años, a pesar que la prevalencia del consumo de alcohol en la población trabajadora supera la propia población general, nos planteamos que no es adecuado el test de cage en esta UBPR, para detectar bebedores ligeros o moderados por la creencia del trabajador en la repercusion de su trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1410 ===== ***

Nº de registro: 1410

Título
PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

Autores:
CAMPO SANZ MATILDE, IGUACEL ACIN MARIA TERESA, GARCES FUERTES PAULA, TERREN MARCO NOELIA, GIL NAVARRO SABRINA, EZPELETA ASCASO IGNACIO, LATORRE MOSTEO CARMEN, SIMON CLEMENTE SALOME

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1410

1. TÍTULO

PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El objetivo de la UBPRL es velar por la seguridad y la salud individual y colectiva de los trabajadores.

El consumo de alcohol es un riesgo para el trabajador y para terceras personas, por ello es imprescindible detectar este consumo antes que aparezcan repercusiones adversas. La mayor parte de los problemas relacionados con el consumo de alcohol se centra en bebedores ligeros o moderados. Según las últimas encuestas nacionales de salud la prevalencia del consumo de alcohol en la población trabajadora supera la propia población general.

Según la recomendación de la PAPPS (2016) (programa de actividades preventivas y promoción de la salud). El cribado del consumo de alcohol debe realizarse como mínimo cada dos años en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Detectar trabajadores con consumo abusivo del alcohol.
- 2- Consensuar implicaciones prácticas, tanto preventivas como terapéuticas para reducir el consumo abusivo de alcohol en los trabajadores del Sector sanitario Zaragoza II.

MÉTODO

Ofrecer la realización del test a todos los trabajadores que acudan a La Unidad Básica de Prevención de riesgos Laborales.

Establecer un programa de reuniones formativas de los componentes del grupo de trabajo. (20.06.2018)

Consensuar las actuaciones

Realizar los impresos de los test de Cage.

El personal de enfermería explica al trabajador la realización del test, según las pautas de resultado se pasaran al médico para darle la información y determinar el consumo.

Establecer y acordar la pauta de actuación individualizada con el Servicio de drogodependencia para el seguimiento del tratamiento y apoyo.

INDICADORES

Nº de screening en el abuso de alcohol realizados / número de reconocimientos realizados .

Nº de screening positivos / nº de screening realizados.

DURACIÓN

Se realizara una evaluación y un nuevo reajuste del proyecto ante cualquier deficiencia detectada.

Se Planificara una pre evaluación a los 6 meses del inicio.y al final del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0744

1. TÍTULO

DETECCION Y NOTIFICACION PRECOZ DE EMBARAZADAS CON SEROLOGIA NEGATIVA FRENTE A PARVOVIRUS B19 Y/O CITOMEGALOVIRUS QUE TRABAJAN EN SERVICIOS DE RIESGO DEL SECTOR II ZARAGOZA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PAULA GARCES FUERTES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AISA ALASTUEY CONCEPCION
CAMPO SANZ MATILDE
EZPELETA ASCASO IGNACIO
GIL NAVARRO SABRINA
IGUACEL ACIN MARIA TERESA
LATORRE MOSTEO CARMEN
TERREN MARCO NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de marzo de 2019 se amplió el registro del número de variables en la base de datos excell de embarazadas y se realizó una reunión interdisciplinaria sobre el proyecto.

En abril del 2019 comenzó el proyecto de mejora y de forma continuada se han ido realizando las siguientes actividades:

- Citación preferente (<=5 hábiles) a embarazadas desde el conocimiento de demanda por motivo de embarazo.
- Valoración del riesgo biológico frente a parvovirus B19 y/o citomegalovirus según el puesto de trabajo y, si ha procedido, extracción de serología en primera consulta sanitaria. Tras ello, acceso diario a la historia clínica electrónica de la trabajadora para detectar lo antes posible el resultado y su registro: negativo /positivo.
- Notificación temprana a dirección correspondiente (<=48 horas hábiles) cuando se ha determinado la existencia de riesgo por serología negativa a dichos agentes biológicos y registro.
- Registro de resolución del proceso: Cambio de puesto / Derivación a mutua.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tanto la reunión del equipo multidisciplinar sobre el proyecto, como la ampliación y registro de las variables en la base de datos de embarazadas se ha llevado a cabo, sin incidencias.

Durante el período comprendido de abril a diciembre del año 2019 han sido atendidas un total de 152 embarazadas, de las cuales un 50.66% (n:77) trabajan en servicios de riesgo a agentes biológicos parvovirus o citomegalovirus (Atención Primaria, Pediatría, Urgencias, Neumología, Medicina Interna, Unidad de Trasplantes y UCI).

La media de edad de embarazadas en estos servicios de riesgo es 34,3 años. En relación a la categoría profesional, se ha observado que la mayoría son enfermeras (54,55%), 18,18% facultativos de medicina, 18,18 % técnicos cuidados auxiliares de enfermería y un 9,1% son celadoras, residentes de medicina y matronas.

En todos estos casos, desde que la embarazada se ha puesto en contacto con la Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales para comunicar su situación, se ha ofertado la citación de forma preferente =5 días, observando que una trabajadora retrasó la consulta a petición propia por motivo vacacional.

Se solicitó serología de parvovirus y/o citomegalovirus a las 77 embarazadas que trabajaban en servicios de riesgo, obteniendo un 50% (n:39) de resultados IgG negativo. El resultado negativo a ambas serologías se observó en un 35,90% (n:14) y, de forma individual, a parvovirus un 43,59% (n:17) y a citomegalovirus 20,51% (n:8). Cabe resaltar que, en el momento de observar el resultado negativo, cuatro trabajadoras se encontraban en situación de incapacidad temporal por enfermedad común y continuaron hasta el final de la gestación, por lo cual al estar exentas del riesgo al agente biológico no se realizó la comunicación del riesgo a la dirección correspondiente.

En los 35 embarazadas restantes, la notificación a la dirección en un plazo = 48 hábiles, se llevó a cabo en un 97,14% (n:34), excepto en un caso donde el tiempo se prolongó, justo coincidiendo con el inicio del proyecto de mejora.

Finalmente, se cambió de puesto por este riesgo a un 14,29% de las embarazadas (n:5), mientras que a un 85,71% (n:30), tras notificar la dirección que no existan puestos vacantes para cambio o adaptación, se derivó al servicio de Personal y mutua MAZ para iniciar la prestación de riesgo por embarazo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0744

1. TÍTULO

DETECCION Y NOTIFICACION PRECOZ DE EMBARAZADAS CON SEROLOGIA NEGATIVA FRENTE A PARVOVIRUS B19 Y/O CITOMEGALOVIRUS QUE TRABAJEN EN SERVICIOS DE RIESGO DEL SECTOR II ZARAGOZA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A partir de la reciente revisión de la "Guía de Ayuda para la valoración del riesgo laboral durante el embarazo" donde determinan la existencia de riesgo a parvovirus y/o citomegalovirus en trabajadoras no inmunizadas y que presten asistencia en servicios sanitarios considerados de riesgo, llevó al equipo de mejora a determinar un sistema de detección y notificación precoz en caso de serología negativa a dichos agentes. Desde el comienzo, la herramienta de registro y el sistema de seguimiento resultó útil y práctico.

Respecto a la cuantificación de días de demora para primera visita en consulta, hubieramos preferido un registro por parte del mismo programa informático de citación, ya que su ausencia nos llevó a preguntar directamente a la trabajadora si su cita había sido dado en un tiempo inferior o igual a cinco días.

Desde la Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales, se va a continuar con este proyecto de mejora, ya que ha sido valorado positivamente por los profesionales en cuanto a utilidad, facilidad de seguimiento de la embarazada y alcance de medidas preventivas. La detección temprana ha permitido disminuir el tiempo de exposición al riesgo y, por consiguiente, la probabilidad de que la trabajadora pudiera contraer una infección y transmitirse al feto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/744 ===== ***

Nº de registro: 0744

Título
DETECCION Y NOTIFICACION PRECOZ DE EMBARAZADAS CON SEROLOGIA NEGATIVA FRENTE A PARVOVIRUS B19 Y/O CITOMEGALOVIRUS QUE TRABAJEN EN SERVICIOS DE RIESGO DEL SECTOR II ZARAGOZA

Autores:
GARCES FUERTES PAULA, AISA ALASTUEY CONCEPCION, CAMPO SANZ MATILDE, EZPELETA ASCASO IGNACIO, GIL NAVARRO SABRINA, IGUACEL ACIN MARIA TERESA, LATORRE MOSTEO CARMEN, TERREN MARCO NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Determinar las condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto y adoptar las medidas necesarias para evitar la exposición a riesgos específicos es uno de los objetivos del artículo 26 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, así como del RD 664/1997.
En la última revisión de la "Guía de Ayuda para la valoración del riesgo laboral durante el embarazo" se ha contemplado el riesgo biológico frente a parvovirus B19 y citomegalovirus en determinadas trabajadoras de centros sanitarios, por ello se hace necesario conocer la situación actual de embarazadas en el Sector Zaragoza II (según aquellos servicios considerados de riesgo) y, ante la existencia de riesgo laboral por serología negativa a dichos agentes biológicos, éste se elimine en el menor tiempo posible.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer la proporción de trabajadoras embarazadas que desarrollen su actividad en servicios de riesgo: Atención Primaria, Pediatría, Urgencias, Neumología, Medicina Interna, Unidad de Trasplantes y UCI.
- Estimar la prevalencia de serología negativa a parvovirus B19 y/o citomegalovirus en embarazadas que desarrollan su actividad en servicios de riesgo y, conocer cuántas son cambiadas de puesto de trabajo por

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0744

1. TÍTULO

DETECCION Y NOTIFICACION PRECOZ DE EMBARAZADAS CON SEROLOGIA NEGATIVA FRENTE A PARVOVIRUS B19 Y/O CITOMEGALOVIRUS QUE TRABAJAN EN SERVICIOS DE RIESGO DEL SECTOR II ZARAGOZA

dicho motivo.

- Determinar tiempos de detección y notificación del riesgo biológico frente a parvovirus B19 y/o citomegalovirus por evidencia de serología negativa en embarazadas que desarrollan su actividad en servicios de riesgo.

MÉTODO

- Ampliación de registro de variables en la base de datos de embarazadas.
- Citación preferente (≤ 5 hábiles) a embarazadas desde el conocimiento de demanda por motivo de embarazo.
- Valoración del riesgo biológico frente a parvovirus B19 y/o citomegalovirus según el puesto de trabajo y, si procede, extracción de serología en primera consulta sanitaria. Registro del resultado de serología: negativo / positivo.
- Notificación temprana a dirección correspondiente (≤ 48 horas hábiles) cuando se determine existencia de riesgo por serología negativa a dichos agentes biológicos y registro.
- Registro de resolución del proceso: Cambio de puesto / Derivación a mutua.

INDICADORES

- Realización de proporciones y prevalencias de la situación actual; (SI / NO); 100%
- Porcentaje de registros completados sobre resultados de serologías y del proceso; (nº registros completados / total embarazadas en servicios de riesgo*100); $\geq 95\%$
- Porcentaje de embarazadas que trabajan en servicios de riesgo con citación ≤ 5 días; (nº embarazadas con citación ≤ 5 días / total embarazadas en servicio de riesgo*100); $\geq 90\%$
- Porcentaje de notificaciones a dirección correspondiente en ≤ 48 horas hábiles por riesgo biológico frente a parvovirus B19 y/o citomegalovirus; (nº notificaciones en ≤ 48 horas hábiles / total embarazadas con serología negativa*100); $\geq 90\%$.

DURACIÓN

- Reunión del equipo multidisciplinar sobre seguimiento y registro: marzo 2019.
- Ampliación de registros en base de datos de embarazadas: marzo 2019
- Fecha de comienzo recogida de datos: 1 abril 2019.
- Fecha de finalización del proyecto: 31 diciembre 2019.
- Análisis y evaluación de los resultados: Enero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0285

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DEL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO (PIT)

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE YOLANDA DE JUAN LADRON
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ POZA ALFONSO
SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA
SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES
RODRIGUEZ GUINLA MARIA JOSE
SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realización del documento propuesto (PIT).
- Realización del protocolo de actuación que incluya el momento de aplicación, posterior revisión, referentes de caso y posible revisión si procede en relación a la consecución de objetivos terapéuticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Hemos implementado ya la realización de dicho protocolo (documento mejorado), mediante la elaboración de un plan individual de tratamiento (PIT) en reuniones multidisciplinares de equipo por cada paciente que ingresa en nuestro recurso (Hospital de Día de Psiquiatría), posterior revisión de la misma a mitad de proceso terapéutico y revisión de consecución de objetivos terapéuticos en la semana del alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Si que hemos realizado el documento propuesto (PIT)
- Si que hemos realizado el protocolo de actuación que incluya momento de aplicación, revisión, referente del caso...etc
- Más del 90% de los pacientes que ingresan en nuestro recurso tienen el PIT realizado durante su primera semana de ingreso.
- Más del 85% de los pacientes tienen su PIT revisado en la semana previa a ser dados de alta.
Nuestro proyecto requiere la programación de espacios temporales específicos semanales para la adecuada cumplimentación del mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/285 ===== ***

Nº de registro: 0285

Título
MEJORA DEL PROCESO DEL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO (PIT)

Autores:
DE JUAN LADRON YOLANDA, PEREZ POZA ALFONSO, SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA, RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES, RODRIGUEZ GUINLA MARIA JOSE, SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....: Nos basamos en la metodología de trabajo en equipo con un enfoque multidisciplinar que favorezca el abordaje integral del paciente desde los distintos campos profesionales (Psiquiatría, Psicología Clínica, Terapia Ocupacional, Enfermería y Trabajo social).

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0285

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DEL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO (PIT)

El programa individual de tratamiento es el proyecto elemental en el que trabajar de manera individualizada según las necesidades de cada paciente por lo que es imprescindible que el equipo se plantee cuales son las necesidades, capacidades y habilidades de la persona para poder plantear un plan propio para cada individuo. De él tiene que salir los objetivos a conseguir, las técnicas a emplear y la metodología que utilizar. La elaboración del PIT da eficacia y eficiencia al tratamiento Psicosocial. Los recursos de los que se disponen se pueden optimizar de mejor manera y favorecer la calidad de vida de la persona implicada.

RESULTADOS ESPERADOS

Se realizara un PIT en que quede reflejado datos como:

- 1.- Responsable del caso.
- 2.- Reflejar las necesidades detectadas y, en función de las mismas, las intervenciones que el equipo multidisciplinar tendrá que implementar.
- 3.- Quedara reflejado cuando se realizara la reunión para elaborar el PIT.
- 4.- Se elaborara un documento claro que refleje las necesidades, problemas del usuario y los objetivos de tratamiento.

MÉTODO

Para llevar a cabo el programa propuesto nos planteamos dedicar un tiempo semanal (aproximadamente 1 hora) durante las reuniones de equipo que dedicaremos a la elaboración conjunta del documento (PIT), protocolización y posterior implementación del mismo.

INDICADORES

- Realización del documento propuesto (PIT)
- Realización del protocolo de actuación que incluya el momento de aplicación y posterior revisión si procede.
- Nos proponemos una tasa del 95% de pacientes atendidos en nuestro recurso con el PIT realizado.
- Nos proponemos que el 90% de los pacientes atendidos en nuestro recurso tengan su PIT cumplimentado durante su primera semana de ingreso en Hospital de Día.
- Nos proponemos que el 85% de los pacientes atendidos en nuestro recurso tengan su PIT revisado en la semana previa a ser dados de alta de Hospital de Día.

DURACIÓN

- Elaboración del documento de trabajo (PIT) en reuniones de equipo (noviembre-diciembre 2016)
- Posteriormente protocolizaremos aspectos como el momento idóneo de cumplimentar el documento, personas encargadas de intervenir (referentes de caso) y posibles revisiones si procede en relación a la consecución de objetivos terapéuticos marcados para cada caso individual (enero-marzo 2017)
- Implementación del plan propuesto (abril-septiembre 2017)
- Valoración de la aplicación del PIT, extraer datos de los indicadores planteados (octubre 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0497

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE BARBARA MORER BAMBA
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RUBIO MARIA JOSE
FERRANDEZ CORTES JAIME
PASCUAL GARCIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una psicoterapia grupal llevada a cabo por dos psicólogas especialistas en psicología clínica, una en el rol de terapeuta y otra como co-terapeuta. Otros profesionales participaron como observadores del grupo. El grupo estuvo compuesto por personas adultas diagnosticadas de cáncer y fue heterogéneo en cuanto a edad, tipo y estadio de cáncer. En la selección de los participantes primaron las variables psicológicas. Los criterios de exclusión fueron la psicopatología aguda, trastornos graves de personalidad, poca capacidad de insight, trastorno mental orgánico, mecanismo de negación acusado o fase terminal de la enfermedad.

El proyecto se ha podido implementar cumpliendo con el calendario previsto.

La psicoterapia grupal se inició con 13 participantes, de las cuales 9 se implicaron activamente en el grupo y respondieron a los cuestionarios pre y post tratamiento. Los miembros del grupo eran mujeres diagnosticadas de cáncer de entre 29 y 68 años, con una media de edad de 46 años.

El 78% de las pacientes tiene estudios universitarios, y el 22% restante estudios medios. El 56% está casada y el 44% soltera. El 78% tiene un diagnóstico de cáncer de mama, mientras que el 22% tiene un diagnóstico de cáncer de colon.

Hubo una tasa de abandono del 33%, en la que se incluyen motivos médicos.

Las participantes fueron derivadas al grupo desde el programa de Psico-oncología de la Unidad de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace del Hospital Universitario Miguel Servet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizó un estudio cuasiexperimental para evaluar los resultados. Se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad Depresión (HADS), así como el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF. Las escalas se administraron antes de iniciar la intervención grupal y al finalizarla.

Los datos han sido analizados con SPSS 20. Se ha utilizado la prueba no paramétrica Wilcoxon debido al reducido tamaño de la muestra.

Respecto a la clínica de ansiedad, antes de empezar el grupo el 100% de las pacientes presentaba sintomatología ansiosa, después del tratamiento se reduce la sintomatología ansiosa en el grupo al 55%, de los cuales un 33% son casos de ansiedad y un 22% de probable ansiedad.

Respecto a la depresión, al inicio del grupo el 22% era valorado como caso de depresión, otro 22% como probable depresión y el 44% sin depresión.

Al final de la psicoterapia grupal el 56% está libre de depresión, el 11% se considera caso de depresión, y otro 11% como probable depresión.

Estos resultados nos indican que la sintomatología depresiva y ansiosa se reduce tras la psicoterapia grupal, aunque esta mejoría no resulta estadísticamente significativa. A pesa de que no podemos atribuir la mejoría clínica de forma exclusiva a la terapia grupal, resulta un tratamiento a tener en cuenta en el abordaje psicológico de estos pacientes.

Asimismo, la percepción de calidad de vida mejora tras la intervención. Un dato que resulta interesante es que el dolor correlaciona negativamente (Pearson= -1) de forma significativa (p=0,01) con el apoyo percibido, es decir, que a mayor apoyo, menor dolor, y viceversa. El apoyo percibido al final del tratamiento correlaciona positivamente de forma significativa con la calidad de vida y el sentido vital.

Otro de los objetivos de la intervención era mejorar la aceptación de la enfermedad, este aspecto se ha trabajado durante las sesiones grupales, con buenos resultados. Asimismo, la psicoterapia grupal ha sido un espacio donde las pacientes pudieron compartir su sufrimiento, sus experiencias, dar y recibir apoyo y obtener nuevos recursos de afrontamiento. Se abordaron temas tan amplios como la vivencia de la enfermedad, el miedo a la muerte, los síntomas depresivos incluidos el deseo de morir, las relaciones familiares, los modos de afrontamiento, la repercusión de la enfermedad en las relaciones sexuales, la imagen corporal, su capacidad laboral, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0497

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la intervención psicológica grupal se produjo una mejoría clínica significativa, con disminución de la clínica ansioso-depresiva así como una mejoría a nivel funcional. Sin embargo, no se hallan cambios estadísticamente significativos en las variables medidas. Las participantes manifestaron una amplia satisfacción con la terapia grupal e incluso algunas integrantes del grupo refirieron deseos de continuar la terapia y han constituido un grupo informal de apoyo. Consideramos que la psicoterapia grupal con pacientes oncológicos que presentan clínica ansioso-depresiva es una opción de tratamiento valiosa para reducir la sintomatología y el sufrimiento, así como mejorar su bienestar y calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/497 ===== ***

Nº de registro: 0497

Título
ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL

Autores:
MORER BAMBA BARBARA, GARCIA RUBIO MARIA JOSE, FERRANDEZ CORTES JAIME, PASCUAL GARCIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El diagnóstico de cáncer tiene una serie de efectos a nivel físico, psicológico, familiar y social en las personas que lo padecen. El sufrimiento psíquico de los pacientes oncológicos se traduce en ocasiones en clínica ansiosa y depresiva, principalmente, que requiere un abordaje especializado. La literatura científica y la experiencia clínica muestran que los pacientes con cáncer comparten características a nivel de reacciones emocionales, afrontamiento psicológico, personalidad y afectación en la calidad de vida. Si bien estos pacientes disponen de un tratamiento psicológico individual, pueden beneficiarse de un abordaje grupal. La psicoterapia de grupo es una modalidad de intervención cada vez más utilizada en pacientes oncológicos. El grupo por sí mismo favorece la aparición de factores terapéuticos adicionales no presentes en la terapia individual, a la vez que supone una mayor eficiencia debido al número de pacientes que se benefician de la intervención.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es promover la salud integral de paciente oncológico a través del abordaje psicológico grupal. Se pretende mejorar la aceptación de la enfermedad, disminuir la sintomatología ansioso-depresiva, disminuir la percepción de dolor, mejorar la utilización de recursos y mejorar la calidad de vida.

MÉTODO

Se realizará una psicoterapia grupal llevada a cabo por dos psicólogas especialistas en psicología clínica, una en el rol de terapeuta y otra como co-terapeuta. Otros profesionales podrán participar como observadores del grupo o colaboradores. El grupo estará compuesto por personas adultas diagnosticadas de cáncer y será heterogéneo en cuanto a sexo, edad, tipo y estadio de cáncer. En la selección de los participantes primarán las variables psicológicas. Los criterios de exclusión serán la psicopatología aguda, trastornos graves de personalidad, poca capacidad de insight, trastorno mental orgánico, mecanismo de negación acusado o fase terminal de la enfermedad.

INDICADORES

Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores de mejora:

- Mejoría de calidad de vida percibida medida con el cuestionario WHOQOL-BREF
- Disminución de la variable ansiedad medida con el cuestionario HADS
- Disminución de la variable depresión medida con cuestionario HADS
- Disminución de la toma de analgésicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0497

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL

DURACIÓN

El proyecto contempla una duración de 6 meses y se divide en tres fases. La primera fase es el reclutamiento y selección de participantes en el grupo y tendrá una duración de dos meses. La segunda fase es la intervención psicoterapéutica grupal propiamente dicha, que tendrá una duración de 8 sesiones con frecuencia semanal durante un total de dos meses. La tercera fase es la de evaluación de los resultados de la intervención, con una duración de dos meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 1 Nada

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0732

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA ELENA RIPOL MUÑOZ
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE REDONDO MARIA DE LOS ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Recopilación de de actividades para cada nivel de trabajo.

2.- Unificar en Word cada nivel de una manera para verse la diferencia visualmente y modificar las actividades a las necesidades del nivel y del paciente al que va a ir dirigida.

3.- Su realización ha sido de manera conjunta por las dos terapeutas que trabajan en los Hospitales de Día de Psiquiatría de Zaragoza.

4.- Las reuniones durante el horario de trabajo han sido imposibles debido a la carga profesional y a la responsabilidad que se tiene con los pacientes y con el resto de profesionales del equipo ya que era cargar con grupos, durante el tiempo de la reunión a otro profesional, así que se realizaron 4 reuniones fuera del horario laboral.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Dos cuadernos cada uno con diferente nivel de dificultad para el taller de Estimulación Cognitiva de Hospital de día de Psiquiatría conociendo las características y necesidades de los pacientes que vienen a el. Se ha realizado los dos cuadernos, con actividades suficientes para su realización durante la estancia media que permanecen los pacientes en Hospital de día.

2.- Se ha realizado un breve protocolo de actuación para que cualquier terapeuta ocupacional que pueda acudir al servicio a trabajar sepa como pueda realizar el programa.

3.- Se ha implementado los dos niveles en los grupos de trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se han realizado los dos niveles planteados.

- Se ha protocolizado la actividad y se ha implementado ya la manera de realización con las modificaciones realizadas.

-El 95% de los pacientes han sido evaluados con la prueba incorporada en el anexo I, el 5% restante no esta en el momento del taller en el aula.

- El 95 % de los pacientes desde la implementación de los cuadernos de nivel han podido desarrollarlos, el 5% restante he tenido que realizar actividades de nivel III, más avanzado y mas acordes con sus necesidades.

- El 95% ha participado en el programa .Cuando no participaban no ha sido por falta de interés sino por estar en tratamiento individual con algún otro profesional de la unidad.

7. OBSERVACIONES.

El no tener la escala de valoración LOTCA imposibilita el poder realizar toda la evaluación necesaria. La prueba de "Frontales " nos ayuda a hacernos idea de como se encuentran pero no es tan especifica, ni valora tantos aspectos como en el LOTCA.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/732 ===== ***

Nº de registro: 0732

Título
MEJORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN HOSPITAL DE DIA DE SPIQUIATRIA

Autores:
RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, VICENTE REDONDO MARIA DE LOS ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0732

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el programa de Hospital de Día de Psiquiatría intervienen una gran variedad de pacientes con diferentes necesidades.
A la hora de mantener o mejorar su capacidad cognitiva se necesita poder trabajar a diferentes niveles a la vez ya que todo el grupo trabaja junto.

RESULTADOS ESPERADOS

Queremos conseguir la elaboración de dos cuadernos de diferentes niveles de trabajo para conseguir estimular la mente dependiendo de las necesidades de cada paciente.
Con ello queremos conseguir con el paciente en salud mental poder:

- Mantener las capacidades cognitivas
- Evitar el aislamiento del entorno
- Potenciar las relaciones sociales
- Aumentar la independencia y autonomía personal
- Incrementar la habilidad funcional y el desempeño en las tareas cotidianas
- Mejorar el sentimiento de bienestar emocional, psicológico y de salud general
- Mejorar la calidad de vida del paciente.

MÉTODO

- Para llevar a cabo el programa propuesto nos planteamos dedicar un tiempo durante nuestra jornada laboral de manera independiente para recopilar y/o elaborar actividades de cada nivel de trabajo.
- Una vez cada dos meses nos reuniremos en nuestro horario de trabajo para elaborar los cuadernos de trabajo y redactar el protocolo de actuación desarrollando estrategias para las necesidades de cada nivel de pacientes.
- Se intentara realizar el programa de tal manera que al principio el paciente necesitará más explicaciones y claves para realizar la actividad, y según progrese y avancen las sesiones, el terapeuta proporcionará menos claves y aumentará la complejidad de la tarea.

INDICADORES

- Realización de cuadernos de trabajo para dos niveles.
- Realización del protocolo de actuación que incluya como evaluar al paciente para obtener su perfil cognitivo.
- Nos proponemos una tasa del 80% de pacientes atendidos en nuestro recurso se pueda realizar la evaluación inicial
- Nos proponemos que el 80% de los pacientes puedan realizar el nivel de trabajo asignado a su capacidad cognitiva.
- Nos proponemos que el 85% de los pacientes participen en el programa.

DURACIÓN

- Elaboración de los cuadernos de trabajo:
1 nivel: noviembre 2016 / diciembre 2016
2 nivel: enero 2017 / febrero 2017
- A la vez protocolizaremos aspectos del programa como: la manera de evaluación para incorporar a cada paciente en el nivel apropiado, número de sesiones en el programa, sesiones supletorias para aquellos pacientes que pueda alargarse la estancia en Hospital de día, manera de realizar las sesiones.. (Noviembre /16 a febrero/17)
- Implementación del plan propuesto (marzo-septiembre 2017)
- Valoración de la implementación, extraer datos de los indicadores planteados (octubre 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1436

1. TÍTULO

ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA ULME, INFORMATIZANDO LOS INFORMES CLINICOS POR PARTE DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE

Fecha de entrada: 01/01/2018

2. RESPONSABLE ASUNCION PASCUAL GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RUBIO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado en éste tiempo en primer lugar un soporte de papel, consistente en la creación de carpetas que permitan individualizar la asistencia diaria al paciente, así como los datos extraídos en las reuniones semanales que se llevan a cabo con el equipo multidisciplinar . Estos datos nos facilita la realización de los informes planteados al alta del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La recogida de datos para la elaboración de los informes se encuentra realizada totalmente, al 100 % de los pacientes valorados.
En cuanto a la informatización de los informes se lleva a cabo de forma gradual siguiendo el cronograma planteado con objetivos cumplidos a junio del 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se considera una valoración positiva, ya que permite una recogida de datos más minuciosa, con lo cual la información es más fidedigna y consideramos que cuando la realización del proyecto se consiga al 100 % será un avance en nuestra actividad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1436 ===== ***

Nº de registro: 1436

Título
ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA UDAD LESIONADOS MEDULARES (ULME) PARA INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE LA UDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE EN ULME

Autores:
PASCUAL GARCIA ASUNCION, GARCIA RUBIO MARIA JOSE, ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO, PEREZ PEMAN CAMINO, ROHNER DEL SORDO DAVID, CORATU ANA MARIA, MORER BAMBA BARBARA, BOULLON GOMEZ ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los programas de la Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace del HUMS es la atención en la Unidad de Lesionados Medulares (ULME), se trata del servicio de referencia de Aragón en la atención a pacientes que padecen mielopatías de diversa intensidad. Esta grave patología requiere de ingreso hospitalario prolongado (entre 2 y 8 meses) en el que lo habitual son las complicaciones que subyacen a su proceso de rehabilitación (RHB). En este periodo de RHB el paciente tiene que adquirir una serie de habilidades encaminadas a mejorar su independencia y autonomía tras la pérdida de movilidad, aprender el manejo de control de esfínteres y recuperar su actividad sexual. Durante el ingreso tiene que hacer frente a diversos procesos entre los que se incluye un trabajo dirigido a asumir las pérdidas derivadas de la patología médica y de manera fundamental a mantener una actitud de afrontamiento que les permita implementar una serie de habilidades, para lo cual se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1436

1. TÍTULO

ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA ULME, INFORMATIZANDO LOS INFORMES CLINICOS POR PARTE DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE

requiere una actitud colaboradora y activa por parte del paciente y de la familia. En este proceso complejo es necesaria en la mayoría de los paciente la intervención del área de psicología/ psiquiatría para ayudar a elaborar el duelo por la pérdida sufrida. Esta actividad la llevamos a cabo una profesional de psiquiatría y una profesional de psicología clínica, invirtiendo la mayor parte de nuestra actividad en entrevistas tanto de valoración como de seguimiento no solo del paciente sino de su familia, todo ello encaminado a favorecer la asunción de la pérdida, así como a mejorar su capacidad de afrontamiento. Como nuestra actividad siempre se contextualiza en un modelo de colaboración con los médicos rehabilitadores, no queda constancia de nuestras intervenciones, salvo los apuntes registrados en la historia clínica. Es por ello que consideramos necesario operativizar una tarea que nos permita el seguimiento más sistematizado del pacientes y la elaboración de un informe al alta hospitalaria donde se recojan intervenciones realizadas, evolución, diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Sistematizar la recogida de datos de los pacientes para optimizar su atención.
- 2) Hacer más visibles nuestras intervenciones en ésta área medica.
- 3) Mejorar la información sobre la evolución del paciente dirigida tanto a nivel hospitalario como a los especialistas que posteriormente le realicen el seguimiento.

MÉTODO

Consideramos necesario crear algún tipo de soporte que facilite la organización de nuestra actividad planteando hacer los siguientes tipos de mejora.

- 1) Carpeta o portafolios donde queden recogidos la hoja de consulta de cada paciente y un añadido donde anotemos todas nuestras intervenciones.
- 2) En este mismo soporte de papel se referenciara todas las intervenciones realizadas a cada paciente, tanto por parte de psicología como de psiquiatría, así como las llevadas a cabo en el medio familiar del citado paciente.
- 3) Se recogerán igualmente los datos extraídos de las reuniones de equipo que de forma multidisciplinar se llevan a cabo con una periodicidad semanal .
- 4) Esta hoja cuando el paciente se vaya de alta se adjuntara en su historia clínica y a además nos permitirá realizar el informe clínico de cada paciente documento posteriormente al alta quedaría guardado en la historia y además nos permitiría la elaboración de un informe en el hp doctor.
- 5) Informe informatizado en el hp doctor donde se recoja el resumen de nuestra actividad clínica y quede adscrito a la historia informatizada del paciente.

INDICADORES

- 1) Desarrollo e implantación del soporte de papel (Presente o ausente).
- 2) Numero de pacientes que están siendo recogidos sus datos para la elaboración de la carpeta de seguimiento.
- 3) Numero de informes clínicos realizados en hp doctor.

DURACIÓN

El tiempo dedicado al proyecto completo será el que se detalla a continuación:

- 1) 1)Elaboración del proyecto escrito y presentado hasta el 30 de Junio del 2016
- 2) Informatización de informes del 20% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de Diciembre del 2016.
- 3) Informatización de informes del 40% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 30 de Junio del 2017.
- 4) Informatización de informes del 60% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de diciembre del 2017.
- 5) Informatización de informes del 80 % de los pacientes derivados de la ULME hasta el 30 de Junio del 2018.
- 6) Informatización de informes del 100% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de Diciembre del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1449

1. TÍTULO

PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE PATRICIA GRACIA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLER GONZALEZ CRISTINA
BERDUN PE RUTH
IDINI ESTER
CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA
ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO
SERRA CASAUS MIQUEL
PASCUAL OLIVER MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Análisis de "puntos débiles" en relación a la confidencialidad de la información de los pacientes: 1) formulario de registro; 2) consenso criterios; 3) observación y registro de incidentes; 4) análisis de puntos débiles y propuestas (mayo-septiembre 2017).

5) Presentación a los miembros del Servicio de Psiquiatría en sesión clínica de los "puntos débiles" observados y del decálogo de protección de confidencialidad del SALUD: 18/10/2017.

6) Encuesta anónima para evaluar el impacto del programa (diciembre 2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han completado 80% de las actividades propuestas a lo largo del proyecto, cumpliendo con el standard marcado.

- Se han registrado un total de 22 incidencias en el curso de 4 meses; aproximadamente 50% de nuestra estimación inicial.

-Presentación en sesión clínica de la "guía de buenas prácticas en confidencialidad": SI.

- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio: 0 (omitimos esta actividad por la aparente falta de impacto en programas previos similares)

-IMPACTO DEL PROGRAMA: Respondieron a la encuesta de evaluación del impacto del programa 15 personas del Servicio (de un total de 23 personas que participaron en el programa y/o asistieron a la sesión informativa y recibieron la encuesta); superando el estándar esperado (50%): 86,7-93,3% admitieron prestar mayor atención hacia conductas de riesgo para la confidencialidad como consecuencia del programa; 20-40% admitieron no conocer previamente algunos de los riesgos señalados; 60-80 % admitieron cambios en su práctica diaria para garantizar el cuidado de la confidencialidad de la información de pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que la mayoría conocemos la mayor parte de las normas para garantizar la confidencialidad de la información; son necesarios proyectos como el que presentamos para aumentar la concienciación de los profesionales frente a un aspecto tan importante, ética y legalmente.

Por la experiencia a lo largo del proyecto, recomendaríamos una mayor difusión de las normas de seguridad elaboradas por el SALUD; haciendo el enlace claramente visible en todos los portales de intranet. Nuestro proyecto refleja un alto impacto con medidas sencillas y sin coste económico; a través de encuestas anónimas los profesionales se ven obligados a reflexionar respecto a situaciones reales de la práctica diaria que suponen un riesgo para la confidencialidad, tomando mayor conciencia de su propia conducta.

Sería recomendable generalizar actividades similares en los diferentes servicios y unidades del SALUD, dirigidas a todos los profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1449 ===== ***

Nº de registro: 1449

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1449

1. TÍTULO

PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Título
PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Autores:
GRACIA GARCIA PATRICIA, SOLER GONZALEZ CRISTINA, BERDUN PE RUTH, IDINI ESTER, CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA, ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO, SERRA CASAUS MIQUEL, PASCUAL OLIVER MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Preservar la confidencialidad en el trato de datos del paciente es uno de los factores más importantes en la relación terapéutica. Pero además, la confidencialidad es un deber legal y ético de los profesionales. El marco legal en que se ampara la confidencialidad clínica incluye: la Constitución Española, que define la intimidad personal y familiar como uno de los derechos fundamentales (art.18); la Ley Orgánica 1/1982 de Protección civil al honor, la intimidad y la propia imagen; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art. 10); la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (especialmente los art.5, 16.3, 16.6, 17.6). El Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de 1999, concibe al secreto profesional como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros y que obliga al profesional incluso tras la muerte de aquel (art. 14) y aborda el problema de la medicina en equipo y la obligación de todos de guardar la totalidad del secreto (art. 15).

A pesar de que un conocimiento general del marco ético y legal que rige nuestro desempeño profesional, existen en nuestra actividad cotidiana situaciones concretas en las que se puede vulnerar con mayor riesgo el respeto de la confidencialidad. Por ejemplo, el almacenamiento y uso ilimitado de datos informáticos, incluyendo el uso compartido y el tráfico de los mismos a través de la red, entraña importantes riesgos en materia de confidencialidad que tienden a infravalorarse.

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos necesario realizar programas de sensibilización de los profesionales que trabajamos en el ámbito sanitario, detectando situaciones concretas en las que existe mayor riesgo de vulnerar la confidencialidad (ó "puntos débiles"), facilitando la toma de conciencia de las mismas por parte del equipo, y elaborando propuestas de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
I. Analizar "puntos débiles" en la práctica clínica en relación a la confidencialidad de la información de los pacientes.
II. Elaborar una "guía de buenas prácticas en confidencialidad" en base a los resultados anteriores.
III. Presentación y divulgación de la información a todo el personal del Servicio de Psiquiatría.
IV. Análisis del impacto del programa.

MÉTODO
I. Analizar "puntos débiles" en la práctica clínica en relación a la confidencialidad de la información de los pacientes. 1. Elaboración de formulario de registro de incidencias en materia de confidencialidad (Responsable) 2. Información y consenso en los criterios de registro (reunión de grupo) 3. "Observatorio de confidencialidad": Registro de incidencias por cada uno de los miembros del grupo. 4. Análisis de "puntos débiles" y propuestas (reunión de grupo)

II. Elaboración y presentación de guía de buenas prácticas en confidencialidad: 5. Elaboración de guía de buenas prácticas en confidencialidad, con definición de propuestas concretas de mejora (Responsable) 6. Presentación a los miembros del servicio en sesión clínica (Responsable)

III. Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS 7. Divulgación de la información y señalización de prácticas y lugares más vulnerables mediante documentos gráficos (grupo)

IV. Análisis del impacto del programa 8. Realización de una encuesta anónima a los facultativos, MIRes y PIRes del servicio, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria

INDICADORES
- De las 8 actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1449

1. TÍTULO

PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Indicadores parciales (por objetivo):

- Número de incidencias registradas en el "Observatorio de confidencialidad" en el curso de 4 meses; estimamos un registro aproximado de 40 incidencias.
- Presentación en sesión clínica de la "guía de buenas prácticas en confidencialidad" (si/no)
- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio.
- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

DURACIÓN

- JUNIO 2017: Elaboración de formulario de registro de incidencias y primera reunión del grupo de trabajo.
- JULIO-OCTUBRE 2017: Observatorio de confidencialidad y reunión de grupo para analizar "puntos débiles"
- NOVIEMBRE 2017: Elaboración de un plan de mejora en materia de confidencialidad y presentación en sesión clínica; divulgación de la información.
- DICIEMBRE 2017: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 19/04/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA SOLER GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA GARCIA PATRICIA
PEREZ PAMAN CAMINO
SANCHEZ MENA MARTA
CAUDEVILLA SOLER CLARA
BOULLON GOMEZ ALEJANDRA
CORATU ANA MARIA
ROHNER DEL SORDO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.
Mejorar la forma de notificación, creando un modelo más dinámico y actualizado a las necesidades del servicio.
Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría.
Presentar en grupo de calidad el análisis de los datos de los EA recogidos y realizar feedback al resto de equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejorar la formación de los profesionales en la identificación y notificación de los efectos adversos.
Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría.
Registro de incidencias por cada uno de los miembros del grupo y por el personal de las UCEs Hospital.
Análisis de "puntos débiles" y propuestas (reunión de grupo)
Elaboración de estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados en el grupo de calidad.
Realizar feedback al personal implicado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De las actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%.
Mejora en los sistemas de registro en el curso de 4 meses;
Registro de incidencias y búsqueda estrategias de prevención (si/no)
Realización de sesiones periódicas (si/no)
Establecer acciones de mejora para 2019

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1462 ===== ***

Nº de registro: 1462

Título
SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Autores:

SOLER GONZALEZ CRISTINA, GRACIA GARCIA PATRICIA, BERDUN PE RUTH, PEREZ PAMAN CAMINO, FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, GARCIA RAPUN MARINA, CAUDEVILLA SOLER CLARA, SANCHEZ MENA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRÍA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con pacientes más vulnerables y a la vez más informados y demandantes, conforman un entorno clínico en el que aparecen los efectos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria.

La necesidad de incrementar la seguridad del paciente, mejorar la calidad de la asistencia y facilitar un sereno ejercicio profesional, entre otras cosas, justifica todos los esfuerzos para disminuir el impacto en la salud pública de la llamada epidemia oculta de errores médicos.

La seguridad del paciente es la ausencia de perjuicios accidentales en el curso de la asistencia. Pero los pacientes, en particular los hospitalizados, son especialmente vulnerables, de tal modo que no siempre va a ser fácil distinguir entre los EA que van ligados a los cuidados de aquellos que son facilitados por los factores de riesgo intrínseco y/o extrínseco, que no son exactamente los mismos que los condicionados por la enfermedad (complicaciones esperables en una determinada proporción).

La incidencia de EA en pacientes hospitalizados se ha estimado entre el 4 y el 17%.

La asistencia sanitaria implica, necesariamente, riesgos. El profesional que trabaja en un «entorno imperfecto» debe, por tanto, conocer cuál es el riesgo asistencial asociado a su trabajo.

PERTINENCIA DEL PROYECTO

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos necesario realizar programas de sensibilización de los profesionales que trabajamos en el ámbito sanitario. El impacto sanitario, social y económico de los efectos adversos, convierte su estudio en una prioridad de Salud Pública. Entre todos hemos de cambiar la cultura de la culpa por la cultura del conocimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.

Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en la UCE de Psiquiatría.

Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.

Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.

Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS

Análisis del impacto del programa.

MÉTODO

I. Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos. Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría: 1. Divulgación del formulario de registro de efectos adversos (Responsable) 2. Información y consenso en los criterios de registro (reunión de grupo) 3. Registro de incidencias por cada uno de los miembros del grupo y por el personal de las UCEs Hospital. 4. Análisis de "puntos débiles" y propuestas (reunión de grupo)

II.- Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.

Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.: 5. Elaboración de guía con estrategias para la prevención de los incidentes, errores y efectos adversos detectados (Responsable)

III.- Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS: 6. Establecer reuniones de información y formación para prevenir incidentes

IV.- Análisis del impacto del programa: 7. Realización de una encuesta anónima a los facultativos, MIREs, PIREs y enfermería del servicio, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria:

8- Establecer acciones de mejora para 2018.

INDICADORES

- De las 8 actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%

Indicadores parciales (por objetivo):

- Registro de incidencias en el curso de 4 meses; estimamos un registro aproximado de incidencias.

- Presentación en sesión clínica el análisis de los datos de los EA recogidos (si/no)

- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio.

- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

- JUNIO-OCTUBRE 2017: Divulgación del formulario de registro de efectos adversos y primera reunión del grupo de trabajo. Reuniones de grupo para analizar "puntos débiles"
- NOVIEMBRE 2017: Reevaluar datos y establecer alertas. Implicar y motivar al personal de las notificaciones de efectos adversos
- DICIEMBRE 2017: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 02/01/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA SOLER GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA GARCIA PATRICIA
PEREZ PEMAN CAMINO
SANCHEZ MENA MARTA
CAUDEVILLA SOLER CLARA
BOULLON GOMEZ ALEJANDRA
CORATU ANA MARIA
ROHNER DEL SORDO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha informado e incentivado en la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos. Se ha mejorado la forma de notificación, creando un modelo más dinámico y actualizado a las necesidades del servicio que se puede consultar desde los ordenadores de las UCEs (actualmente solo una UCE). Se ha recopilado los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría. Se ha realizado una sesión clínica en el Servicio de Psiquiatría del HUMS presentado información sobre los efectos adversos el análisis de los datos de los EA recogidos. Además, se ha realizado feedback al resto de equipo y se han planteado sugerencias para mejora de la calidad asistencial en materia de efectos adversos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha mejorado la formación de los profesionales en la identificación y notificación de los efectos adversos con sesiones periódicas. Se han recopilado los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría, siendo los más frecuentes los farmacológicos. Se han analizado los "puntos débiles" y se han ampliado propuestas en reunión de equipo. Se mantienen las estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados en el grupo de calidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han desarrollado y concluido más del 80% de las actividades propuestas. Se ha mejorado el sistema de registro adaptándolo a las necesidades y a las nuevas tecnologías. Se han registrado las incidencias y la búsqueda estrategias de prevención y se ha realizado una sesión clínica informativa a todo el equipo y otras específicas en las UCEs. Se establecen acciones de mejora para 2019, con un sistema de notificación de EA más ágil y dinámico, enlazado a las nuevas tecnologías. Se proponen más reuniones informativas para incentivar la notificación de EA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1462 ===== ***

Nº de registro: 1462

Título
SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Autores:
SOLER GONZALEZ CRISTINA, GRACIA GRACIA PATRICIA, BERDUN PE RUTH, PEREZ PEMAN CAMINO, FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, GARCIA RAPUN MARINA, CAUDEVILLA SOLER CLARA, SANCHEZ MENA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con pacientes más vulnerables y a la vez más informados y demandantes, conforman un entorno clínico en el que aparecen los efectos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria.

La necesidad de incrementar la seguridad del paciente, mejorar la calidad de la asistencia y facilitar un sereno ejercicio profesional, entre otras cosas, justifica todos los esfuerzos para disminuir el impacto en la salud pública de la llamada epidemia oculta de errores médicos.

La seguridad del paciente es la ausencia de perjuicios accidentales en el curso de la asistencia. Pero los pacientes, en particular los hospitalizados, son especialmente vulnerables, de tal modo que no siempre va a ser fácil distinguir entre los EA que van ligados a los cuidados de aquellos que son facilitados por los factores de riesgo intrínseco y/o extrínseco, que no son exactamente los mismos que los condicionados por la enfermedad (complicaciones esperables en una determinada proporción).

La incidencia de EA en pacientes hospitalizados se ha estimado entre el 4 y el 17%.

La asistencia sanitaria implica, necesariamente, riesgos. El profesional que trabaja en un «entorno imperfecto» debe, por tanto, conocer cuál es el riesgo asistencial asociado a su trabajo.

PERTINENCIA DEL PROYECTO

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos necesario realizar programas de sensibilización de los profesionales que trabajamos en el ámbito sanitario. El impacto sanitario, social y económico de los efectos adversos, convierte su estudio en una prioridad de Salud Pública. Entre todos hemos de cambiar la cultura de la culpa por la cultura del conocimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.

Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en la UCE de Psiquiatría.

Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.

Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.

Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS

Análisis del impacto del programa.

MÉTODO

I. Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos. Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría: 1. Divulgación del formulario de registro de efectos adversos (Responsable) 2. Información y consenso en los criterios de registro (reunión de grupo) 3. Registro de incidencias por cada uno de los miembros del grupo y por el personal de las UCEs Hospital. 4. Análisis de "puntos débiles" y propuestas (reunión de grupo)

II.- Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.

Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.: 5. Elaboración de guía con estrategias para la prevención de los incidentes, errores y efectos adversos detectados (Responsable)

III.- Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS: 6. Establecer reuniones de información y formación para prevenir incidentes

IV.- Análisis del impacto del programa: 7. Realización de una encuesta anónima a los facultativos, MIRs, PIRes y enfermería del servicio, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria: 8- Establecer acciones de mejora para 2018.

INDICADORES

- De las 8 actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%

Indicadores parciales (por objetivo):

- Registro de incidencias en el curso de 4 meses; estimamos un registro aproximado de incidencias.

- Presentación en sesión clínica el análisis de los datos de los EA recogidos (si/no)

- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio.

- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

DURACIÓN

- JUNIO-OCTUBRE 2017: Divulgación del formulario de registro de efectos adversos y primera reunión del grupo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

de trabajo. Reuniones de grupo para analizar "puntos débiles"

- NOVIEMBRE 2017: Reevaluar datos y establecer alertas. Implicar y motivar al personal de las notificaciones de efectos adversos
- DICIEMBRE 2017: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1472

1. TÍTULO

DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ATENCION EN HOSPITAL DE DIA. PROCESO DE DERIVACION Y ACOGIDA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ALFONSO PEREZ POZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA
DE JUAN LADRON YOLANDA
SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES
SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA
ROMANCE ALADREN MARINA
GONZALEZ MAISO ANGELA
RODRIGUEZ GUINLA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Se han hecho reuniones semanales para trabajar sobre los programas de mejora de calidad. En este en concreto cada miembro del equipo trabajó con cada uno de los sucesos que ocurren en el proceso asistencial de la derivación e ingreso en hospital de día.
2.- Mensualmente tiene lugar una reunión de calidad del equipo de psiquiatría donde se transmite lo elaborado por el equipo de hospital de día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado los dos diagramas de flujo propuestos y tras valoración en reuniones del equipo multidisciplinar de nuestro recurso (Hospital de día de psiquiatría), se decide unificarlos en un documento único que integre ambos procesos y facilite la implementación del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.- Realización de dos diagramas de flujo. Ante la necesidad de interrelación entre los mismos, se ha decidido unificarlos para favorecer la integración de ambos procesos.
2.- Dicho diagrama ha sido valorado por evaluador externo.
3.- Tras valoración favorable por parte de dicho evaluador y por la Comisión de calidad de Psiquiatría procedemos a la implementación del mismo en nuestro recurso.

Consensuar criterios del equipo para la realización de dicho diagrama ha resultado tarea ardua .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1472 ===== ***

Nº de registro: 1472

Título
DIAGRAMAS DE FLUJO PARA LA ATENCION EN HOSPITAL DE DIA I. PROCESO DE DERIVACION Y ACOGIDA DEL PACIENTE

Autores:
PEREZ POZA ALFONSO, RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, DE JUAN LADRON YOLANDA, SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES, SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA, ROMANCE ALADREN MARINA, GONZALEZ MAISO ANGELA, RODRIGUEZ GUINLA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: ACCESIBILIDAD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1472

1. TÍTULO

DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ATENCION EN HOSPITAL DE DIA. PROCESO DE DERIVACION Y ACOGIDA

PARA LA GESTIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA ES MUY IMPORTANTE ANALIZAR LOS PROCESOS QUE SUCEDEN. INICIAREMOS EL ANÁLISIS CON LA VALORACIÓN DE COMO SE PRODUCE LA DEMANDA DE INGRESO EN LA UNIDAD Y EL PROCESO DE ACOGIDA DE LOS USUARIOS/PACIENTES, PARA VALORAR TODOS Y CADA UNO DE LOS ACTOS ASISTENCIALES QUE SUCEDEN EN NUESTRO DISPOSITIVO Y PARA ESO UTILIZAREMOS LA TECNOLOGÍA DE LOS DIAGRAMAS DE FLUJO. ASÍ VEREMOS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA ACTUACIÓN MÉDICA

RESULTADOS ESPERADOS

ESPERAMOS OBTENER UN ADECUADO Y PORMENORIZADO ESTUDIO DE CADA PROCESO ASISTENCIAL DE NUESTRA UNIDAD PARA CONTRIBUIR DE ESTA FORMA A MEJORAR LA CALIDAD DE PARTIDA DE LA UNIDAD.

LOS DOS PROCESOS ESCOGIDOS INICIALMENTE SON:

1. PROCESO DE DERIVACIÓN. QUIEN Y CÓMO SE PRODUCE ESE PRIMER ACTO.
2. PROCESO DE ACOGIDA. VER TODO LO QUE SE REALIZA EN ESE PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE EN EL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA.

MÉTODO

LOS DIAGRAMAS DE FLUJO DE LA UNIDAD PRETENDEN CONVERTIRSE EN EL MECANISMO DE ANALISIS DE LA GESTIÓN DE ESTA UNIDAD. EL EQUIPO DEBE PLANTEARSE CADA UNO DE LOS SUCESOS QUE OCURREN EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE UN INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL. DE ESTOS TIENEN QUE SALIR LAS PROPUESTAS DE MEJORA DE LOS TRATAMIENTOS Y CONSEGUIR UNA MEJOR EFICACIA Y EFICIENCIA. EL DIAGRAMA DE FLUJOS DE LOS PROCESOS SE CONVIERTE EN UN PROGRAMA DE CALIDAD, DE MEJORA. SIN UN CONVENIENTE ANÁLISIS NO SE OBTIENE MEJORA. DEDICAMOS UNA REUNIÓN SEMANAL A LOS PROGRAMAS DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA EN HOSPITAL DE DÍA, ADEMÁS REUNIONES MENSUALES DEL GRUPO DE CALIDAD. SE HAN REALIZADO CURSOS POR PARTE DE MIEMBROS DEL EQUIPO EN FORMACIÓN Y SE HA REALIZADO UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EXHAUSTIVA. DE AQUÍ TIENEN QUE SALIR LOS OBJETIVOS, LAS TÉCNICAS A EMPLEAR Y LA METODOLOGÍA A USAR POR PARTE DEL EQUIPO EN CADA PROCESO EVALUADO Y CONSEGUIR UNA MEJORA CONSTANTE

INDICADORES

1. REALIZACIÓN ESTE AÑO DE LOS DOS FLUJOS EN LOS PROCESOS PROPUESTOS ESTE AÑO.
2. CONTRASTAR ESTOS DIAGRAMAS CON EVALUADORES EXTERNOS AL PROCESO.
3. NUEVA EVALUACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO.
4. INCLUIR CORRECCIONES SUGERIDAS.
5. VALORACIÓN FINAL POR EL GRUPO DE CALIDAD DE PSIQUIATRÍA.
6. ¿ SE DEBE INTRODUCIR ALGÚN CAMBIO ?
7. SE CONTRASTARÁ CON ALGUNO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA. YA QUE SON LOS QUE RECIBEN LOS RESULTADOS Y VIVEN LAS DIFICULTADES
7. VALORAR OPORTUNIDAD DE MEJORAS.
8. RESULTADO FINAL.

DURACIÓN

1. REALIZACIÓN DE FLUJOS EN NOVIEMBRE- DICIEMBRE.
2. EVALUACIÓN EXTERNA Y POR EQUIPO EN ENERO-MARZO.
3. CORRECCIONES Y VALORACIÓN GRUPO CALIDAD EN ABRIL
4. INTRODUCIR CAMBIOS DE MEJORA EN MAYO- JUNIO
5. VER RESULTADOS HASTA FINALIZACIÓN AÑO

OBSERVACIONES

SE CONVERTIRÁ EN NUESTRO MECANISMO DE MEJORA Y CALIDAD EN LA GESTIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1483

1. TÍTULO

PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS PEREZ ECHEVERRIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

IDINI ESTER
SANCHEZ MENA MARTA
CORATU ANA MARIA
ROHNER DEL SORDO DAVID
ROMANCE ALADREN MARINA
GONZALEZ MAISO ANGELA
CORBERA ALMAJANO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la fase previa a la apertura de la UCE-II se remitieron a la Dirección Médica correspondiente los escritos necesarios para establecer los medios materiales y de personal mínimos para el correcto funcionamiento de la Unidad. Posteriormente a la puesta en funcionamiento del dispositivo, se han remitido asimismo 6 nuevos escritos periódicos en los que se actualizaban las necesidades observadas en el día a día de la práctica clínica y se reafirmaban o modificaban las necesidades previamente solicitadas y aún no resueltas.
Se han recopilado, actualizado y/o elaborado, y en algunos casos aplicado, aquellos protocolos clínicos necesarios para una atención homogénea y de calidad en base a la evidencia científica actual. Dichos protocolos han sido: Protocolo de Atención a Pacientes con Riesgo de Agitación y Heteroagresividad; Tríptico de Información para Familiares y Pacientes ingresados en UCE Servet I y II; Protocolo de TEC en Agudos y TEC de Mantenimiento; Cuidados de Enfermería en la Terapia Electro-Convulsiva (TEC); Protocolo de Consentimiento Informado (TEC); Tríptico de Información sobre la Clínica del Litio; Sistema de detección, notificación y mejora de incidentes y efectos adversos en pacientes de la U.C.E. de Psiquiatría; Protección de la confidencialidad del paciente; Protocolo de Evaluación e Intervención en Pacientes con Riesgo de Suicidio y Autolesiones; Protocolo de Actuación ante Pacientes con Riesgo de Fuga; Protocolo de Aplicación de Medidas Restrictivas (Aislamiento y Contención); Plan de Acogida al Personal UCE para Enfermería; Consejos de Enfermería al Alta de UCE Servet I y II. Nos planteamos la continuidad en la reevaluación y actualización de protocolos.
Se ha elaborado y cumplimentado una tabla en formato Excel donde se recogen las características y datos cuantificables sobre todos los pacientes y la asistencia prestada, con fines estadísticos y de investigación clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han elaborado, comunicado y actualizado las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (U.C.E.). Indicador cumplido al 100%.
Se han mantenido reuniones diarias de cambio de guardia para el intercambio de información sobre incidencias durante la atención continuada. Indicador cumplido al 100%.
Se han mantenido reuniones diarias con el personal de Enfermería para lectura de incidencias clínicas y/o de funcionamiento producidas en los turnos asistenciales. Indicador cumplido al 100%.
• Se ha venido revisando y actualizando la base de datos sobre los pacientes y las características de su asistencia. Indicador cumplido al 100%.
Elaboración/actualización/recopilación y aplicación de protocolos específicos realizada. Indicador cumplido al 100%.
Elaboración de estadística de actividad del año en curso (8 meses y 20 días de apertura del recurso entre el 10/04/17 y el 31/12/17) sobre Nº de ingresos; Nº total de estancias y por diagnóstico; Nº y tipo de altas por diagnóstico; Tasas de ocupación; Estancia media, promedio y por diagnóstico; Tasa de reingresos/nuevos; Porcentaje de reingresos tempranos (>1 mes); Porcentaje de ingresos involuntarios; Porcentaje de ingresos programados, etc. Realizada, indicador cumplido al 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En base a lo experimentado a lo largo del proyecto, la puesta en marcha de un dispositivo de nueva creación requiere el aprovechamiento de la experiencia previa de todos los profesionales implicados y la adaptación y reevaluación diarias a las novedades e incidencias que inevitablemente se producen. Hemos observado que resulta imposible prever absolutamente todos los imponderables que pueden surgir.
Una vez hecha la inversión inicial (del espacio y del personal), las restantes medidas conllevan un relativamente escaso impacto económico (excepción hecha de las carencias de material básico iniciales que quedan por completar). El desarrollo, modificación y estandarización del resto de medidas (protocolos, reuniones, estadísticas) se ha llevado a cabo de forma fluida sobre la experiencia diaria y las nuevas necesidades y mejoras observadas.
El equipo de mejora valora positivamente la actitud del personal por la fluidez en la colaboración, aporte de ideas y soluciones, e implementación de las medidas recogidas en el proyecto.
Por ello, este proyecto mantiene su continuidad y pertinencia en la práctica diaria por la necesidad de adaptación a la atención evolutiva de nuestros pacientes y de la dinámica de todo grupo humano. Consideramos que las tareas realizadas son fácilmente generalizables y replicables en dispositivos similares, con muy escaso gasto económico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1483

1. TÍTULO

PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1483 ===== ***

Nº de registro: 1483

Título
PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR

Autores:
PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS, IDINI ESTER, SANCHEZ MENA MARTA, CORATU ANA MARIA, ROHNER DEL SORDO DAVID, ROMANCE ALADREN MARINA, GONZALEZ MAISO ANGELA, CORBERA ALMAJANO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Unidades de Corta Estancia (UCE) psiquiátricas son dispositivos de hospitalización para atención continuada 24 horas/día, para la evaluación, diagnóstico y tratamiento pluridimensional e intensivo a enfermos. La Ley 14/1986 General de Sanidad situó la hospitalización psiquiátrica en unidades psiquiátricas de hospitales generales que formarían parte de la red de recursos asistenciales del área de Salud Mental.
La UCE del Hospital Universitario Miguel Servet dispone de 19 camas, cantidad insuficiente para cumplir los ratios mínimos de 12 camas/100.000 habitantes (12-15 recomendadas por la OMS). En los últimos 5 años este déficit ha derivado en la saturación de las UCE y en medidas como el ingreso provisional en salas de observación de Urgencias o el traslado de pacientes a otras UCE de la Comunidad Autónoma alejadas del domicilio habitual del paciente, con la consiguiente pérdida de calidad en la atención. Como respuesta, se decidió la ampliación de camas del HUMS estableciendo 12-15 camas en un espacio de hospitalización psiquiátrica ya preparado pero no usado en el Hospital Militar de Zaragoza, dotándolo del personal médico, DUE, TCAE y celadores necesario para el correcto funcionamiento del dispositivo.
El presente proyecto se justifica por la necesidad de establecer correctamente desde el comienzo las necesidades materiales y las líneas y protocolos de funcionamiento que permitan una asistencia completa, multidisciplinar, segura y de calidad para el paciente psiquiátrico.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: pacientes <18 años, de ambos sexos, que precisen una intervención por patología psiquiátrica que exceda las posibilidades de asistencia en el ámbito extrahospitalario, con una estancia media menor de 30 días.

- Establecer los mínimos medios materiales y de personal para el correcto funcionamiento de la Unidad.
- Recopilar, actualizar y/o elaborar protocolos clínicos dirigidos a una atención homogénea de calidad en base a la evidencia científica actual.
- Puesta en marcha de funciones asistenciales, docentes y de investigación propias e integradas con la UCE originaria (HUMS).
- Reevaluación continuada del plan de necesidades y de protocolos.
- Recogida de datos cuantificables sobre las características de la asistencia a los pacientes con fines estadísticos y de mejora continuada.

MÉTODO

- Elaborar y comunicar las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las UCE.
- Reuniones diarias de cambio de guardia para el intercambio de información sobre incidencias durante la atención continuada (1 reunión/día).
- Reuniones diarias con el personal de Enfermería para lectura de incidencias clínicas y/o de funcionamiento producidas en los turnos asistenciales (mínimo 1 reunión/día laborable).
- Revisión y actualización diaria de la base de datos sobre las características de la asistencia (Sí/No).
- Elaboración de estadística de actividad anual sobre Nº de ingresos; Nº total de estancias y por diagnóstico; Nº y tipo de altas por diagnóstico; Tasas de ocupación; Estancia media, promedio y por diagnóstico; Tasa de reingresos/nuevos; Porcentaje de reingresos tempranos (>1 mes); Porcentaje de ingresos involuntarios; Porcentaje de ingresos programados, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1483

1. TÍTULO

PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR

- Aplicación de protocolos específicos (Sí/No).
- Entrega y recogida de encuestas de satisfacción a pacientes.

INDICADORES

- Elaborar y comunicar las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (U.C.E.). INDICADOR: Proyecto elaborado y comunicado a la Dirección médica, Sí/No.
- Reuniones diarias de cambio de guardia para el intercambio de información sobre incidencias durante la atención continuada. INDICADOR: =1 reunión/día.
- Reuniones diarias con el personal de Enfermería para lectura de incidencias clínicas y/o de funcionamiento producidas en los turnos asistenciales. INDICADOR: =1 reunión/día laborable.
- Revisión y actualización diaria de la base de datos sobre las características de la asistencia. INDICADOR: =50% de los días.
- Elaboración de estadística de actividad anual sobre Nº de ingresos; Nº total de estancias y por diagnóstico; Nº y tipo de altas por diagnóstico; Tasas de ocupación; Estancia media, promedio y por diagnóstico; Tasa de reingresos/nuevos; Porcentaje de reingresos tempranos (>1 mes); Porcentaje de ingresos involuntarios; Porcentaje de ingresos programados, etc. INDICADOR: Realizada/No realizada.
- Aplicación de protocolos específicos. INDICADOR: Realizada/No realizada.
- Entrega y recogida de encuestas de satisfacción a pacientes. INDICADOR: Entregada =50%, recogida =25%.

DURACIÓN

Marzo-abril de 2017: Elaboración y comunicación de las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (U.C.E.).
Abril-mayo de 2017: Puesta en marcha del dispositivo.
Abril-diciembre de 2017: Recogida de datos.
Enero-Febrero de 2018: Análisis de los datos y elaboración y comunicación de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1513

1. TÍTULO

CONTROL Y CUIDADOS POR TCAES AL INGRESO EN UCE DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN ASENSIO MANERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ RODRIGUEZ CONCEPCION
CEREZO SERRANO FRANCISCA
SANCHEZ-MATEOS MORENO JAIME
NOVELLA NEBREDA SUSANA
RIPALDA ROVIRA DOLORES
CUADRADO MARTIN ANA ISABEL
ALAYETO ADIEGO PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de una hoja de recogida de información, que se lleva a cabo en el momento del ingreso del paciente en la UCE. Con dicho documento, es posible una información detallada, y con ella, el seguimiento posterior con control de cuidados y aumento de la mejora asistencial al paciente ingresado en la UCE.
Se han realizado reuniones informativas para cumplimentar adecuadamente la hoja de control de cuidados y se ha concretado ya la fecha de implementación en la unidad, que será la segunda quincena del mes de febrero del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Siguiendo el cronograma previsto, se finalizó el documento escrito en el mes de diciembre del 2017.
Durante el mes de enero y mitad de febrero se ha presentado el documento, a todo el personal en las unidades de UCE de Psiquiatría y se han realizado dos sesiones informativas, en cada unidad, para el personal implicado en su cumplimentación.
Durante la segunda quincena del mes de febrero se ha repartido el documento para comenzar a su implementación por el personal implicado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al ingreso en la unidad, la TCAE realiza la implementación del documento para el control de cuidados, quedando así reflejado sus necesidades y llevar un estricto control de sus cuidados con los recursos existentes.
Tras la presentación al personal implicado de éste documento, se ha llevado una adecuada estructuración en la recogida de información con la consiguiente mejora en la calidad de cuidados.
Se considera que se ha cumplido el objetivo con la consiguiente mejora en la atención y funcionamiento, con los recursos asistenciales disponibles, al paciente y sus familias durante su ingreso hospitalario.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1513 ===== ***

Nº de registro: 1513

Título
CONTROL Y CUIDADOS POR TCAES AL INGRESO EN UCE DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO

Autores:
ASENSIO MANERO CARMEN, RUIZ RODRIGUEZ CONCEPCION, CEREZO SERRANO FRANCISCA, SANCHEZ MATEOS MORENO JAIME, NOVELLA NEBREDA SUSANA, RIPALDA ROVIRA DOLORES, CUADRADO MARTIN ANA ISABEL, ALAYETO ADIEGO PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1513

1. TÍTULO

CONTROL Y CUIDADOS POR TCAES AL INGRESO EN UCE DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La UCE del HUMS (sector II) se abrió en el año 1992 con 17 camas. Posteriormente se amplió hasta 19 camas, siendo aún insuficiente para cumplir los ratios recomendados por la OMS de 12 camas por 100.000 habitantes, siendo nuestro sector de población aproximadamente de 450.000 habitantes.
En las unidades de hospitalización psiquiátrica existe saturación de demanda sobre los recursos existentes que lleva a un empobrecimiento de recursos existentes así como un estrés laboral que puede poner en riesgo la calidad asistencial
Este proyecto, se justifica por la necesidad de establecer correctamente un control de los cuidados, recursos materiales y asistenciales, con un enfoque para la correcta asistencia al enfermo psiquiátrico cuando ingresa en la UCE del HUMS.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos: la población diana son todos los paciente ingresados en UCE, de ambos sexos, que precisen cuidados multidisciplinares.
Recogida de todos los datos cuantificables al ingreso, sobre las necesidades para el control del paciente, con la finalidad de una mejora asistencial
Aportar recursos materiales y asistenciales para el paciente y también sus familias para conseguir un correcto control y funcionamiento de la asistencia durante su ingreso hospitalario

MÉTODO

Elaboración de un documento escrito, una plantilla con una serie de items pertinentes, con toda la información referida a el control necesario del paciente cuando ingresa en la UCE de Psiquiatría
Presentación del documento a los profesionales de la plantilla que trabajan en esta unidad para su implementación posterior.
Realizaran, la cumplimentación de dicha plantilla, las TCAES de la UCE, al ingreso del paciente en la unidad de psiquiatría, rellenando los items para control y cuidados del paciente durante su estancia en la UCE

INDICADORES

Desarrollo e implementación del documento escrito (presente/ausente)
Impartición de un taller de implementación del documento dirigido a TCAES SI/NO
Distribución del documento en la UCE

DURACIÓN

Elaboración del documento : hasta diciembre del 2017
Impartición del taller para su correcta cumplimentación: Enero 2018
Implementación en la unidad para su cumplimentación por TCAES : enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0136

1. TÍTULO

PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA DE JUAN LADRON
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ POZA ALFONSO
SANTA EULALIA GONZALVO VICTORIA
RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA
DIONIS ESTOPAÑAN MARIA ASUNCION
SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ
NOTIVOL HERNANDEZ ROSARIO
ALADREN RODRIGO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión Bibliográfica para valorar, en cada uno de los miembros del Equipo, si la metodología empleada es la necesaria y las técnicas suficientes para el proceso evaluado para conseguir una mejoría constante.

- Realización del diagrama de flujos propuesto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Hemos realizado el diagrama de flujo del proceso de acogida del paciente en un equipo multidisciplinar en un Hospital de Días mediante reuniones multidisciplinarias de equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

el 95% de los pacientes que se les da el alta en nuestro recurso se ha realizado el diagrama de flujo del proceso. Nuestro proyecto requiere la programación de espacios temporales específicos semanales para la realización del alta de cada uno de los pacientes que acaban el programa en Hospital de Día. El equipo multiprofesional que atiende a los pacientes que realizan el Programa en Hospital de Día de Psiquiatría considera que esta medida es sostenible a lo largo del tiempo y extrapolable a cualquier recurso de condiciones similares al nuestro (recursos intermedios de intervención) y supone una mejora en el cierre del proceso asistencial permitiendo al equipo llevar a cabo una valoración integral de la evolución clínica de cada caso atendido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/136 ===== ***

Nº de registro: 0136

Título
PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA (H.U. MIGUEL SERVET)

Autores:
DE JUAN LADRON YOLANDA, PEREZ POZA ALFONSO, SANTA EULALIA GONZALVO VICTORIA, RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, DIONIS ESTOPAÑAN MARIA ASUNCION, SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ, SIGUENZA ARNEDEO MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Salud Mental
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0136

1. TÍTULO

PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA

Desde la apertura del recurso (Hospital de Día de Psiquiatría del HUMS) en el año 2014 hemos sido conscientes en el equipo de la importancia de poder trabajar el proceso de alta de cara a favorecer la continuidad de cuidados psicoterapéuticos y asistenciales en la red de Salud.

Siendo conocedores de la relevancia de este aspecto y de la idoneidad de poder hacer un buen cierre de los casos atendidos, velando por la óptima continuidad del trabajo realizado en un dispositivo de hospitalización parcial nos planteamos en 2017 la necesidad de realizar un diagrama de flujo para abordar el proceso de alta del paciente que finaliza el programa terapéutico en Hospital de Día desde una perspectiva multidisciplinar.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar estudio del proceso de alta desde un enfoque multidisciplinar para elaborar un diagrama de flujo de dicho proceso en Hospital de Día para contribuir de esta forma a mejorar la calidad en la continuidad de cuidados.

MÉTODO

Los diagramas de flujo pretendían convertirse en el mecanismo de análisis de la gestión de esta Unidad.

El equipo debe plantearse cada uno de los sucesos que ocurren en el proceso de alta de los pacientes que concluyen su programa terapéutico en Hospital de Día. Con este queremos conseguir una mayor eficacia y eficiencia.

Dedicaremos una reunión semanal en Hospital de Día para:

- Plasmar el trabajo que realiza cada profesional en el proceso de alta.
- Realizar una revisión bibliográfica exhaustiva para valorar, en cada uno de los miembros del equipo, si la metodología empleada es la necesaria y si las técnicas son suficientes para el proceso evaluado y para conseguir una mejora en la continuidad asistencial.
- Realizar el diagrama de flujo consensuado entre todos.

INDICADORES

- 1.-Realizar este año el diagrama de flujos en el proceso propuesto este año.
2. Contrastar estos diagramas con evaluadores externos al proceso.
3. Nueva evaluación por parte del equipo.
4. Incluir correcciones sugeridas.
5. Valoración final por el grupo de calidad de Psiquiatría.
6. ¿Se debe introducir algún cambio?
7. Se contrastará con alguno de los usuarios del Programa, ya que son los que reciben los resultados y viven las dificultades.

DURACIÓN

1. Búsqueda bibliográfica en febrero-marzo
2. Realización de flujos en abril-junio
3. Evaluación externa por equipo en julio-septiembre
4. Correcciones y valoración grupo de calidad en octubre
5. Introducir cambios de mejora en noviembre
6. Ver resultados final de año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0153

1. TÍTULO

ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ALFONSO PEREZ POZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE JUAN LADRON YOLANDA
SANTA EULALIA GONZALVO VICTORIA
RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA
DIONIS ESTOPAÑAN MARIA ASUNCION
SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ
CORBERA ALMAJANO MANUEL
NOTIVOL HERNANDEZ ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Estudio del proceso asistencial de todo el Equipo Multidisciplinar para elaborar un diagrama de flujo de la acogida del paciente en Hospital de día.
- Revisión Bibliográfica para valorar, en cada uno de los miembros del Equipo, si la metodología empleada es la necesaria y las técnicas suficientes para el proceso evaluado para conseguir una mejoría constante.
- Realización del diagrama de flujo propuesto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Hemos realizado el diagrama de flujo del proceso de acogida del paciente en un equipo multidisciplinar en un Hospital de Días mediante reuniones multidisciplinarias de equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Más del 95% de los pacientes que ingresan en nuestro recurso han podido realizar una acogida completa por cada uno de los profesionales del equipo.
- El equipo multiprofesional que atiende a los pacientes que realizan el Programa en Hospital de Día de Psiquiatría considera que esta medida es sostenible a lo largo del tiempo y extrapolable a cualquier recurso de condiciones similares al nuestro (recursos intermedios de intervención) y supone una mejora en la incorporación al proceso asistencial permitiendo al equipo llevar a cabo una acogida integral de cada paciente facilitándole la incorporación al programa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/153 ===== ***

Nº de registro: 0153

Título
ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA (H.U.MIGUEL SERVET)

Autores:
PEREZ POZA ALFONSO, DE JUAN LADRON YOLANDA, SANTA EULALIA GONZALVO VICTORIA, RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, DIONIS ESTOPAÑAN MARIA ASUNCION, SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ, CORBERA ALMAJANO MANUEL, SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0153

1. TÍTULO

ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

PARA LA GESTIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA DESDE 2016 SE VIO LA NECESIDAD DE ANALIZAR LOS PROCESOS QUE SUCEDEN. INICIAMOS EL ANÁLISIS CON LA VALORACIÓN DE COMO SE PRODUCIA LA DEMANDA DE INGRESO EN LA UNIDAD Y EL PROCESO DE ACOGIDA DE LOS USUARIOS/PACIENTES, DE MANERA GENERAL PARA VALORAR TODOS Y CADA UNO DE LOS ACTOS ASISTENCIALES QUE SUCEDEN EN NUESTRO DISPOSITIVO Y PARA ESO UTILIZAMOS LA TECNOLOGÍA DE LOS DIAGRAMAS DE FLUJO.

SIGUIENDO ESA VIA DE TRABAJO VEMOS LA NECESIDAD DE SEGUIR REALIZANDO UN UNICO DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ACOGIDA DEL PACIENTE EN HOSPITAL DE DIA PERO ANALIZANDO UNA VALORACION NO UNICAMENTE MEDICA SINO MULTIDISCIPLINAR.

RESULTADOS ESPERADOS

REALIZAR ESTUDIO DEL PROCESO ASISTENCIAL DE TODO EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA ELEBORAR UN DIAGRAMA DE FLUJO DE LA ACOGIDA DEL PACIENTE EN HOSPITAL DE DIA Y EN LOS GRUPOS TERAPEUTICOS PARA CONTRIBUIR DE ESTA FORMA A MEJORAR LA CALIDAD EN LA UNIDAD.

MÉTODO

LOS DIAGRAMAS DE FLUJO PRETENDEN CONVERTIRSE EN EL MECANISMO DE ANALISIS DE LA GESTIÓN DE ESTA UNIDAD. EL EQUIPO DEBE PLANTEARSE CADA UNO DE LOS SUCESOS QUE OCURREN EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LA ACOGIDA DE UN PACIENTE EN SU INGRESO EN HOSPITAL DE DIA. CON ESTO QUEREMOS CONSEGUIR UNA MEJOR EFICACIA Y EFICIENCIA.

DEDICAREMOS UNA REUNIÓN SEMANAL EN HOSPITAL DE DÍA PARA:

. PLASMAR EL TRABAJO QUE REALIZA CADA PROFESIONAL EN EL PROCESO DE ACOGIDA.

. REALIZAR UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EXHAUSTIVA PARA VALORAR, EN CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO, SI LA METODOLOGIA EMPLEADA ES LA NECESARIA Y SI LAS TECNICAS SON SUFICIENTES PARA EL PROCESO EVALUADO Y PARA CONSEGUIR UNA MEJORA COSNTANTE.

. REALIZAR EL DIAGRAMA DE FLUJO CONSENSUADO ENTRE TODOS.

INDICADORES

1. REALIZAR ESTE AÑO EL DIAGRAMA DE FLUJOS EN EL PROCESO PROPUESTO ESTE AÑO.

2. CONTRASTAR ESTOS DIAGRAMAS CON EVALUADORES EXTERNOS AL PROCESO.

3. NUEVO EVALUACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO.

4. INCLUIR CORRECCIONES SUGERIDAS.

5. VALORACIÓN FINAL POR EL GRUPO DE CALIDAD DE PSIQUIATRIA.

6. ¿ SE DEBE INTRODUCIR ALGÚN CAMBIO ?

7. SE CONTRASTARA CON ALGUNO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA. YA QUE SON LOS QUE RECIBEN LOS RESULTADOS Y VIVEN LAS DIFICULTADES

DURACIÓN

1. BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA FEBRERO- Marzo

2. REALIZACIÓN DE FLUJOS EN ABRIL- JUNIO.

3. EVALUACIÓN EXTERNA Y POR EQUIPO EN JULIO-SEPTIEMBRE.

4. CORRECCIONES Y VALORACIÓN GRUPO CALIDAD OCTUBRE.

5. INTRODUCIR CAMBIOS DE MEJORA EN NOVIEMBRE

5. VER RESULTADOS FINAL DE AÑO

OBSERVACIONES

SE CONVERTIRA EN NUESTRO MECANISMO DE MEJORA Y CALIDAD EN LA GESTIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0189

1. TÍTULO

EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA GRACIA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA
DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO
SOLER GONZALEZ CRISTINA
LISO BANDRES ANA MARIA
AIBAR LUIS MARIA JOSE
PASCUAL OLIVER MIGUEL
SALVADOR COSCUJUELA SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de encuesta de evaluación de necesidades en AP en relación a la asistencia del paciente psicogeriatrico, a través de formulario de google.
2. Presentación del proyecto y envío del enlace a la encuesta de evaluación a los coordinadores de los diferentes centros de AP, para su distribución entre los facultativos, a través de correo electrónico. Presentación (marzo/18) y 2 recordatorios (junio y septiembre/18).
3. Elaboración de registro de asistencia y necesidades específicas de pacientes mayores de 65 años atendidos en la USM. Se recogieron las siguientes variables: estado cognitivo, comorbilidad física, polifarmacia, problemática social, e institucionalización.
4. Periodo de evaluación/registro (mayo-octubre/18); por parte de todos los miembros del equipo de mejora.
5. Análisis de resultados (noviembre/18) y evaluación de los mismos en reunión de equipo (7/12/18).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número y porcentaje de pacientes mayores de 65 años atendidos en USM durante un periodo de 6 meses:
- CSM REBOLERIA= 407 (8.7%) en total; una media de 105 pacientes por cada FEA Psiquiatria (10.7% respecto al total de pacientes atendidos), 8 pacientes por FEA Psicología (3.8%), y 84 pacientes por Enfermería (5.6%). ¿Poner primero enfermería por ordenar porcentaje de mayor a menor?
- CSM SAN JOSE= 118 (16,5%), por parte de un FEA Psiquiatria.
- Porcentaje de pacientes mayores de 65 años atendidos en USM subsidiarios de asistencia en programa específico de psicogeriatrica: 47.2%. Problemática específica: Demencia 15.6%; Comorbilidad 44.1-67.9%; Polifarmacia 61%; Problemática social 12.7- 25.6%; Institucionalización 10.9%. ¿Poner porcentaje por orden?
- Respuestas al cuestionario por parte de los MAP: 26 (78.8% del total de Facultativos).
- 17 (65.4%) consideran complejo el abordaje del paciente psicogeriatrico.
- 23 (88.5%) consideran que su abordaje de estos pacientes podría mejorar bastante o mucho mediante sesiones formativas; específicamente en el abordaje de las alteraciones de conducta en el paciente con demencia y el uso de antipsicóticos en el anciano.
- 16 (61.5%) considerarían bastante o muy beneficiosa la interconsulta con Psiquiatria para el abordaje de estos pacientes.
- Se señalan asimismo limitaciones en la asistencia actual al paciente psicogeriatrico en USM, tal como la demora en las citas (73%), la dificultad de traslado del paciente (46%) y el uso excesivo de medicación (38.5%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación. Se han cumplido el 100% de los objetivos propuestos en el Programa. Nos ha permitido una mejor definición de las necesidades específicas de los pacientes mayores de 65 años derivados a USM por síntomas psiquiátricos y de las dificultades de abordaje de estos pacientes en el ámbito de Atención Primaria. Son necesarios futuros programas de mejora que respondan a estas necesidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/189 ===== ***

Nº de registro: 0189

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0189

1. TÍTULO

EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)

Título

EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)

Autores:

GRACIA GARCIA PATRICIA, CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA, DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO, SOLER GONZALEZ CRISTINA, LISO BANDRES ANA MARIA, AIBAR LUIS MARIA JOSE, PASCUAL OLIVER MIGUEL, SALVADOR COSCUJUELA SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El colectivo de personas mayores (en general, a partir de los 65 años) es considerado como población vulnerable en materia de Salud Mental (Ley General de Salud Mental, 1986). Sin embargo, hasta la fecha, y salvo programas concretos que parten de la iniciativa de algunos profesionales, la red de salud mental no cuenta con dispositivos específicos para la atención de esta población más allá de las unidades psicogeriatricas de larga estancia; de accesibilidad limitada y que no cubren la demanda asistencial para determinados perfiles de pacientes psicogeriatricos.

El borrador del Plan de Salud Mental 2017-2021 incluye como línea estratégica la PSICOGERIATRIA. La asistencia psicogeriatrica va dirigida a la atención a las personas mayores que presentan enfermedades mentales activas, así como a su entorno. Se caracteriza por ser comunitaria, global, interdisciplinaria, integral, atendiendo también a las actividades preventivas, la formación y la investigación.

El Plan de Salud Mental reconoce como dispositivos asistenciales básicos para la atención al paciente psicogeriatrico los Centros de Atención Primaria (AP) y las Unidades de Salud Mental (USM); y plantea como primeras actividades a desarrollar: 1) un programa de atención a mayores de 65 años con enfermedad Mental y 2) un protocolo de actuación coordinado (AP y USM) para residencias y centros de día de mayores.

Según los datos de población por sectores sanitarios y zonas de salud (www.aragon.es), correspondientes al año 2016, la Unidad de Salud Mental (USM) de Rebolera tiene una población de referencia de 73631 habitantes, correspondientes a las Zonas Básicas de Salud: Almozara, San Pablo, Independencia y Rebolera. De los cuales, 16133 habitantes (21,9 %) son mayores de 65 años. La carga de sujetos mayores de 65 años en el ámbito de influencia de otras USM en nuestro sector (II) es incluso mayor, alcanzando un 27,9% en la USM de San José.

El análisis de la demanda y necesidades de los pacientes psicogeriatricos atendidos en las USM, y de las necesidades de los médicos de AP en la atención a estos pacientes, puede facilitar posteriormente el desarrollo de acciones estratégicas para optimizar su atención, adaptadas a las necesidades reales.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Evaluar la carga asistencial correspondiente a pacientes mayores de 65 años en la USM Rebolera y el porcentaje de estos pacientes con necesidades específicas.
- 2) Comparar los parámetros anteriores con la actividad en otras USM de nuestro sector, concretamente en la USM San Jose, con mayor porcentaje de población mayor de 65 años en su ámbito de influencia.
- 3) Evaluar las necesidades percibidas de los Médicos de AP que derivan pacientes a ambas USM respecto a la asistencia del paciente psicogeriatrico.

MÉTODO

1. Elaboración de encuesta de evaluación de necesidades en AP en relación a la asistencia del paciente psicogeriatrico.
2. Presentación del proyecto y envío del enlace a la encuesta de evaluación a los coordinadores de los diferentes centros de AP, para su distribución entre los facultativos.
3. Elaboración de registro de asistencia y necesidades específicas de pacientes mayores de 65 años atendidos en la USM.
4. Periodo de evaluación/ registro.
5. Análisis de resultados y evaluación de los mismos en reunión de equipo.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0189

1. TÍTULO

EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)

- Número de pacientes mayores de 65 años atendidos en USM durante un periodo de 6 meses.
- Porcentaje de pacientes mayores de 65 años respecto al total de pacientes atendidos en USM.
- Número y porcentaje (respecto al numero de pacientes mayores de 65 años y al total de pacientes atendidos) de pacientes que cumplen criterios de población diana para asistencia en programa específico de psicogeriatría (según se describen en el borrador del Plan de Salud Mental 2017-2021).
- Porcentaje de respuestas a la encuesta de evaluación de necesidades en AP en relación con la asistencia al paciente psicogeriatrico. (Número de respuestas/ Total de Facultativos de AP que derivan pacientes a las USM Reboleria y San Jose) (Estándar > 50%)

DURACIÓN

1. Elaboración de encuesta de evaluación de necesidades en AP (Responsable, con aprobación miembros del equipo; marzo 2018)
2. Envío del enlace a la encuesta de evaluación a los coordinadores de los diferentes centros de AP (Responsable; abril 2018)
3. Elaboración de registro de asistencia a pacientes mayores de 65 años en la USM (Responsable, con aprobación miembros del equipo; marzo 2018)
4. Periodo de evaluación/ registro (cada uno de los miembros del equipo; abril-septiembre 2018)
5. Análisis de resultados (responsable; octubre 2018)
6. Evaluación de resultados en reunión de equipo USM (todos los miembros del equipo; noviembre 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0382

1. TÍTULO

PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN ASENSIO MANERO
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CEREZO SERRANO FRANCISCA
PUEYO JIMENEZ ALBA MARIA
NOVELLA NEBREDAS SUSANA
RIPALDA ROVIRA DOLORES
AZNAR ANADON ANA
CUADRADO MARTIN ANA ISABEL
ALAYETO ADIEGO GLORIA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el último trimestre del año 2018 enmarcado en el proyecto de calidad de la unidad de enfermería del servicio de psiquiatría, se ha realizado un estudio descriptivo respecto a los talleres de enfermería impartidos por las enfermeras especialistas en salud mental de dicha unidad.

Los talleres de enfermería se encuadran como funciones independientes, asistenciales y psicoeducativas de estas profesionales. Mediante este estudio se ha pretendido evaluar, por un lado, el grado de participación de los usuarios y por otra parte la satisfacción de los usuarios ingresados en dicha unidad con los talleres de enfermería ofertados.

El estudio consistía en una encuesta dividida en dos partes, la primera saber si habían participado o no, en ellos, y la segunda, a aquellos usuarios que sí habían participado se les preguntaba por su grado de satisfacción con ellos. La segunda pregunta era una escala tipo Likert de 5 ítems para determinar el grado de satisfacción:

- Muy satisfecho (5)
- Satisfecho (4)
- Aceptable (3)
- Insatisfecho (2)
- Muy insatisfecho (1).

Durante este trimestre el número de altas en la unidad ha sido de 87 y el número de encuestas realizadas 75. Esta diferencia se explica por la dificultad para realizarlas a algunos pacientes. Estas dificultades han sido principalmente: la barrera idiomática, dificultades cognitivas y la falta de colaboración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De las 75 encuestas realizadas los resultados son los siguientes:

*NO HAN PARTICIPADO :14 usuarios (18,7%)

*SÍ HAN PARTICIPADO :61 usuarios (81,3%)

De los pacientes que contestaron afirmativamente haber participado se han mostrado:

*MUY SATISFECHOS :36 usuarios (59,01%)

*SATISFECHOS: 16 usuarios (26,22%)

*ACEPTABLEMENTE SATISFECHOS: 8 usuarios (13,11%)

*INSATISFECHOS: 1 usuario (1,63%)

*MUY INSATISFECHOS: NINGÚN USUARIO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los talleres y grupos terapéuticos realizados en la UCE de psiquiatría, según las encuestas, han mejorado la estancia del paciente y la evolución de su patología.

El personal de enfermería de la UCE, que ha realizado estos talleres, se ha sentido más satisfecho y ha mejorado y aumentado la relación con el paciente, fomentado su parte sana para manejar mejor las situaciones de crisis, estrés, ansiedad y manejo de las emociones.

Se ha demostrado que trabajar activamente con el paciente y a su psicoeducación, mejora la satisfacción de ambas partes, el ambiente de trabajo y las capacidades de factores protectores para su desarrollo personal y su reinserción social.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/382 ===== ***

Nº de registro: 0382

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0382

1. TÍTULO

PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

Título
PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

Autores:
ASENSIO MANERO CARMEN, CEREZO SERRANO FRANCISCA, PUEYO JIMENEZ ALBA MARIA, NOVELLA NEBREDA SUSANA, AZNAR ANADON ANA, CUADRADO MARTIN ANA ISABEL, RIPALDA ROVIRA DOLORES, ALAYETO ADIEGO GLORIA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cuando ingresa el paciente en la UCE del Hospital que da desvinculado de su medio y debe adaptarse a un espacio nuevo y desconocido. Es una evidencia que el colectivo de personas que padecen patologías psiquiátricas graves no solo precisa de una atención sanitaria, sino de otras actuaciones como la educativa, rehabilitadora y potenciadora de su reinserción social.
Estas personas constituyen un colectivo muy vulnerable con escasos recursos, con alto riesgo de marginación y muchas veces bajo un estigma social que dificulta su integración social y la de sus familias. La enfermería de salud mental, conocedora de esta situación, realiza actuaciones encaminadas a cubrir las necesidades básicas y además de procurar un soporte y acompañamiento a retomar o cambiar hábitos potenciando los recursos personales y la capacidad ante las dificultades.
El taller es la herramienta de transmisión de información y adquisición de capacidades de La persona. El integrar talleres educacionales en el periodo de convalecencia en el hospital es un recurso asistencial-terapéutico que pretende ser una herramienta facilitadora de la recuperación del paciente. Así mismo estos talleres aumentan el grado de motivación, satisfacción y de enriquecimiento individual.
Desde el taller se trabaja activa y específicamente para asegurar la adecuada adherencia del paciente, desarrollando actividades que resulten más beneficiosas, buscando siempre la progresiva implicación y participación activa en el proceso del desarrollo personal y de rehabilitación social.

RESULTADOS ESPERADOS
- Promover la salud mental en los pacientes a través del aprendizaje de técnicas de autocuidado y habilidades sociales que permitan mejorar su bienestar y calidad de vida.
- Promover factores protectores que se integren a los ya existentes, principalmente orientados al manejo de emociones y situaciones difíciles, ansiedad, integración de los estados físicos, psicológicos y espirituales, a través del aprendizaje y practica de técnicas simples de relajación y/o contención mental
- Fomentar la comunicación, cooperación y armonía, aumentando el nivel de conciencia sobre su enfermedad y las consecuencias que desencadenen en sus hábitos cotidianos.
- Ofrecer un espacio de contención y estructura, y a la vez de acogida y acompañamiento durante su ingreso en la UCE.
- Permitir la expresión personal de cada paciente y fomentar la parte sana y sus recursos personales de cada paciente.
- Facilitar el establecimiento y el desarrollo de relaciones nutricias y estructurantes entre los miembros del grupo.
La población diana: serán los enfermos ingresados en la UCE del HUMS, y que deseen acudir de forma voluntaria y cuando su situación física y mental lo permitan.

MÉTODO
Metodología del trabajo:
- Formación del equipo de trabajo
- Los talleres serán diarios, en horario de mañana y tarde, basados en los Patrones de cuidados de M. Gordon
- Número de participantes en cada taller
- Información a los pacientes, de forma individualizada, de la existencia de estos talleres y de los requisitos que deben cumplir para asistir a ellos.
- Las actividades serán participativas y dinámicas.
Se priorizan y jerarquizan los talleres de EPS (Educación para la Salud) y Psicoeducación.
Reunión de los pacientes en el aula taller:
- Establecimiento de un ambiente terapéutico, así como de confianza entre paciente y equipo
- Informar de forma sencilla, clara y precisa de cómo se va a realizar el taller.
- Se realizarán exposiciones concretas, cercanas y fácilmente identificables utilizando ejemplos de la vida diaria, que les permitan adquirir conocimientos para desarrollarlos de forma eficaz en las tareas cotidianas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0382

1. TÍTULO

PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

INDICADORES

- 1- Porcentaje de pacientes que acuden a los talleres organizados al menos de un 50%. La medición se realizara mediante registro de asistentes tras cada taller.
 - 2- Porcentaje de pacientes que participan de forma activa en el taller, de al menos el 50%.
 - 3- Porcentaje de pacientes satisfechos o muy satisfechos con los talleres organizados de al menos el 70%.
- Se medirá al alta del paciente, mediante la Escala de Lickert, con estos 5 ítems:
- *Muy satisfecho.5
 - *Satisfecho.4
 - *Aceptable.3
 - *Insatisfecho.2
 - *Muy insatisfecho.1

DURACIÓN

- Fecha de inicio del proyecto.....Mayo 2018
- Elaboración y desarrollo de talleres.....Mayo, Junio, Julio, Agosto del 2018
- Dar a conocer los talleres a los miembros de la UCE.....Septiembre 2018
- Implementación de los talleres en UCE.....Octubre, Noviembre, Diciembre 2018
- Recogida y análisis de datos.....Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1111

1. TÍTULO

SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE JAIME DOMPER TORNIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA GARCIA PATRICIA
LACAMBRA CORTINA M
DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración y difusión de una encuesta de opinión respecto a las ventajas y limitaciones del registro entre los Facultativos del Servicio. Abril 2018
2. Definición de las dificultades concretas planteadas por los facultativos y consulta a los organismos oportunos para tratar de minimizarlas. Mayo 2018
3. Reunión del equipo de trabajo para consensuar qué casos podrían beneficiarse de forma inmediata de su registro en el programa. Mayo 2018
4. Reunión de los facultativos del servicio para facilitar la máxima participación; aclarar dudas respecto al proceso de registro; informar de los criterios de TMG que van a ser incluidos en el registro de forma prioritaria y de los indicadores de actividad. Junio 2018.
5. Reuniones con los profesionales de los CS del Sector II para realizar formación respecto al concepto de TMG y facilitar un buen uso de la información incluida en el registro, que permita mejorar la asistencia del paciente en el ámbito de primaria y la coordinación USM-CS. Pendiente.
6. Reuniones con los dispositivos de rehabilitación psicosocial de referencia de cada USM para facilitar la coordinación en la asistencia del paciente. Mensualmente (A través de la Comisión de ingresos) y trimestralmente en las USM.
7. Registro gradual de casos TMG, comenzando por los casos acordados "prioritarios", y de la carga asistencial referente a TMG en la actividad diaria de las USM. En curso desde septiembre 2018.
8. Registro de todos los pacientes con TMG que se presentan en las Comisiones técnicas de ingresos (subcomisión del sector y comisión central), para facilitar la toma de decisiones por parte de sus miembros. En curso desde septiembre 2018.
9. Análisis de resultados y evaluación del estado de registro. Pendiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Tasa de respuesta entre los FEA del Servicio a la encuesta. (>50%) 17 respuestas
2. Consulta de dudas ético-legales de los FEA respecto al registro TMG. (si)
3. Reunión con los FEA del Servicio. (si)
4. Reuniones con los CS. Pendiente
5. Número (Nº) de reuniones con los dispositivos de rehabilitación psicosocial de referencia de cada USM. (1por semestre); mensual/ trimestral
6. Nº de pacientes con TMG registrados respecto a la población de referencia mayor de 18 años. (0,5 %) pendiente
7. Nº y % de pacientes con TMG subsidiarios ó usuarios de recursos de rehabilitación psicosocial registrados.(150-200/ año y 100%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es difícil implantar medidas que potencialmente puedan perjudicar a los supuestos beneficiarios. Las garantías de los procesos y los planes de informatización para la mejora de la atención son el motor que lo posibilita, si bien la complejidad asistencial a los beneficiarios con diferentes departamentos intervinientes (no sólo sanitarios) y supuestas plataformas de interacción entre ellos que no han llegado a ponerse en funcionamiento no permiten todavía la consolidación del proyecto, por otra parte necesario, por lo que lo continuamos en la presente anualidad.

7. OBSERVACIONES.

Sirva de memoria de seguimiento de la primera anualidad del proyecto y de solicitud de continuidad del mismo. La posible reordenación de los recursos y comisiones de salud mental a nivel de área exigiría la revisión de algunas actividades vinculadas a éstos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1111 ===== ***

Nº de registro: 1111

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1111

1. TÍTULO

SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION

SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION. INTERVENCIONES ESPECIFICAS

Autores:
DOMPER TORNIL JAIME, MARTINEZ GONZALEZ EDUARDO, CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA, DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO, GONZALEZ MAISO ANGELA, ROMANCE ALADREN MARINA, SALVADOR COSCUJUELA SONIA, PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Aragón no se dispone de un Sistema de Información de Salud Mental, aunque se haya contemplado como necesidad en los diversos Planes de Salud Mental, incluido el actual 2017-21 (Proyecto 18, Línea Estratégica 4). La "complejidad" terapéutica y asistencial (seguimiento clínico-terapéutico-rehabilitador) de los pacientes con un Trastorno Mental Grave (TMG), aconseja poder disponer de información personalizada adecuada y actualizada. Con esta intención se ha elaborado el registro de personas con TMG, incluido en la Historia Clínica Electrónica (HCE) y supeditado a las normas de accesibilidad y trazabilidad de la misma. El registro de TMG tiene como objetivos principales: (1) disponer de un Conjunto Mínimo de Datos de los pacientes con TMG atendidos en los dispositivos asistenciales y rehabilitadores de Aragón; (2) permitir una planificación y gestión de recursos adecuada a la demanda; (3) facilitar la coordinación entre los profesionales de los diferentes recursos asistenciales; (4) facilitar la continuidad asistencial de los pacientes, minimizando el riesgo de desvinculación terapéutica.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Aclarar dudas ético-legales para facilitar la participación de todos los profesionales y elaborar el registro con las máximas garantías para nuestros pacientes.
2. Consensuar con los profesionales del Servicio los casos de TMG que pueden beneficiarse de forma más inmediata y clara de su inclusión en el registro.
3. Familiarizar a los profesionales del Servicio con el uso de esta herramienta de registro.
4. Facilitar la continuidad asistencial y un abordaje integral en la asistencia del paciente con TMG: Mediante la coordinación entre las Unidades de Salud Mental (USM) con los recursos de rehabilitación psicosocial, así como con las comisiones técnicas de acceso a los mismos; y con los profesionales de Atención Primaria en los Centros de Salud (CS).
5. Documentar la carga asistencial de TMG en cada Unidad del Servicio de Psiquiatría.

MÉTODO

1. Elaboración y difusión de una encuesta de opinión respecto a las ventajas y limitaciones del registro entre los Facultativos del Servicio.
2. Definición de las dificultades concretas planteadas por los facultativos y consulta a los organismos oportunos para tratar de minimizarlas.
3. Reunión del equipo de trabajo para consensuar qué casos podrían beneficiarse de forma inmediata de su registro en el programa.
4. Reunión de los facultativos del servicio para facilitar la máxima participación; aclarar dudas respecto al proceso de registro; informar de los criterios de TMG que van a ser incluidos en el registro de forma prioritaria y de los indicadores de actividad.
5. Reuniones con los profesionales de los CS del Sector II para realizar formación respecto al concepto de TMG y facilitar un buen uso de la información incluida en el registro, que permita mejorar la asistencia del paciente en el ámbito de primaria y la coordinación USM-CS.
6. Reuniones con los dispositivos de rehabilitación psicosocial de referencia de cada USM para facilitar la coordinación en la asistencia del paciente.
7. Registro gradual de casos TMG, comenzando por los casos acordados "prioritarios", y de la carga asistencial referente a TMG en la actividad diaria de las USM.
8. Registro de todos los pacientes con TMG que se presentan en las Comisiones técnicas de ingresos (subcomisión del sector y comisión central), para facilitar la toma de decisiones por parte de sus miembros.
9. Análisis de resultados y evaluación del estado de registro.

INDICADORES

1. Tasa de respuesta entre los FEA del Servicio a la encuesta. (>50%)
2. Consulta de dudas ético-legales de los FEA respecto al registro TMG. (si)
3. Reunión con los FEA del Servicio. (si)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1111

1. TÍTULO

SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION

4. Reuniones con los CS. (>25% CS del Sector II)
5. Número (Nº) de reuniones con los dispositivos de rehabilitación psicosocial de referencia de cada USM. (1 por semestre)
6. Nº de pacientes con TMG registrados respecto a la población de referencia mayor de 18 años. (0,5 %)
7. Nº y % de pacientes con TMG subsidiarios ó usuarios de recursos de rehabilitación psicosocial registrados. (150-200/ año y 100%).

DURACIÓN

Actividades (1) y (3): abril 2018
Actividades (2) y (4): abril- mayo 2018
Actividades (5) y (6): septiembre-noviembre 2018
Actividades (7) y (8): junio-noviembre 2018
Actividad (9): diciembre 2018

OBSERVACIONES

Como se refiere en el formato original adjunto, coordina el proyecto la Dra Patricia Gracia García, para implantarlo en las seis Unidades de Salud Mental del sector (Sº Psiquiatría del HUMS).

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0588

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN LAS U.S.M

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA SOLER GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA GRACIA PATRICIA
CALVO ESTOPIÑAN MARIA PILAR
SIMAL GALINDO TATIANA
ORCAJO VILLAPUN DAVID
RIPALDA ROVIRA MARIA DOLORES
PAREDES CARREÑO PAMELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha informado e incentivado la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.
Se ha iniciado la recopilación de los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las Unidades de Salud Mental (USM/USMIJ) de Psiquiatría Sector II.
Se han Identificado las áreas vulnerables de nuestro sistema.
Se está realizando la divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones.
Se ha elaborado un sistema de notificación de efectos adversos interno más ágil (a través de envío de mail y a dispositivos móviles).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha identificado como área vulnerable la gestión administrativa (gestión de citas, gestión de historia clínica en papel...)

De las 8 actividades propuestas a lo largo del proyecto, se evaluó como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%
Indicadores parciales (por objetivo):

- Registro de incidencias en el curso de 4 meses; (si)
- Presentación en sesión de Calidad el análisis de los datos de los EA recogidos, incluso se ha realizado una sesión clínica con todo el Servicio para divulgar la información (si)
- Potenciación de sistemas de notificación online, con el uso de nuevas tecnologías con notificaciones cada dos semanas recordando la notificación (si)
- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50% (si)
- Registro de incidencias en el curso de 4 meses; Se ha iniciado el registro (100%)
- Presentación en grupo de calidad el análisis de los datos de los EA recogidos. (si)
- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal. Se ha modificado a envío por mail y dispositivos móviles con periodicidad mensual recordatorio de registro de efectos adversos. (100%)
- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50% (si)

De forma global se han encontrado que el 10,5% eran debidos a error en la comunicación, a falta de conocimiento, mala administración del fármaco y otras causas.
Un 31,6% fue debido a problemas administrativos
Un 21,1% por efecto secundario del tratamiento.
Un 5,3% por retraso en el tratamiento.

Un 78,8% fueron eventos evitables; en un 52,6% ocasionó daño leve, un 36,8% sin daños y un 10,5% daños graves.

La mayoría se podrían haber resuelto mejorando la gestión administrativa (citas en papel, historia clínica electrónica, administrativa sustituta con nociones en agenda HIS, evitando saturación de agenda). Los efectos farmacológicos fueron leves e inevitables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante la sesión clínica informativa se recogieron muchas más incidencias que no se subieron al registro por presión asistencial. En la encuesta de satisfacción, el 100% consideró útil tener un sistema de notificación, aunque también consideraron que se notificaba menos de lo real. Un 75% veían como inconveniente principal la presión asistencial y la necesidad de mayor implicación. Sigue siendo una tarea pendiente el potenciar la notificación de los eventos adversos. La presión asistencial hace que en el día a día no se registren la mayor parte de las incidencias que ocurren de forma habitual en las USM/USMIJ.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0588

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN LAS U.S.M

*** ===== Resumen del proyecto 2019/588 ===== ***

Nº de registro: 0588

Título
SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN LAS USM

Autores:
SOLER GONZALEZ CRISTINA, GRACIA GARCIA PATRICIA, CALVO ESTOPIÑAN MARIA PILAR, SIMAL GALINDO TATIANA, ORCAJO VILLAPUN DAVID, RIPALDA ROVIRA MARIA DOLORES, PAREDES CARREÑO PAMELA, NAVAS FERRER CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Aunque los estudios sobre EA se han centrado habitualmente en la atención hospitalaria, cada día es mayor el interés de los profesionales y las organizaciones sanitarias por estudiar la magnitud de los EA en el ámbito ambulatorio.

La prevención de EA en el ámbito ambulatorio debe ser una prioridad, dado que el 70% de los EA que acontecen en este nivel de atención son evitables.

La magnitud del problema es difícil de cuantificar, pero es necesario incrementar la seguridad del paciente, mejorar la calidad de la asistencia y facilitar un sereno ejercicio profesional. Pero los pacientes son especialmente vulnerables, de tal modo que no siempre va a ser fácil distinguir entre los EA que van ligados a los cuidados de aquellos que son facilitados por los factores de riesgo intrínseco y/o extrínseco, que no son exactamente los mismos que los condicionados por la enfermedad (complicaciones esperables en una determinada proporción).

La asistencia sanitaria implica, necesariamente, riesgos. El profesional que trabaja en un «entorno imperfecto» debe, por tanto, conocer cuál es el riesgo asistencial asociado a su trabajo. Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos necesario realizar programas de sensibilización de los profesionales que trabajamos en el ámbito sanitario. El impacto sanitario, social y económico de los efectos adversos, convierte su estudio en una prioridad de Salud Pública

RESULTADOS ESPERADOS
Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos. Implementar mecanismos eficaces para notificarlos si éstos sucediesen. Se actuará en todos los pacientes, de todas las edades.

Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las Unidades de Salud Mental (USM/USMIJ) de Psiquiatría Sector II.
Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.
Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.
Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS.
Análisis del impacto del programa.

MÉTODO
I. Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos. Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las USM de Psiquiatría:
1. Divulgación del formulario de registro de efectos adversos (Responsable)
2. Información y consenso en los criterios de registro (reunión de grupo)
3. Registro de incidencias por el personal de las USM.
4. Análisis de "puntos débiles" y propuestas (reunión de grupo)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0588

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN LAS U.S.M

II.- . Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.

Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.:

5.Elaboración de guía con estrategias para la prevención de los incidentes, errores y efectos adversos detectados (Responsable)

III.- Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS:

6. Establecer reuniones de información y formación para prevenir incidentes

IV.- Análisis del impacto del programa:

7.Realización de una encuesta anónima a los facultativos, MIREs, PIRES y enfermería de las USM, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria.

8- Establecer acciones de mejora para 2020.

INDICADORES

De las 8 actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%

Indicadores parciales (por objetivo):

- Registro de incidencias en el curso de 4 meses; estimamos un registro aproximado de incidencias.

- Presentación en sesión de Calidad el análisis de los datos de los EA recogidos (si/no)

- Potenciación de sistemas de notificación online, con el uso de nuevas tecnologías

- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

DURACIÓN

- MARZO-JUNIO 2019: Divulgación del formulario de registro de efectos adversos y primera reunión del grupo de trabajo. Reuniones de grupo para analizar "puntos débiles"

- JULIO-NOVIEMBRE 2019: Reevaluar datos y establecer alertas. Implicar y motivar al personal de las notificaciones de efectos adversos

- DICIEMBRE 2019: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0589

1. TÍTULO

MEMORIA CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE PÁGINA WEB/ENLACE INTRANET SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS PEREZ ECHEVERRIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTEGA ALVARADO PABLO
PASCUAL OLIVER MIGUEL
SOLER GONZALEZ CRISTINA
CADEVILLA SOLER CLARA
BUENO NOTIVOL JUAN
QUIJADA RUIZ LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, se realizó un diseño de los contenidos mínimos que debía tener la web del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet.

Se contactó con el servicio de informática para ver cómo se podía disponer de la información en la intranet del Sector II

Se desarrollaron los contenidos, permitiendo exponer la información tanto de los integrantes como de los servicios que ofrece a la comunidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido el objetivo de dar visibilidad al Servicio de Psiquiatría del Sector II.

Se ha realizado la creación de un sitio web del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet, integrado en la página de internet del Sector II y dirigido a los ciudadanos.

<http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/paginas-libres/portal-sector/servicios-clinicos/servicios-medicos/psiquiatria.html>

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha iniciado la página con unos contenidos mínimos para tener una presencia en Internet y dar visibilidad al Servicio de Psiquiatría del Sector II.

Será necesario reevaluar periódicamente y actualizar cambios estructurales y novedades del Servicio.

Indicadores:

- Puesta en marcha del sitio web: si
- Incluirla en la página de intranet del Sector II: si

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/589 ===== ***

Nº de registro: 0589

Título
CREACION Y DIFUSION DE PAGINA WEB/ENLACE INTRANET SERVICIO DE PSIQUIATRIA

Autores:
PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS, ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO, PASCUAL OLIVER MIGUEL, SOLER GONZALEZ CRISTINA, CADEVILLA SOLER CLARA, BUENO NOTIVOL JUAN, QUIJADA RUIZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0589

1. TÍTULO

MEMORIA CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE PÁGINA WEB/ENLACE INTRANET SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la era digital, el Servicio de Psiquiatría del Sector II, no cuenta con un sitio web dirigido a los ciudadanos y usuarios del Sector. Son numerosos los Servicios que ya cuentan con este tipo de enlace en la Intranet del Sector II.

RESULTADOS ESPERADOS

Es importante adaptarse a las nuevas formas de comunicación y estar presente en los medios digitales por lo que nuestro objetivo es dar visibilidad al Servicio de Psiquiatría del Sector II.

Nuestro objetivo es la creación de un sitio web del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet, integrado en la página de intranet del Sector II y dirigido a los ciudadanos.

La creación de una página web permitiría al Servicio de psiquiatría exponer la información tanto de los integrantes como de los servicios que ofrece a la comunidad, permitiendo una transparencia en el trabajo realizado y reflejando la imagen, los objetivos y metas del Servicio.

MÉTODO

Identificar a una persona responsable del Servicio de Psiquiatría para gestionar la información que se ofrecerá sobre el mismo.

Crear los contenidos y facilitarlos al Servicio de informática para incluirlo en la Intranet del Sector. Reevaluar los resultados y valorar modificar contenidos según cambios estructurales.

MÉTODO

- Definición de la estructura del sitio web y diseño.
- Generación de los contenidos. Diseñar los contenidos mínimos necesarios para dar visibilidad al Servicio de Psiquiatría del Sector II.
- Definición de responsables para su mantenimiento. Actualización del personal adscrito y de las novedades del Servicio.
- Definición de responsables de contenidos, buscando facilidad en la navegación.

INDICADORES

- Puesta en marcha del sitio web (si/no)
- Incluirla en la pagina de intranet del Sector II (si/no)

DURACIÓN

- FEBRERO 2019- DICIEMBRE 2019 creación de los contenidos y estructura del página web. Actualización según novedades y cambios estructurales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0596

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN PACIENTE PSICOGERIATRICO

Fecha de entrada: 25/12/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA GRACIA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CORBERA ALMAJANO MANUEL
PEREZ POZA ALFONSO
CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA
PEREZ PEMAN CAMINO
ALDA DIEZ MARTA
PAREDES CARREÑO PAMELA
BUENO NOTIVOL JUAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de material formativo basado en Guías de Práctica Clínica y Guías de Consenso de Expertos sobre el uso de Antipsicóticos en pacientes con demencia. Revisión por el Grupo de Trabajo de Uso Racional del Medicamento en Paciente Crónico Complejo con Demencia, constituido por un equipo multidisciplinar de expertos en el abordaje del paciente con demencia pertenecientes al sector II de Zaragoza.
2. Sesión específica como parte del programa de sesiones clínicas en el Servicio de Psiquiatría. Formación y sensibilización de facultativos en las diferentes secciones.
3. Sesiones formativas en Centros de Atención Primaria del ámbito del Sector II.
4. Encuesta anónima de evaluación de las sesiones formativas, para evaluar la utilidad percibida para su práctica diaria por parte de los profesionales asistentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Definición de criterios de uso racional de antipsicóticos (AP) en los pacientes con demencia. Indicador: SI (standard)
2.- Indicador: Número de reuniones y/o sesiones clínicas del Servicio de Psiquiatría destinadas a la divulgación del programa= 1 (standard)
3.- Indicador: Número de sesiones formativas en Centros de Atención Primaria=4. (Standard: 4+)
4.- Indicador: Porcentaje de profesionales asistentes que valoran la formación útil para su práctica asistencial= 100% de las respuestas valoran la formación bastante o muy útil. (Standard: 50%+)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El programa se ha desarrollado con un cumplimiento del 100% de los objetivos. Se han llevado a cabo sesiones formativas en todos los Centros de Atención Primaria del ámbito del Centro de Salud Mental de Rebolera y otra dirigida a los profesionales del Servicio de Psiquiatría, con alto grado de satisfacción de los asistentes, que valoran muy útil el contenido de la sesión y que puede influir bastante en sus hábitos de prescripción.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/596 ===== ***

Nº de registro: 0596

Título
USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN PACIENTE PSICOGERIATRICO

Autores:
GRACIA GARCIA PATRICIA, CORBERA ALMAJANO MANUEL, PEREZ POZA ALFONSO, CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA, PEREZ PEMAN CAMINO, ALDA DIEZ MARTA, PAREDES CARREÑO PAMELA, BUENO NOTIVOL JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0596

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN PACIENTE PSICOGERIATRICO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los fármacos antipsicóticos (AP) son los más utilizados para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales en los pacientes con demencia (SPCD), tal como los delirios, la agitación y la agresividad. La mayoría de estos pacientes reciben tratamiento AP durante un tiempo prolongado, y con frecuencia se usan combinaciones de varios AP en un mismo paciente. Estos fármacos tienen efectos adversos y riesgos significativos, a los que los ancianos son especialmente vulnerables. Por otro lado, en muchas ocasiones se utilizan 'fuera de indicación'. Por tanto, el tratamiento con AP en los pacientes con demencia exige una protocolización específica que permita hacer un uso racional de los mismos.
Una de las conclusiones del Programa de Calidad titulado: EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP), incluido en los Acuerdos de Gestión Clínica 2018 (0189/2018), fue la necesidad y la demanda por parte de los Médicos de AP de formación en relación al abordaje de los SPCD y el uso de AP en el anciano (84% y 88.5% de los facultativos encuestados, respectivamente).

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Definir criterios de uso racional de AP en los pacientes con demencia.
- 2) Divulgación de criterios a todos los Facultativos del Servicio de Psiquiatría del HUMS.
- 3) Divulgación de criterios en algunos Centros de Atención Primaria del sector II, como experiencia piloto.
- 4) Evaluar utilidad percibida de las sesiones formativas entre los profesionales implicados y, eventualmente, aspectos a mejorar en las mismas.

MÉTODO

1. Elaboración de material formativo basado en Guías de Práctica Clínica y Guías de Consenso de Expertos sobre el uso de AP en pacientes con demencia.
2. Revisión del material por el Grupo de Trabajo de Uso Racional de Medicamento en el Paciente Crónico Complejo con demencia, constituido por un equipo multidisciplinar de expertos en el abordaje del paciente con demencia pertenecientes al sector II de Zaragoza, y por la Comisión de URM del Hospital Miguel Servet.
3. Divulgación del material formativo entre los profesionales del Servicio de Psiquiatría del HUMS.
4. Sesiones formativas en Centros de Atención Primaria del ámbito de USM Rebolera y USM Casablanca.
5. Encuesta de evaluación de las sesiones formativas, para evaluar la utilidad percibida para su práctica diaria por parte de los profesionales asistentes.

INDICADORES

1. SI/NO (estándar: SI)
2. SI/NO (estándar: SI)
3. Número de sesiones formativas dirigidas a profesionales del Servicio de del HUMS (estándar: 1); registro cualitativo de otras medidas de divulgación del material en este ámbito.
4. Número de sesiones formativas dirigidas a facultativos de AP del ámbito de USM Rebolera y Casablanca (estándar: 4)
5. Porcentaje de profesionales que valoran utilidad las sesiones formativas (estándar: >50%)

DURACIÓN

1. Marzo-Abril 2019
2. Abril-Mayo 2019
3. Mayo-Junio 2019
4. Septiembre 2019- Febrero 2020
5. Septiembre 2019- Febrero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0960

1. TÍTULO

GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN ASENSIO MANERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ CRESPO ANA ISABEL
SANCHEZ MENA MARTA
AZNAR LAPUENTE MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de los meses de abril a junio de 2019, se recopiló la información sobre grupos psicoeducativos en pacientes con enfermedad mental. El punto de partida conceptual fue el de que los Programas Psicoeducativos deben estar dentro de los Programas de Atención de Enfermería, de tal manera que, si conseguimos que el paciente conozca mejor su enfermedad, su tratamiento y las consecuencias del abandono del mismo, sin duda conseguiremos un mejor cumplimiento. Así, el papel de Enfermería en los programas Psicoeducativos es fundamental, ya que la enfermera es quien más contacto tiene con el paciente y, por tanto, es quien de forma más apropiada transmitirá los conocimientos, escuchará los problemas o preocupaciones que sufran los pacientes, y valorará si el aprendizaje y maduración es el adecuado.

En el mes de junio 2019, se iniciaron las sesiones informativas en los Centros de Salud Mental que engloban el Sector Zaragoza II (CSM Fuentes Norte, CSM San José Norte, CSM Sagasta, CSM Torrero-La Paz, CSM Rebolera y CSM Casablanca). En ellos se informó a las profesionales de Enfermería sobre este marco conceptual y se divulgó la metodología a utilizar según se explica más adelante.

Entre julio y noviembre de 2019 se desarrollaron los grupos psicoeducativos dirigidos a una población compuesta por personas mayores de 18, de ambos sexos, con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (Esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, Trastornos de personalidad y Trastornos del estado de ánimo) que presentasen deterioro en su funcionamiento psicosocial y en su integración socio-comunitaria y sanitaria, a fin de prevenir situaciones de abandono y marginación; y sobre todo ayudarles a mantenerse en adecuadas condiciones de salud y autocuidados en su propia vivienda y/o en su entorno familiar y social.

Los recursos utilizados consistieron en una sala de la USM y en material didáctico. Este consistió en diferentes materiales audiovisuales como vídeos, películas, posters, libros, folletos, etc., además de rotuladores, folios, pizarra, pinturas, cuaderno individual, etc.

La metodología empleada en las sesiones consistió en:

Establecimiento de las NORMAS a cumplir para un adecuado funcionamiento del grupo:

Puntualidad y asistencia a todas las actividades del programa.

Los pacientes deben estar motivados y dispuestos a participar en el programa; de lo contrario, no se obtendrán los beneficios esperados.

Todas las experiencias y vivencias compartidas por los pacientes con el resto del grupo son de carácter confidencial.

Si durante la sesión el paciente presenta un estado de ansiedad, podrá abandonar la sesión comunicándolo en privado al profesional que dirija la actividad.

Las sesiones serán participativas. Esta interacción de todos en torno al tema elegido estimula el intercambio entre los pacientes.

Está prohibido el consumo de alcohol u otras drogas, quedando el paciente excluido del programa de psicoeducación si se produce dicho consumo.

Las sesiones se desarrollaron en grupos de un máximo de 6 personas, durante dos días a la semana a la misma hora, con aproximadamente una hora de duración. La base teórica previamente recopilada y transmitida se basó en la Dinámica del Grupo y en la Psicología del Aprendizaje, para lo que se requería que la Enfermera coordinadora de estas actividades cuidase de:

Crear un ambiente de grupo gratificante, usando el buen humor y el refuerzo social.

Fomentar la participación de todos los miembros del grupo, usando para ello los nombres propios de los pacientes, y crear un ambiente seguro, usando el refuerzo positivo.

Emplear el diálogo con los participantes a través de preguntas y respuestas incluso para la transmisión de la información, procurando una mayor dinámica y participación del grupo y evitando así que la transmisión de información sea una clase magistral.

Nivel de exigencia progresivo. Uso de recursos y materiales para mantener la concentración sobre la actividad.

Intentar que las distracciones con otros temas sean las menos posibles e indicar en qué momento sería conveniente el planteamiento de dudas.

Iniciar todas las sesiones recordando los objetivos que se pretenden conseguir en cada sesión. Utilizar rutinas y normas claras que permitan identificar la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante los meses de septiembre y diciembre de 2019, una vez pasado el paréntesis veraniego, se implementaron los grupos Psicoeducativos, llevándose a cabo las siguientes sesiones en los Centros de Salud Mental del Sector Zaragoza II:

CSM Torrero-La Paz: Grupos psicoeducativos centrados en la Ansiedad. Se han realizado 5 sesiones. La asistencia media fue del 86,6%.

CSM San José Norte: Grupos psicoeducativos centrados en la Relajación y Prevención de recaídas. Se han realizado 8 sesiones. La asistencia media fue del 82,5%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0960

1. TÍTULO

GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES CON TRANSTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

CSM Las Fuentes Norte: Grupos psicoeducativos centrados en la Relajación. Se han realizado 4 sesiones. La asistencia media fue del 87,5%.

CSM Casablanca: Grupos psicoeducativos centrados en Psicoeducación y Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Se han realizado 2 sesiones. La asistencia media fue del 90%.

CSM Sagasta: Grupos psicoeducativos centrados en Psicoeducación. Se han realizado 2 sesiones. La asistencia media fue del 83,3%.

CSM Reboleña: Grupos psicoeducativos centrados en ABVD y Adherencia al tratamiento. Se han realizado 4 sesiones. La asistencia media fue del 85%.

A lo largo de los meses se mantuvo una asistencia media en conjunto del 85,81%.

Se informaron dificultades relacionadas con los siguientes factores:

Encontrar un tiempo específico para la actividad en las ya sobrecargadas agendas del personal de Enfermería.

Problemas con la continuidad de las/los profesionales asignados al CSM y encargadas de la actividad, por coincidir con una época de resoluciones de movilidad laboral.

Garantizar un espacio adecuado (con los medios materiales, espacio y mobiliario) para la actividad a desarrollar en el horario disponible.

Dificultad para coordinar el inicio de la actividad en una época en que no se viese interrumpida por periodos vacacionales del personal y/o de los pacientes.

Aunque el periodo de seguimiento tras la conclusión de las sesiones ha sido breve, no se ha informado de la desestabilización clínica de ninguno de los pacientes incluidos en los grupos en los distintos CSMs.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la Psicoeducación hemos observado que se hace al paciente más responsable y protagonista de su cambio, con lo que creemos haber conseguido diferentes objetivos:

Facilitar información actualizada asequible y comprensible para las características particulares e individuales de cada persona.

Ayudarles a responsabilizarse cada uno de sus autocuidados.

Conseguir cambios de comportamiento para lograr conductas más saludables, minimizando o eliminando factores de riesgo.

Incrementar el conocimiento de los factores de riesgo de recidivas, como consumo de drogas como alcohol, cannabis u otros alucinógenos, cambios drásticos en los hábitos de la vida diaria y estrés ambiental aumentando los recursos de afrontamiento y solución de problemas.

Enseñar a diferenciar síntomas de pródromos y a valorar su medicación como el factor principal de protección, favoreciendo la adherencia al tratamiento. También a conocer los efectos secundarios de la medicación y a saber informar sobre ellos.

Reducir el riesgo de recaídas, permitiendo la intervención precoz y previniendo los ingresos hospitalarios.

Eliminar prejuicios sobre las enfermedades mentales y sobre las personas que las sufren.

Aliviar la carga emocional y asistencial sobre sí mismo, la sociedad y familia. Elaborar un vínculo entre pacientes y profesionales dirigido a mejorar relaciones de confianza mutua, a disminuir sentimientos de culpa, a proponerse y alcanzar metas a corto plazo y establecer y enseñar recursos de afrontamiento de recidivas del paciente dado el propio carácter de la enfermedad.

Reconocer y potenciar recursos de los pacientes para el desarrollo de actividades de la vida cotidiana y actividades básicas de la vida diaria. Fomentar la conciencia y control de síntomas y otros patrones disfuncionales.

Aportar a los participantes de un ambiente de enseñanza y apoyo socioafectivo de manera continua y prolongada a lo largo del tiempo, de modo que se favorezca los logros en un ámbito de cotidianidad.

Hemos constatado que trabajar activamente con el paciente a través de los talleres de Psicoeducación mejora la satisfacción por ambas partes, así como su reinserción a la sociedad y la familia y al trabajo, y desarrolla la capacidad de aumentar los factores protectores para su desarrollo personal. Asimismo ha resultado una tarea descrita como gratificante por los profesionales implicados.

Consideramos que la actividad realizada es sostenible en el futuro, contando con la suficiente planificación en el tiempo de las agendas y con los espacios adecuados en los respectivos CSMs. Se trata de una actividad respaldada por la bibliografía y por la presente experiencia, como generadora de diversas ventajas en el manejo del paciente. En nuestra opinión, es además un proyecto extrapolable a los CSM de los restantes Sectores sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma, dado que, hasta donde sabemos, el funcionamiento de dichos dispositivos es compatible con la inclusión de esta actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/960 ===== ***

Nº de registro: 0960

Título
GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0960

1. TÍTULO

GRUPO PSICOEDUCATIVO EN PACIENTES CON TRANSTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

ORCAJO VILLAPUN DAVID, RIPALDA ROVIRA MARIA DOLORES, ASENSIO MANERO CARMEN, TORES PACHECO JUAN, SANCHEZ MENA MARTA, AZNAR LAPUENTE MIRIAM, DOMPER TORNIL JAIME

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las personas que sufren trastornos mentales graves en muchas ocasiones presentan un deterioro de la salud física que supone un factor añadido a la enfermedad. Esto suele estar asociado a hábitos de vida poco saludables y desorganizados, como una mala alimentación, vida sedentaria, ritmo de sueño cambiado, consumo de tabaco y otros tóxicos.

RESULTADOS ESPERADOS

mejorar la calidad de vida del paciente
prevenir enfermedades cardiovasculares
aumentar el conocimiento y promover hábitos de vida saludables

MÉTODO

Buscar información sobre grupos psicoeducativos en pacientes con enfermedad mental
Informar al personal de los csm del proyecto
Evaluación de la participación en el proyecto

INDICADORES

Recogida de información del desarrollo del proyecto e incidencias
Continuidad de asistencia de usuarios a los grupos

DURACIÓN

Marzo- Junio: Divulgar e informar del proyecto de mejora de calidad
Julio-Noviembre: Desarrollo del grupo psicoeducativo
Diciembre: Evaluación de la participación de personas en los grupos e incidencias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1163

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN GRUPOS MULTIFAMILIARES EN HOPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ALFONSO PEREZ POZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE JUAN LADRON YOLANDA
RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA
NOTIVOL HERNANDEZ ROSARIO
SANTA EULALIA MARIA VICTORIA
MOTA RIVAS MARTA
SALVADOR COSCUJUELA SONIA
PASCUAL OLIVER MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas según el calendario marcado:

1. Búsqueda de bibliografía (finalización en mayo)
2. Evaluación externa (junio y julio)
3. Correcciones y valoración del grupo de calidad (agosto y septiembre)
4. Introducir cambios de mejora y contastar con usuarios (octubre)
5. Ver resultados y concreción del protocolo (noviembre y diciembre)

Se ha realizado un protocolo de dicho proceso para contribuir de esta forma a la mejora de calidad de nuestro programa de tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores realizados son:

1. Realizar este año el primer análisis del proceso terapéutico.
2. Contrastar el primer análisis con evaluadores externos al proceso.
3. Nueva evaluación por parte del equipo.
4. Incluir correcciones sugeridas.
5. Valoración final por el grupo de calidad de psiquiatría.
6. ¿ Se debe introducir algún cambio?
7. Se contrasta con los usuarios del programa
8. Se finaliza el protocolo.

Se realiza el protocolo que ha sido implementado ya en Hospital de Día de Psiquiatría.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El programa multifamiliar es eficiente y de una gran utilidad en el desarrollo de la recuperación de pacientes y apoyo y sosten de la familia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1163 ===== ***

Nº de registro: 1163

Título
PROTOCOLO ACTUACION GRUPOS MULTIFAMILIARES EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Autores:
PEREZ POZA ALFONSO, DE JUAN YOLANDA, RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, NOTIVOL HERNANDEZ ROSARIO, SANTA EULALIA MARIA VICTORIA, MOTA RIVAS MARTA, SALVADOR COSCUJUELA SONIA, PASCUAL OLIVER MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1163

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN GRUPOS MULTIFAMILIARES EN HOPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde la apertura de hospital de día de psiquiatría del HUMS hemos sido conscientes de la importancia de la familia en el proceso de recuperación de los usuarios de nuestro dispositivo. Nos planteamos desde 2018 la necesidad de continuar nuestro proyecto de realizar una protocolización de los aspectos fundamentales del programa terapéutico de hospital de día.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar estudio del proceso de terapia grupal desde un enfoque multidisciplinal. Elaborar un protocolo de dicho proceso para contribuir de esta forma a la mejora de calidad de nuestro programa de tratamiento.

MÉTODO

El objetivo de la protocolización del programa de terapia multifamiliar es conseguir una mayor eficacia y eficiencia, para ello plasmaremos el trabajo que realiza cada profesional y realizaremos una revisión bibliográfica exhaustiva, y finalizaremos haciendo el protocolo.

INDICADORES

1. Realizar este año el primer análisis del proceso terapéutico.
2. Contrastar el primer análisis con evaluadores externos al proceso.
3. Nueva evaluación por parte del equipo.
4. Incluir correcciones sugeridas.
5. Valoración final por el grupo de calidad de psiquiatría.
6. ¿ Se debe introducir algún cambio?
7. Se contrasta con los usuarios del programa
8. Se finaliza el protocolo.

DURACIÓN

1. Búsqueda de bibliografía (finalización en mayo)
2. Evaluación externa (junio y julio)
3. Correcciones y valoración del grupo de calidad (agosto y septiembre)
4. Introducir cambios de mejora y contar con usuarios (octubre)
5. Ver resultados y concreción del protocolo (noviembre y diciembre)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1419

1. TÍTULO

REGISTRO Y EVALUACION DE FACTORES MODIFICABLES EN LAS CONTENCIONES MECANICAS EN U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ESTER IDINI IDINI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ MAISO ANGELA
ROMANCE ALADREN MARINA
ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO
ASENSIO MANERO CARMEN
CAUDEVILLA SOLER CLARA
PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

I. Búsqueda bibliográfica y revisión de factores identificados en las contenciones mecánicas elaboradas (proyecto Safewards). II- Elaboración de hoja de registro del episodio para recoger información sobre la secuencia de acontecimientos en cada caso (reunión del grupo) III. Analizar la secuencia de acontecimientos que concluye en una contención mecánica en la UCE de Psiquiatría del HUMS (agosto-noviembre 2019). IV- Valorar hojas de registro e identificar factores modificables (reunión del grupo). V- Elaborar documento guía sobre factores modificables detectados y cómo modificarlos (responsable).

De los indicadores del estudio teniendo en cuenta la problemática referida (en anterior informe de seguimiento) para el desarrollo del proyecto se han realizado los siguientes: Evaluación de la situación actual, registro y análisis de las contenciones acaecidas durante 4 meses, reuniones para análisis de factores modificables y propuesta de alternativas, reuniones para elaboración de documento guía (tríptico informativo).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los factores implicados en una CM son los mismos identificados por el modelo safewards: Características del paciente, entorno físico, características del equipo (sea problemas propios, sea incoherencias en la comunicación), estresores externos (problemáticas legales, sociales, conflictos familiares); conflictos en el grupo de pacientes ingresados. El número de pacientes ingresados en la UCE Salud Mental HMS desde mayo hasta noviembre 2019 ha sido de 350 (Mayo: 46, junio: 42, julio: 55, agosto: 49, septiembre: 55, octubre: 62, noviembre: 41). El número y porcentaje de CM realizadas este periodo de 78 (22,2%). Tras el análisis del registro de contenciones (13 registros) obtenemos los siguientes: En 5 ocasiones el paciente era el mismo. El 50% se realizó en fin de semana así que el número de personal (menor en fin de semana) no parece ser un sesgo. En el 75% de los casos se asociaba una problemática social. Los diagnósticos recogidos eran Demencia 5 (38,4%); Psicosis 2 (15,4%); Trastorno de la personalidad clúster B 3 (23,1%), TOC 1 (7,6%); TEA 2 (15,4%). Si consideramos la clínica que precede a la CM en el 30% de los casos se trataba de estados confusionales, en el 23% manifestaciones psicóticas o descontrol de los impulsos, y en un 15% se presentó agitación psico-motriz. La razón principal para la contención fue evitar riesgo autolesivo en el 84% de los pacientes. Para evitar llegar a la contención las medidas adoptadas por el personal eran las siguientes: Acompañamiento 2 (15,4%); contención verbal 11 (84,6%); Modificación contexto (comfort room) 4 (30,7%); Contención farmacológica 6 (46,1%). Reflexiones de los implicados: Solo en dos casos el personal implicado pensó que no se pudo haber hecho otra cosa, en el resto se planteó la adopción de medidas que no se habían implementado como la contención farmacológica (30,7%), un mayor acompañamiento (46,1%), la modificación del contexto (15,4%), informar mejor (15,4%), realizar un registro más exhaustivo (15,4%). Las emociones vivenciadas durante las contenciones fueron de rabia (15,4%), impotencia (7,6%), frustración (25%), tristeza (30,7%), malestar (25%). Cuando la CM se aplicaba al mismo paciente por sus características psicopatológica el personal tiende a normalizarlo probablemente como mecanismo de defensa. En dos ocasiones lo que desencadenó la situación no fue la clínica del paciente, sino un conflicto familiar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las contenciones mecánicas realizadas son siempre la última opción y desencadenadas en el 84,6% por clínica del paciente. Crean malestar en el personal que intenta evitarla adoptando varias medidas preventivas. Sin embargo, no se aplican siempre todas las medidas recomendadas, en ocasiones el personal no se siente formado, no sabe cómo comunicarse o es nuevo en la plantilla. Habría que incluir talleres formativos periódicos de comunicación y resolución de conflictos para el personal que trabaja en salud mental.

7. OBSERVACIONES.

Dado el aplazamiento solicitado por el cambio de responsable faltan las siguientes actividades (tampoco estaban previstas en el cronograma del estudio original antes del 2020): Realización de sesiones clínicas explicativas y divulgación del documento (Previstas en enero y febrero 2020), nuevo registro de CM (febrero-abril 2020), y reevaluar cantidad y condiciones de las contenciones posteriores a la elaboración del documento (mayo 2020).

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1419 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1419

1. TÍTULO

REGISTRO Y EVALUACION DE FACTORES MODIFICABLES EN LAS CONTENCIONES MECANICAS EN U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Nº de registro: 1419

Título
REGISTRO Y EVALUACION DE FACTORES MODIFICABLES EN LAS CONTENCIONES MECANICAS EN U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Autores:
CORBERA ALMAJANO MANUEL, GONZALEZ MAISO ANGELA, ROMANCE ALADREN MARINA, IDINI ESTER, ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO, ASENSIO MANERO CARMEN, CADEVILLA SOLER CLARA, PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La contención mecánica es la inmovilización física, realizada por personal sanitario entrenado y con el equipamiento autorizado, destinada a limitar de forma segura los movimientos de parte o todo el cuerpo de un paciente para su control conductual y prevenir que se dañe a sí mismo y/o a otros y/o que comprometa el medio terapéutico. Sólo debe utilizarse cuando otras intervenciones (contención oral, etc.) no han resultado efectivas o es imposible iniciarlas, durante el tiempo mínimo necesario para cada situación, con un sistema de registro específico para la prescripción, seguimiento y reevaluación del estado del paciente. En cualquier unidad psiquiátrica es un procedimiento necesario en ocasiones. Conlleva especial importancia al limitar la libertad del paciente, por lo que es necesario preservar sus derechos y evitar potenciales abusos. Conlleva frecuentemente el posterior rechazo del paciente por lo traumático de la experiencia y produce malestar emocional al personal sanitario implicado. Los datos disponibles sugieren su uso en un 6-12% de pacientes psiquiátricos adultos hospitalizados, aproximadamente en el 30% de pacientes psiquiátricos atendidos en Urgencias y en más del 25% de hospitalizaciones psiquiátricas de niños y adolescentes. Tienden a disminuir tanto el número de sujeciones por paciente como la duración de las mismas, pero aún encontramos gran variabilidad en ambos parámetros. Por ello, consideramos necesarios programas de formación y sensibilización de los profesionales que trabajamos en estas situaciones de manera que minimicemos su uso y el impacto en el paciente cuando sea inevitable.

RESULTADOS ESPERADOS

Recoger información epidemiológica y analizar la secuencia de acontecimientos que concluye en una contención mecánica en la Unidad de Corta Estancia (UCE) de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS). Evaluar las condiciones ambientales y de procedimiento susceptibles de modificación para prevenir futuras contenciones. Elaborar/recopilar conocimiento para desarrollar una guía sencilla con estrategias de prevención y presentar dicha guía. Divulgar la información y formar al personal implicado sobre cambios eficaces para minimizar el uso de la contención mecánica y de sus secuelas. Analizar el impacto del programa.

MÉTODO

I. Recoger información epidemiológica y analizar la secuencia de acontecimientos que concluye en una contención mecánica en la UCE de Psiquiatría del HUMS:
- Información y divulgación de la línea (Responsable)
- Elaboración de hoja de registro del episodio para recoger información sobre la secuencia de acontecimientos en cada caso (reunión del grupo)
II. Evaluar las condiciones ambientales y de procedimiento susceptibles de modificación para prevenir futuras contenciones:
- Valorar hojas de registro e identificar factores modificables (reunión del grupo)
III. Elaborar/recopilar conocimiento para desarrollar una guía sencilla con estrategias de prevención y presentar dicha guía:
- Elaborar documento guía sobre factores modificables detectados y cómo modificarlos
IV. Divulgar la información y formar al personal implicado sobre cambios eficaces para minimizar el uso de la contención mecánica y de sus secuelas:
- Realización de sesiones clínicas explicativas.
V. Analizar el impacto del programa
- Reevaluar cantidad y condiciones de las contenciones posteriores a la elaboración del documento.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1419

1. TÍTULO

REGISTRO Y EVALUACION DE FACTORES MODIFICABLES EN LAS CONTENCIONES MECANICAS EN U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Se evaluará, como indicador global para medir el estado de desarrollo de la línea, el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >75%:

- Evaluación de la situación actual (sí/no)
- Registro y análisis de las contenciones acaecidas durante 6 meses (=75%).
- Reuniones para análisis de factores modificables y propuesta de alternativas (1/mes)
- Reuniones para elaboración de documento guía (sí/no)
- Sesiones de divulgación de la información (=2).
- Análisis posterior del impacto, con disminución de contenciones mecánicas =50%.

DURACIÓN

ABRIL-OCTUBRE 2019: Recoger información epidemiológica y analizar la secuencia de acontecimientos que concluye en una contención mecánica en la UCE de Psiquiatría del HUMS.

NOVIEMBRE 2019-ENERO 2020: Evaluar las condiciones ambientales y de procedimiento susceptibles de modificación para prevenir futuras contenciones. Elaborar/recopilar conocimiento para desarrollar una guía sencilla con estrategias de prevención y presentar dicha guía.

FEBRERO 2020: Divulgar la información y formar al personal implicado sobre cambios eficaces para minimizar el uso de la contención mecánica y de sus secuelas.

MARZO-JUNIO 2020: Reevaluar cantidad y condiciones de las contenciones posteriores a la elaboración del documento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1434

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE CAMINO PEREZ PEMAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERDUN PE RUT
IDINI IDINI ESTER
PASTOR MONTAÑO MARIA ANGELES
ALAYETO ADIEGO PATRICIA
DIAZ GIL-CASTANEDA CARMEN
PUEYO JIMENEZ ALBA MARIA
ROMANCE ALADREN MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

I. Revisión bibliográfica sobre Ambiente Terapéutico y medición del mismo.
II. Pasar Escala WAS (Ward Atmosphere Scale) a usuarios y profesionales, tras explicar el proyecto y firmar consentimiento informado, garantizando anonimato.
III. Análisis de resultados iniciales, identificando áreas de mejora.
IV. Asamblea de equipo para implementar estrategias definidas.
V. Primera evaluación de resultados.
VI. Creación Grupo de Psicoterapia Abierto en la Unidad como estrategia de mejora y modificación del Tríptico informativo para el paciente y familia en la acogida de ingreso
VII. Difusión del plan y actividades formativas: en sesión clínica del equipo y Jornadas Regionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tabla nº 1. Puntuaciones en la escala WAS de los colectivos pacientes y profesionales de la UHA-HUMS
Atmósfera en UHTR medida con WAS (Rudolf Moos)

--> Colectivo Pacientes PA:47

Vinculación	4,02	
Apoyo	5,27	
Espontaneidad	5,5	
Autonomía	5,71	
Orientación Práctica	6,56	
Orientación Problemas Personales		4,84
Agresividad	5	
Orden	5,35	
Claridad Programa	4,48	
Control Personal	4,75	

-->Colectivo Profesionales Ps: 30

Vinculación	5,06	
Apoyo	5,5	
Espontaneidad	4,27	
Autonomía	6,13	
Orientación Práctica	8,06	
Orientación Problemas Personales		3,83
Agresividad	5,66	
Orden	6	
Claridad Programa	4,46	
Control Personal	5,75	

Figura nº 1. Percepciones sobre la Atmósfera de pacientes y profesionales de la UHA-HUMS. Atmósfera terapéutica

-Áreas a mejorar: la Claridad del programa, la vinculación con el equipo en la orientación práctica de resolución de problemas y el control del personal.

-INDICADORES de Calidad que habíamos marcado: Reducción de las Altas Voluntarias y del tiempo de ingreso, reducción de conductas disruptivas y contenciones mecánicas. Incremento de la satisfacción del paciente y personal. La tabla indica la medición hasta ahora. Se han reducido en un 10% cada una de las áreas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Atmósfera terapéutica se ha reconocido en sí misma como uno de los más importantes tratamientos que puede proporcionar un hospital, está compuesta por diferentes dimensiones, relacionadas con recursos físicos,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1434

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

humanos y organizativos. Y se relaciona directamente con el manejo de conductas difíciles, la seguridad de las personas atendidas, la familia y los y las profesionales, y con los episodios de contención mecánica/inmovilización terapéutica. Se ha concluido que es estable en el tiempo y que no depende tanto de los pacientes, si no del personal, de la política de tratamiento y del entorno físico. La más eficiente es la que tiene mayor orden/organización, mayor orientación práctica y apoyo y menor nivel de ira y agresión. Esto se consigue con baja rotación del personal, bajo número de pacientes y adecuado trabajo en equipo. Nuestro entorno físico es nuevo y favorable, no podemos cambiar el elevado número de pacientes de nuestra Unidad, así que recae el peso de las estrategias de mejora en fomentar una política óptima de trabajo en equipo.

7. OBSERVACIONES.

En "Resultados Alcanzados" se me ha descuadrado Tabla y Figura. No sé si habría otro modo de incluirlos, gracias.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1434 ===== ***

Nº de registro: 1434

Título
MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
PEREZ PEMAN CAMINO, BERDUN PE RUTH, IDINI ESTER, PASTOR MONTAÑO MARIA ANGELES, ALAYETO ADIEGO PATRICIA, DIAZ GIL-CASTANEDA CARMEN, PUEYO JIMENEZ ALBA MARIA, ROMANCE ALADREN MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Diciembre de 2018 se abrió una nueva UCE en el Hospital Miguel Servet (HUMS) con 30 camas para usuarios derivados desde Unidades de Salud Mental, Sº de Urgencias y Sº de Psicopatología del hospital. El personal consta de 6 psiquiatras, 16 enfermeras especialistas en salud mental, 1 terapeuta ocupacional, 1 trabajadora social, auxiliares de enfermería y celadores. Son sus objetivos: tratar descompensaciones psicopatológicas no tratables ambulatoriamente; riesgo auto/heterolítico; orientación diagnóstica; favorecer la reincorporación temprana a la sociedad. Cuenta con equipo multidisciplinar que asegura cuidados 24 horas al día. Una nueva Unidad, con distintas prestaciones e instalaciones y cambios en plantilla, requiere unificar criterios entre profesionales e implementar cambios para mejor funcionamiento y calidad en la asistencia sociosanitaria. Un ingreso en UCE suele ser traumático y estresante: se suman las consecuencias de la enfermedad a los efectos de la estigmatización. El usuario debe adaptarse a un espacio cerrado, con normas nuevas y personas desconocidas, estando su capacidad de adaptación superada por su situación de crisis. La UCE tiene función terapéutica en sí misma: hay estudios que relacionan el ambiente terapéutico con la reducción de conductas agresivas y medidas coercitivas. Planteamos evaluar el ambiente terapéutico en la UCE para diagnosticar problemas, identificar áreas de intervención para mejorar desde la perspectiva del usuario y del profesional y analizar después el impacto de los cambios evaluando si han sido efectivos para mejorar el ambiente terapéutico y disminuir contenciones mecánicas, conductas disruptivas y estancia media hospitalaria. Para analizar el ambiente, se valorarán dimensiones de la escala WAS: Relacionales (Implicación, Apoyo, Espontaneidad) De crecimiento personal (Autonomía, Orientación práctica, Orientación de problemas personales, Ira y agresión) De mantenimiento del sistema (Orden y Organización, Claridad del programa, Control del personal) Pretendemos impacto a nivel sociosanitario pertinente y viable (sin coste económico), recogiendo datos con escala de evaluación breve y reuniones de equipo para implementar objetivos de mejora continua

RESULTADOS ESPERADOS

Evaluar ambiente terapéutico actual en la nueva UCE-HUMS e identificar áreas de mejora
Mejorar dicho ambiente mediante proceso planificado de evaluación y cambio que mejore el funcionamiento y calidad asistencial, así como un entorno de trabajo favorable para el equipo
Evaluar consecuencias positivas (disminuir contenciones mecánicas, conductas disruptivas, altas voluntarias y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1434

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

estancia media hospitalaria)

MÉTODO

Revisión bibliográfica

Escala WAS (Ward Atmosphere Scale) a usuarios y profesionales, tras explicar el proyecto y firmar consentimiento informado, garantizando anonimato

Analizar resultados iniciales e identificar áreas de mejora

Elaborar estrategias de mejorar de necesidades: reuniones de equipo mensuales, con objetivos a corto-medio plazo

Implementar estrategias definidas

Reevaluar WAS. Analizar resultados de reevaluación y comparar con iniciales

Evaluar consecuencias positivas de mejoras en ambiente terapéutico: disminución contenciones mecánicas, conductas disruptivas y estancia media

Extraer conclusiones sobre posibles mejoras en resultados y plantear nuevos objetivos

Plan de difusión

Actividades formativas: asambleas equipo-usuarios, reuniones de equipo, sesiones clínicas y participación en jornadas

Carteles o trípticos informativos

Comunicaciones orales y pósters en congresos sobre UCEs y artículos en revistas científicas

Divulgar a profesionales de todas las USM de Aragón y otras CCAA

INDICADORES

Para analizar el impacto, se recogerán indicadores de calidad antes y después de la aplicación de mejoras:

1. Aumento en 15% la satisfacción sobre la percepción del ambiente terapéutico de la población de estudio, medida mediante encuesta WAS

2. Reducción 10% tiempo de ingreso

3. Reducción 15% contenciones mecánicas durante el ingreso

4. Reducción 15% nº de conductas disruptivas, recogidas por el personal sanitario

DURACIÓN

Se prevé duración anual. Tareas realizadas por todo el equipo

1. Revisión bibliográfica: Mar-Abr 2019

2. Aplicar Escala WAS: Abr-Jun 2019

3. Analizar resultados iniciales escala: May 2019

4. Implementar cambios según resultados: desde Jul 2019

5. Recogida indicadores estudio: Abr 2019-Feb 2020

6. Reevaluación con escala WAS: Nov-Dic 2019

7. Analizar impacto programa: Dic 2019-Ene 2020

8. Extraer conclusiones de mejoras en resultados y plantear nuevos objetivos: Feb 2020

9. Plan difusión resultados: Mar-Jun 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0142

1. TÍTULO

EMPLEO DE SISTEMA DE TRACCION EN ARTROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ESTEBAN MAYAYO SINUES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOLOGICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ RODRIGUEZ CHRISTIAN
PERPIÑAN SANCHEZ PEDRO
BELTRAN GALLEGU ALBA
GONZALVO GOMEZ ADRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Por este orden:

- Inyección intraarticular por guía fluroscópica del medio de contraste,
- Tracción manual de cadera en la sala RM
- Colocación de tracción blanda en la sala RM
- Informe radiológico teniendo en cuenta la existencia o no de lesión condral u osteocondral acetabular o de la cabeza femoral así como su extensión y localización.
- En la fase final de realización de la memoria del proyecto, se recogen datos y se valora la efectividad de la técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Agosto de 2016 hasta Diciembre de 2017 se han realizado 17 artroRM de cadera, de las cuales en 16 se colocó tracción blanda en la sala RM (conectados a peso de 10 o 15Kg según tipología del paciente).La duración del procedimiento de colocación de la tracción fué inferior a los 5 minutos. En ningún caso los pacientes manifestaron intolerancia clínica.

Para analizar los resultados se excluyó un caso en el que no se realizó tracción y otro con osteoartritis avanzada.

De los 15 casos analizados, en 7 casos no se logró opacificar con el medio de contraste la interlínea articular, lo que supone que la tracción no fue efectiva en el 46,6% de los casos. Esto puede deberse a factores técnicos, como las especiales características de diseño de la sala RM, el propio diseño del sistema de polea, una insuficiente tracción manual previa o incluso un escaso peso de la polea en pacientes corpulentos.

Se demostró en RM lesión condral u osteocondral acetabular en 7 casos (46,6%). De éstos, 2 casos presentaban afectación quística subcondral sin defecto condral demostrable. Solo se observó un caso con lesión condral femoral, el cual asociaba lesión acetabular.

Hubo dos casos de rotura de ligamento redondo, en uno de los cuales la tracción no fué efectiva.

No puede valorarse el papel de la tracción en la mejora de la detección de lesiones intraarticulares con artroRM basándonos en el patrón oro artroscópico (en el momento de la revisión se había intervenido uno de los pacientes, en el que se confirmó lesión condral).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La artroRM es la principal técnica de imagen previo a cirugía artroscópica de cadera.

La utilización de tracción blanda es costoefectiva y bien tolerada, mejorando la calidad de la técnica de artroRM.

En nuestra serie la efectividad de la tracción ha sido algo limitada e inferior a la esperada, lo que podría deberse a factores técnicos de diseño del sistema de tracción.

La artroTC combinada con artroRM, preferiblemente con limitación de dosis de radiación, podría solventar los problemas técnicos observados de cara a valorar optimamente lesiones condrales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/142 ===== ***

Nº de registro: 0142

Título
EMPLEO DE SISTEMA DE TRACCION EN ARTROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA

Autores:
MAYAYO SINUES ESTEBAN, BELTRAN GALLEGU ALBA, GONZALVO GOMEZ ADRIAN, HERNANDEZ RODRIGUEZ CHRISTIAN, PERPIÑAN SANCHEZ PEDRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0142

1. TÍTULO

EMPLEO DE SISTEMA DE TRACCION EN ARTROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La artrografía por RM directa (ARM) es la modalidad de elección radiológica en la valoración preoperatoria de la patología intraarticular de la cadera y cada vez se demanda más, paralelamente al desarrollo de la cirugía y artroscopia de cadera.

Diversos trabajos han demostrado que el empleo de tracción permite mejorar la visualización de las estructuras intraarticulares del compartimento central de la cadera, como el labrum acetabular, la unión condrolabral, el cartílago articular y el ligamento redondo.

De todas estas estructuras la que más se beneficia de la tracción es el cartílago articular, estructura que supone un reto para el radiólogo en esta articulación. Típicamente, en el pinzamiento femoroacetabular de tipo cam, pueden existir extensas lesiones delaminantes en el techo acetabular que pueden pasar desapercibidas en ARM sin tracción. Las lesiones condrales pueden modificar el abordaje terapéutico, dado que si son extensas desaconsejan la cirugía conservadora y en ocasiones pueden requerir técnicas de reparación condral adicionales.

RESULTADOS ESPERADOS

-Mejorar la sensibilidad en la detección de lesiones intraarticulares de la cadera respecto de la ARM sin tracción: lesiones del labrum acetabular, unión condrolabral, cartílago articular y ligamento redondo.
-En algunas de estas estructuras, como el caso del ligamento redondo, el aumento de sensibilidad se puede acompañar de un aumento de los falsos positivos de rotura, por lo que puede combinarse el estudio con tracción y sin tracción.

MÉTODO

-Los estudios de ARM se realizarán específicamente en el aparato RM 1,5T del edificio multifuncional, dotado de una antena multicanal cardíaca (8 canales), óptima para el estudio de cadera.
-Realización de tracción manual para vencer la presión negativa de la cadera
-Colocación a continuación del sistema de tracción blanda que se conectará a un peso variable según las características constitucionales del paciente (se dispondrá de tres garrapas de agua, de 10, 15 y 20 Kg).
-El procedimiento de tracción manual y colocación del sistema de tracción blanda dura alrededor de 5 minutos.
-Se emplearán sistemas de clasificación y estadificación específicos de las lesiones del cartílago.

INDICADORES

-Recogida de datos descriptivos y análisis observacional de las lesiones.
-En caso de disponer en algún caso de los resultados de la artroscopia, se compararán éstos con los datos del informe radiológico.
-Se valorará la eficacia del procedimiento (objetivo: 80%) valorando si se introduce el fluido articular en la interlínea articular superior, de forma que el contraste delimite el cartílago articular del acetábulo y de la cabeza femoral.

DURACIÓN

-Inicio: Agosto de 2016.
-Revisión inicial a los 6 meses (Enero de 2017)
-Revisión final a los 10 meses (Mayo de 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA; MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 Y TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE SILVIA CRUZ CIRIA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. RADIOLOGICO
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MUR CARMEN
GARCIA BARRADO ANA ISABEL
DUESO AZNAR ABEL
IBANEZ MORUGA CONSUELO
MORENO DE MIGUEL LOURDES
GOMEZ GIL ANA
ROS MENDOZA LUIS HUMBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Ha continuado la transición del sistema de gestión de calidad a los requisitos de la nueva norma ISO 9001 2015
• Se han ejecutado los objetivos anuales.
• Todo el personal de la sección participa en la recogida de incidencias y no conformidades.
• Se han realizado reuniones periódicas del grupo de calidad.
• Ha continuado la colaboración con otras secciones del Servicio (Sección Neurorradiología y Pediatría) para el mantenimiento e implantación de la certificación respectivamente.
• Se ha actualizado el procedimiento de formación en colaboración con la UCA.
• Se ha actualizado el protocolo Z2-484-18 de RM mamaria tal y como estaba previsto en la fecha de su elaboración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La Sección de Radiología Mamaria del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016. Tras estos años el personal se ha concienciado paulatinamente sobre la política de calidad de la Sección y colabora activamente.

El grupo de mejora de la Sección funciona activamente con reuniones periódicas, colaborando en el seguimiento de indicadores, que desde 2017 se realiza de forma semestral.

La comunicación con los responsables de la implantación ISO de las Secciones de Neurorradiología y Pediatría ha sido dinámica y se han unificado procedimientos

Los cambios tecnológicos de la Sección han conllevado mejoras en la infraestructura física y la distribución de las salas de exploración.

La adquisición de nuevos equipos tecnológicos (tomosíntesis y mesa prono estereotáxica) nos ha permitido nuevas líneas de trabajo con la participación de la Sección en un estudio multicéntrico nacional sobre exéresis de lesiones mamarias de alto riesgo mediante biopsia asistida por vacío (BAV).

El análisis de incidencias y no conformidades ha conllevado una comunicación directa con los servicios peticionarios para consensuar la periodicidad de las exploraciones realizadas en la sección.

La actualización del procedimiento de formación ha permitido un análisis más exhaustivo de las necesidades formativas del personal y un transcurso más adecuado de las actividades previstas.

La satisfacción de los pacientes con la atención recibida en la Sección continúa muy alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los cambios tecnológicos de la Sección han conllevado mejoras en la infraestructura y nuevas líneas de trabajo.

La existencia del grupo de mejora de calidad de la Sección facilita el correcto transcurso de los objetivos anuales y el análisis de incidencias y no conformidades.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 Y TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

*** ===== Resumen del proyecto 2016/146 ===== ***

Nº de registro: 0146

Título
CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Autores:
CRUZ CIRIA SILVIA, MUEL GUERRERO CAROLINA, GARCIA MUR CARMEN, DUESO AZNAR ABEL, IBAÑEZ MORUGA CONSUELO, DUARTE SANCHO LAURA, REDONDO BLANCO ROSA, ROS MENDOZA LUIS HUMBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Sección de Radiología Mamaria del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la Sección para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es que una vez implantado el sistema de gestión de Calidad ISO 9001, y obtenida la certificación, consolidar todos sus componentes, concienciar al personal y dar un impulso a la seguridad del paciente mediante la elaboración e implantación de un adecuado procedimiento de gestión para el control de riesgos y contingencias sobre la seguridad del paciente en la sección de Radiología Mamaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del Sistema de Calidad ISO
Concienciación del personal de la Sección con la sistemática de trabajo dentro de un marco de calidad.
Transmitir información sobre el sistema ISO (formatos, procedimientos, etc..) a los responsables de la implantación de la ISO en la Sección de Neurorradiología.
Elaborar e implantar procedimiento de gestión de riesgos.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

A continuación poner las actividades mas importantes de los objetivos que se quieren alcanzar con los responsables:

Establecer una dinámica de reuniones periódicas (semestrales) del grupo de mejora de calidad de la Sección de Radiología.

Incidir en la importancia del registro de incidencias para la mejora continua de la dinámica de trabajo de la Sección.

Informar sobre documentación y sistemática de trabajo al responsable ISO de la Sección de Neurorradiología.

INDICADORES

La evaluación se llevara a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

Implantado registro de gestión de riesgos y diseñando los indicadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA; MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 Y TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

DURACIÓN

Auditoria interna: Febrero/abril 2017.
Revisión por la Dirección: Abril 2017.
Auditoria Externa: mayo/junio 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Poner fecha.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Poner fecha
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE SILVIA CRUZ CIRIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUEL GUERRERO CAROLINA
GARCIA MUR CARMEN
DUESO AZNAR ABEL
IBÁÑEZ MORUGA CONSUELO
DUARTE SANCHO LAURA
REDONDO BLANCO ROSA
ROS MENDOZA LUIS HUMBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha mantenido la certificación ISO 9001.
Se han ejecutado los objetivos anuales.
Se ha colaborado con otras secciones del Servicio (Sección Neurorradiología) para la implantación de la certificación.
Se ha adaptado el sistema de gestión de calidad a los requisitos de la nueva norma ISO 9001:2015, incluyendo nuevos procedimientos sobre riesgos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La Sección de Radiología Mamaria del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016. Tras estos años el personal se ha concienciado paulatinamente sobre la política de calidad de la Sección y colabora activamente.

El grupo de mejora de la Sección funciona activamente con reuniones periódicas, colaborando en el seguimiento de indicadores, que desde 2017 se realiza de forma semestral.

La comunicación con los responsables de la implantación ISO en la Sección de Neurorradiología ha sido óptima y tras su certificación, la tendencia es a la unificación de procedimientos.

Tras los cambios tecnológicos de la Sección ha mejorado la comunicación con el Servicio de Electromedicina, que mantiene un registro de mantenimientos de los equipos de forma rigurosa.

Asimismo, la adquisición de nuevos equipos tecnológicos nos ha permitido nuevas líneas de mejora que han conllevado una reorganización física de la Sección.

El sistema de encuestas funciona correctamente y la satisfacción de los pacientes con la atención recibida en la Sección continúa muy alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La existencia del grupo de mejora ha facilitado una sistemática de trabajo de la Sección dentro de un marco de calidad.

Los cambios en el Sistema por los requisitos de la nueva norma ISO nos abren un nuevo horizonte para abordar la calidad desde el punto de vista de los riesgos, amenazas, debilidades y las oportunidades que de ello se deriva.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/146 ===== ***

Nº de registro: 0146

Título
CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Autores:
CRUZ CIRIA SILVIA, MUEL GUERRERO CAROLINA, GARCIA MUR CARMEN, DUESO AZNAR ABEL, IBAÑEZ MORUGA CONSUELO,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

DUARTE SANCHO LAURA, REDONDO BLANCO ROSA, ROS MENDOZA LUIS HUMBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Sección de Radiología Mamaria del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la Sección para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es que una vez implantado el sistema de gestión de Calidad ISO 9001, y obtenida la certificación, consolidar todos sus componentes, concienciar al personal y dar un impulso a la seguridad del paciente mediante la elaboración e implantación de un adecuado procedimiento de gestión para el control de riesgos y contingencias sobre la seguridad del paciente en la sección de Radiología Mamaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento del Sistema de Calidad ISO
Concienciación del personal de la Sección con la sistemática de trabajo dentro de un marco de calidad.
Transmitir información sobre el sistema ISO (formatos, procedimientos, etc..) a los responsables de la implantación de la ISO en la Sección de Neurorradiología.
Elaborar e implantar procedimiento de gestión de riesgos.

MÉTODO

Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

A continuación poner las actividades más importantes de los objetivos que se quieren alcanzar con los responsables:

Establecer una dinámica de reuniones periódicas (semestrales) del grupo de mejora de calidad de la Sección de Radiología.

Incidir en la importancia del registro de incidencias para la mejora continua de la dinámica de trabajo de la Sección.

Informar sobre documentación y sistemática de trabajo al responsable ISO de la Sección de Neurorradiología.

INDICADORES

La evaluación se llevara a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.
Implantado registro de gestión de riesgos y diseñando los indicadores.

DURACIÓN

Auditoría interna: Febrero/abril 2017.

Revisión por la Dirección: Abril 2017.

Auditoría Externa: mayo/junio 2017.

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorías interna: Abril-Diciembre 2017.

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorías externa: Junio-Diciembre 2017.

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Poner fecha.

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Poner fecha

-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0463

1. TÍTULO

SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES: MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, IMPLANTES COCLEARES FRENTE A RM

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE CELIA BERNAL LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERAL MORAL PILAR
MARTINEZ GARCIA ROBERTO
LEACHE PUEYO JAIME
OLORIZ SANJUAN TERESA
BARRERA ROJAS MIGUEL
ECED MARTINEZ ANA
MAESTRO PEÑA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones periódicas con el grupo de trabajo trimestralmente, y comunicación continua a través del correo electrónico.
- Hemos establecido métodos de contacto entre el servicio de Radiodiagnóstico y los Servicios que habitualmente implantan los dispositivos para citar las exploraciones en el momento más adecuado y con supervisión de los mismos, evitando pérdida de citas de RM
- Elaboración de documentos y fichas por parte de los diferentes miembros del equipo con las características de los dispositivos colocados en nuestro centro, especificando si son RM condicional o no, si se puede realizar la exploración y en que condiciones debe realizarse el manejo de los diferentes dispositivos implantables y su seguridad frente a RM, todo ello siguiendo el calendario marcado.
- Recogida de todos los documentos y elaboración de un dossier conjunto donde el radiólogo puede acceder para valorar la seguridad del dispositivo, o la realización del estudio
- Recopilación de una selección de bibliografía con información de interés y documentación facilitada por las casa comerciales de cada dispositivo.
- Puesta a la disposición del servicio de toda esta documentación en la carpeta de Calidad del Servicio.(Unidad U)
- Sesión del servicio para dar a conocer las recomendaciones, propuestas para el manejo de estos pacientes, y la utilidad del proyecto realizado.
- Contamos con una base de datos de exploraciones solicitadas y citadas valorando las posibles incidencias para poder aplicar medidas correctoras si fuese necesario

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Comunicación fluida entre los diferentes integrantes del programa de calidad: Radiólogos, enfermería, y servicios peticionarios: Anestesia, Cardiología, Neurocirugía y Otorrinolaringología, para un correcto manejo de los pacientes con dispositivos implantable y su seguridad frente a RM.
- Los documentos elaborados por el proyecto de mejora están a disposición de los radiólogos pudiendo acceder a toda la documentación en la carpeta de de Calidad de Radiodiagnóstico, accesible en todos los ordenadores del servicio, (subcarpeta RM dispositivos implantables, unidad T) donde se puede acceder a los documentos elaborados por cada especialidad (Anestesia, Cardiología, neurocirugía, Otorrinolaringología), la bibliografía y la información de las casas comerciales.
- Disponer de los correos o teléfonos de los médicos especialistas correspondientes para contactar con ellos y programar los estudios de forma adecuada en pacientes portadores de dispositivos implantables, en caso necesario. Esta información también se encuentra en la carpeta de Calidad de Radiodiagnóstico, (subcarpeta RM dispositivos implantables, unidad T).
- Unificación en la toma de decisiones
- Garantizar la seguridad del paciente, e integridad tanto del dispositivo, como de su salud.
- Permitir la adecuada selección de pacientes candidatos a la realización de RM de forma segura.
- Evitar la pérdida de exploraciones en los equipos RM.
- Optimización del tiempo de trabajo en los equipos de RM evitando citas fallidas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Es imprescindible la comunicación, colaboración y coordinación con otros servicios para el manejo de estos pacientes.
- Es muy importante valorar la indicación real de las pruebas teniendo en cuenta la relación riesgo / beneficio de la exploración para el paciente.
- Es necesario dar a conocer esta información al médico peticionario para que en un futuro sea él quien valore la compatibilidad o no del dispositivo.
- Queda pendiente una sesión multidisciplinaria en el hospital para dar a conocer este proyecto de mejora, y concienciar al médico peticionario, de lo importante que es la correcta selección de estos pacientes para el estudio RM así como las recomendaciones elaboradas en este proyecto, que tenemos intención de realizar el año que viene contando con la colaboración de los miembros del proyecto de mejora.
- Se publicarán tras la sesión multidisciplinaria en intranet las recomendaciones y la seguridad de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0463

1. TÍTULO

SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES: MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, IMPLANTES COCLEARES FRENTE A RM

dispositivos ya que esta información tiene que ser distribuida entre los médicos solicitantes de las exploraciones que podrán consultar la documentación y realizar la interconsulta necesaria previamente a la solicitud de las exploraciones.

- Hay que concienciar a los médicos peticionarios de la importancia de la seguridad de sus pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/463 ===== ***

Nº de registro: 0463

Título
SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES (IMPLANTES COCLEARES, MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, ETC)
FRENTE A RESONANCIA MAGNETICA

Autores:
BERNAL LAFUENTE CELIA, SERAL MORAL PILAR, MARTINEZ GARCIA ROBERTO, LEACHE PUEYO JAIME, OLORIZ SANJUAN TERESA,
BARRERA ROJAS MIGUEL, MAESTRO PEÑA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo paciente que va a realizarse estudio de Resonancia Magnética
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Eficiencia de recursos y seguridad del paciente

PROBLEMA

Uno de los problemas que nos encontramos con relativa frecuencia en los servicios de radiodiagnóstico, es la necesidad de realizar estudios de Resonancia Magnética (RM) en pacientes portadores de dispositivos implantables, hecho cada vez más frecuente, por el desarrollo tecnológico, el avance de la medicina y la necesidad creciente de realizar seguimiento y pruebas de imagen a pacientes cada vez más complejos. Es por tanto de gran importancia valorar la seguridad de los dispositivos implantables en los estudios RM.
Ante la gran cantidad de dispositivos implantables y casas comerciales, es difícil en algunas circunstancias conocer la seguridad del dispositivo frente al estudio RM, por diferentes circunstancias.
Ante estas situaciones en algunas ocasiones se desestima la realización de una prueba de RM por falta de información acerca de la seguridad y posterior control del dispositivo.
Todos conocemos las listas de espera para la realización de una prueba de imagen, y si un estudio no puede realizarse por falta de seguridad, además de la espera y molestias generadas en el paciente, estamos perdiendo una exploración en la sala de RM que podría haberse empleado para valorar a otro paciente.
Con el fin de que no se repitan estas situaciones en pacientes con dispositivos implantables, surge la idea de este proyecto de mejora con una doble finalidad:
Garantizar la seguridad del paciente y realizar estudios RM en pacientes portadores de dispositivos implantables compatibles con RM, creando un grupo multidisciplinar donde el radiólogo, el enfermero de la RM, y el médico responsable del dispositivo (neurocirujano, cardiólogo, anestesista, otorrinolaringólogo), establezcamos una estrecha relación para el manejo de estos pacientes, tanto antes como después de someter al paciente a la prueba. Controlar la gestión de las exploraciones de RM, evitando así la pérdida de exploraciones, o la duplicación de peticiones por la falta de información acerca de la compatibilidad del dispositivo con la técnica a realizar.

RESULTADOS ESPERADOS

Comunicación fluida entre Radiólogos, enfermería, y servicios peticionarios, para un correcto manejo de los pacientes con dispositivos implantables y su seguridad frente a RM
Garantizar la seguridad del paciente, e integridad tanto del dispositivo, como de su salud.
Permitir la realización de exploraciones RM en pacientes portadores de dispositivos implantables seguros.
Evitar la pérdida de exploraciones en los equipos RM

MÉTODO

Reuniones con los miembros del grupo de mejora y las casas comerciales responsables de los dispositivos implantables acerca de la seguridad.
Realizar reuniones con los miembros del grupo de mejora obteniendo información de los dispositivos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0463

1. TÍTULO

SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES: MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, IMPLANTES COCLEARES FRENTE A RM

implantables, y la necesidad de realizar estudios RM en dichos pacientes valorando beneficio/riesgo de la prueba. Conseguir que los pacientes acudan a la cita de la RM con la tarjeta de los parámetros técnicos de su dispositivo (en el caso de los de nueva generación).
Diseñar fichas para la recogida de datos por parte del médico con información necesaria acerca del dispositivo implantable y su seguridad frente a RM.
Aportar información a nuestros colegas por medio de circulares/mails, páginas como MRI safety y documentación facilitada por las casa comerciales.
Publicar en intranet las recomendaciones y seguridad de los dispositivos

INDICADORES

Contabilizar la pérdida de huecos debida a estas situaciones.
Poder realizar pruebas de RM en pacientes con dispositivos implantables de forma segura.
Confirmar la seguridad de dichos dispositivos frente a RM, y registrarlos en un documento.
Publicar en intranet las recomendaciones y la seguridad de los dispositivos.
Valorar satisfacción del paciente y los servicios peticionares mediante encuestas de satisfacción.
Renovación y reevaluación posteriormente nuevos dispositivos que hayan sido comercializados. Reunión semestral por ejemplo

DURACIÓN

Realizar una primera reunión en octubre/noviembre con todos los miembros del grupo para poder establecer reuniones con las casas comerciales y reuniones según necesidades con cada especialista para determinar la pauta a seguir de consulta-estudio RM-control posterior.
Calendario de citas según posibilidades de las casas comerciales: una al mes por ejemplo para conocer las características de dichos dispositivos.
Reunirnos con cada servicio peticionario para establecer los criterios de control (antes y después de la RM para garantizar su correcto funcionamiento) y definir el proceso a seguir.
Sesiones de servicio para dar a conocer el procedimiento a seguir.
Una vez sentadas las bases del proyecto con una reunión cada seis meses se actualizarán los nuevos dispositivos que hayan salido al mercado y valorar posibles incidencias

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0539

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GRIMA GRIMA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PIEDRAFITA NADAL ZULEMA
VENEGAS SANTIESTEVE CARMEN
PEREZ DIAZ JOSE JAVIER
VELA VELA SONIA
EJEA VILLANUEVA MARIA PILAR
MUÑOZ ESTERAS MARIA ESTER
BLAS BLASCO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
HABLAR CON LOS RADIOLOGOS DE LOS PROTOCOLOS A REALIZAR Y DE LA NOMENGLATURA A UTILIZAR.
DISEÑO DE FICHAS TECNICAS DONDE SE PONDRAN LOS PARAMENTROS DE LOS PROTOCOLOS Y LAS ACTUACIONES DE ENFERMERIA
REPARTO DE LOS PROTOCOLOS A REALIZAR ENTRE LOS DISTINTOS MIEMBROS DEL EQUIPO DIFERENCIANDO ENTRE LA PARTE A REALIZAR POR TER U POR D.U.E

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HAN REALIZADO EL 70 POR CIENTO DE LAS FICHAS CON LOS PROTOCOLOS DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON PROTOCOLOS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA EXPLORACION Y LA PROTECCION RADIOLOGICA, ASI COMO PARA FAILITAR EL APRENDIZAJE DELPERSONAL NUEVO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/539 ===== ***

Nº de registro: 0539

Título
ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Autores:
GRIMA GRIMA MARIA JOSE, VENTURA MILLAN ANA ISABEL, PIEDRAFITA NADAL ZULEMA, VENEGAS SANTIESTEVE CARMEN, PEREZ DIAZ JOSE JAVIER, VELA VELA SONIA, EGEA VILLANUEVA MARIA PILAR, MUÑOZ ESTERAS MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES QUE REQUIERAN UN ESTUDIO CON TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El problema se detecto cuando nos dimos cuenta que en los aparatos de tomografía axial computarizada existían varios protocolos con nombres iguales pero diferentes datos técnicos, creando confusión con respecto a que protocolo era adecuado para la exploración indicada.
En la actualidad existen cinco aparatos de tomografía axial computarizada (TAC) con gran variedad de protocolos, casi ninguno por escrito, algunos se encuentran en desuso, pero no se han desinstalado.
Seria útil una actualización de estos protocolos, clarificando y validando los correctos y actualizados,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0539

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

desarrollando por escrito dichos protocolos.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es que en cada aparato de TAC se encuentren los protocolos actualizados por la Sección de Neurorradiología y Sección Cara Cuello, poniendo en marcha un sistema de continua revisión, actualización y registro.

MÉTODO

Utilizaremos la siguiente metodología para actualizar protocolos en el TAC, consistirá en:

.El personal técnico junto con el responsable de protocolos de las secciones de neurorradiología y cara cuello se reunirán en el aparato TAC correspondiente a la actualización.

.La nomenclatura para los nuevos protocolos de TAC que se utilizará será la siguiente:

En primer lugar se colocara en mayúsculas la inicial de cada sección seguido de un guión y a continuación el nombre del protocolo y los últimos dígitos del año de la actualización.

Ejemplo: N-CRANEO ESTANDAR 16.

.Se crearan unas fichas donde quedaran reflejados por escrito todos los protocolos que se encuentran en ese momento en ese aparato de TAC.

Todos estos aspectos, así como otros, han quedado plasmados en la metodología consensuada y desarrollada en una Instrucción Técnica, IT 01-Z2-(E)M_RXNYCC

INDICADORES

Utilizaremos los siguientes marcadores para nuestro proyecto de mejora:

.Registro de aquellos protocolos en los que se ha implementado el nuevo sistema de nomenclatura.

.Creación de un dossier de los protocolos ya actualizados.

.Registro de incidencias

.Número de incidencias registradas

DURACIÓN

La fecha de inicio de este proyecto será noviembre 2016 hasta diciembre del 2018.

El cronograma que vamos a utilizar es:

1º Actualización de la lista de protocolos en los aparatos de TAC, actualizando la nomenclatura

2º Creación de fichas técnicas, donde quedaran reflejados cada uno de los protocolos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0541

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE JESUS ARTAJONA BLANCO
· Profesión TER
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORRIA AGUADO MARIA ESPERANZA
LLORO LANCHO MERCEDES
PALACIOS MOYA JOSE ANTONIO
MARTINEZ CORTES MARIA JESUS
MAÑAS CRIADO JESICA
LEZCANO GAYAN MARIA FLOR
VILLALBA ABRIL FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DISTRIBUCION ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE LOS PROTOCLOS QUE SE DEBEN ACTUALIZAR, DISTINGUIENDO DENTRO ELLOS LA PARTE CORRESPONDIENTE A LOS TER Y LA CORRESPONDIENTE A ENFERMERIA.

ELIMANAR LOS PROTOCOLOS OBSOLETOS.

MODIFICACION DE LA NOMENCLATURA DE LOS PROTOCOLOS VIGENTES DE NEURORRADIOLOGIA,
ACORDANDO LOS NOMBRES QUE RECIBIRAN LOS PROTOCLOS CON LOS FALCULTATIVOS CORRESPONDIENTES.

ACTUALIZACION DE PARAMETROS TECNICOS EN PROTOCOLOS.

CAPTURA DE IMAGENES QUE SE ADJUNTARAN EN LOS PROTOCOLOS PARA FACILITAR SU COMPRENSIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HA ACTUALIZADO LA NOMENCLATURA DEL 100% DE LOS PROTOCOLOS DE NEURORRADIOLOGIA.

SE HAN ELIMINADO TODOS LOS PROTOCOLOS OBSOLETOS.

SE HAN COMPLETADO EL 75% DE LOS PROTOCOLOS DE NEURORRADIOLOGIA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL EQUIPO SE HA DADO CUENTA DE LO IMPORTANTE QUE ES LA COLABORACION ENTRE TODOS LAS CATEGORIAS PROFESIONALES PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DE LOS PROTOCOLOS, PORQUE ASI SE CONSIGUE UNA VISION GLOBAL Y NO SESGADA DE LAS TAREAS A REALIZAR, LO QUE FACILITA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/541 ===== ***

Nº de registro: 0541

Título
ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Autores:
ARTAJONA BLANCO JOSE JESUS, GORRIA AGUADO MARIA ESPERANZA, LLORO LANCHO MERCEDES, PALACIOS MOYA JOSE ANTONIO, MARTINEZ CORTES MARIA JESUS, MAÑAS CRIADO JESICA, MAESTRO PEÑA PILAR, VILLALBA ABRIL FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES QUE REQUIERAN UN ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0541

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El problema se detecto cuando nos dimos cuenta que en los aparatos de resonancia magnetica existían varios protocolos con nombres iguales pero diferentes datos técnicos, creando confusión con respecto a que protocolo era adecuado para la exploración indicada.
En la actualidad existen tres aparatos de resonancia magnética (RM) con gran variedad de protocolos, casi ninguno por escrito, algunos se encuentran en desuso, pero no se han desinstalado.
Seria útil una actualización de estos protocolos, clarificando y validando los correctos y actualizados, desarrollando por escrito dichos protocolos.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es que en cada aparato de RM se encuentren los protocolos actualizados por la Sección de Neurorradiología y Sección Cara Cuello, poniendo en marcha un sistema de continua revisión, actualización y registro

MÉTODO

Utilizaremos la siguiente metodología para actualizar protocolos en la RM, consistirá en:
.El personal técnico junto con el responsable de protocolos de las secciones de neurorradiología y cara cuello se reunirán en el aparato RM correspondiente a la actualización.
.La nomenclatura para los nuevos protocolos de RM que se utilizará será la siguiente:
En primer lugar se colocara en mayúsculas la inicial de cada sección seguido de un guión y a continuación el nombre del protocolo y los últimos dígitos del año de la actualización.
Ejemplo: N-CRANEO ESTANDAR 16.
.Se crearan unas fichas donde quedaran reflejados por escrito todos los protocolos que se encuentran en ese momento en ese aparato de RM.

Todos estos aspectos, así como otros, han quedado plasmados en la metodología consensuada y desarrollada en una Instrucción Técnica
IT 01-Z2-(E)M_RXNYCC

INDICADORES

. Utilizaremos los siguientes marcadores para nuestro proyecto de mejora:
.Registro de aquellos protocolos en los que se ha implementado el nuevo sistema de nomenclatura.
.Creación de un dossier de los protocolos ya actualizados.
.Registro de incidencias
.Número de incidencias registradas

DURACIÓN

La fecha de inicio de este proyecto será noviembre 2016 hasta diciembre del 2018.
. El cronograma que vamos a utilizar es:

- 1º Actualización de la lista de protocolos en los aparatos de RM, actualizando la nomenclatura
- 2º Creación de fichas técnicas, donde quedaran reflejados cada uno de los protocolos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE SISTEMA DE CALIDAD EN NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA ISO 9001 2015

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR SERAL MORAL
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO TOMAS TERESA
GOMEZ GIL ANGEL
SANCHO SERRANO YOLANDA
SANCHEZ RUBIO JOSE JAVIER
PEREZ DIAZ CELIA
BERNAL LAFUENTE ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Ha continuado la transición del sistema de gestión de calidad a los requisitos de la nueva norma ISO 9001 2015
- Se han ejecutado los objetivos anuales.
- Todo el personal de la Sección participa en la recogida de incidencias y no conformidades.
- Se han realizado reuniones periódicas del grupo de calidad.
- Ha continuado la colaboración con otras secciones del Servicio (Sección de Radiología Mamaria y Pediatría) para el mantenimiento e implantación de la certificación respectivamente.
- Se ha actualizado el procedimiento de acogida en el formato PG-03_Z2(E)M_RX, en marzo de 2018.
- Se añadió en el procedimiento general de seguridad el PG-08_Z2(E)M_RX_NYCC de dispositivos implantables, en Febrero de 2018.
- Se presentó en el Congreso Nacional de la SERAM nuestro manejo de los pacientes con dispositivos implantables, para la realización de estudios RM de forma segura, en colaboración con un equipo multidisciplinar.
- Se han actualizado los pactos de citación y se recoge en el procedimiento IT-03_Z2(E)M_RX_NYCC
- Se ha implantado la ecografía de Troncos Supraórticos en la sección de Neurorradiología y Cara Cuello, realizándose los jueves por parte del personal facultativo de nuestra sección.
- Se ha realizado una encuesta de satisfacción para los clientes externos con buenos resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La Sección de Neurorradiología y Cara Cuello del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2017. Tras estos años el personal se ha concienciado paulatinamente sobre la política de calidad de la Sección y colabora activamente.

El grupo de mejora de la Sección funciona activamente con reuniones periódicas, colaborando en el seguimiento de indicadores, que desde 2017 se realiza de forma semestral.

La comunicación con los responsables de la implantación ISO de las Secciones de Radiología Mamaria y Pediatría ha sido dinámica y se han unificado procedimientos

Los cambios tecnológicos de la Sección, con la nueva actualización de la RM GE del edificio MF, han supuesto un cambio en el empleo de alguno de los protocolos empleados hasta el momento, y actualmente estamos en período de validación y consolidación de las nuevas secuencias.

Esto ha hecho que el grupo de mejora de los PTTs haya tenido que retomar los protocolos de RM que habían empezado a revisar hace un año.

Además la actualización tecnológica nos ha permitido nuevas líneas de trabajo con la participación de la Sección a nivel hospitalario en el estudio de RM fetal.

El análisis de incidencias y no conformidades ha conllevado una comunicación directa con los servicios peticionarios para consensuar la periodicidad de las exploraciones realizadas en la sección, que requieren control RM.

La actualización del procedimiento de formación ha permitido un análisis más exhaustivo de las necesidades formativas del personal y un transcurso más adecuado de las actividades previstas.

El proyecto de mejora del manejo de los pacientes con dispositivos RM está siendo de gran utilidad, permitiendo realizar un gran número de exploraciones que antes eran desestimadas.

La satisfacción de los pacientes con la atención recibida en la Sección continúa muy alta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE SISTEMA DE CALIDAD EN NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA ISO 9001 2015

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los cambios tecnológicos de la Sección han conllevado mejoras en la infraestructura y nuevas líneas de trabajo.

La mejora continua hace que abramos nuevas puertas de trabajo y actuación con elaboración de nuevos protocolos y estudios RM, y ecográficos.

La existencia del grupo de mejora de calidad de la Sección facilita el correcto transcurso de los objetivos anuales y el análisis de incidencias y no conformidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/591 ===== ***

Nº de registro: 0591

Título
IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
SERAL MORAL PILAR, BERNAL LAFUENTE CELIA, BENITO TOMAS MARIA ESTHER, SANCHO SERRANO ANGEL ENRIQUE, GOMEZ GIL TERESA, IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Certificación ISO-9001
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Sector Zaragoza II, al que pertenece el Hospital Universitario Miguel Servet, y por tanto la Sección de Neurorradiología y Cara-Cuello de Radiodiagnóstico, tiene aprobado un plan estratégico 2014-2016, publicado en la Intranet, en el que se recogen la misión, visión y valores del sector. En la línea estratégica 2 se recoge el objetivo de extender la certificación ISO 9001. El Servicio de Radiodiagnóstico está comprometido con este plan, y en el 2016 ha conseguido la certificación ISO 9001 en la Sección de la Mama y el objetivo es conseguir la certificación de cada una de las secciones que componen el Servicio de manera paulatina.

La certificación ISO 9001 es una herramienta que proporciona una garantía de la calidad interna y externa. De forma que, conseguir su implantación en la sección de Neurorradiología y Cara-Cuello del Servicio de Radiodiagnóstico, es una oportunidad para:

- Mejorar la calidad de la Sección, así como su imagen y credibilidad
- Aumentar la satisfacción tanto de los pacientes como de los médicos peticionarios
- Generar una cultura de mejora continua y aumentar el compromiso de los empleados en relación con la mejora de procesos

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es obtener la certificación ISO 9001. Conseguir la certificación ISO 9001, lleva implícito la mejora de los puntos del apartado anterior y además:
- Mejorar la gestión de los procesos, actividades y funciones, así como integrar mejor dichos procesos
- Implantar un registro de incidencias, para posteriormente analizarlas y corregirlas, y además nos permite proponer nuevos puntos de mejora, con el fin último de mejorar la atención y garantizar la seguridad de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE SISTEMA DE CALIDAD EN NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA ISO 9001 2015

MÉTODO

El proyecto de implementación de la normativa ISO 9001, se divide en tres etapas:

Fase de documentación

o Comienza con la formación del grupo de calidad. Una vez formado, establecer un diagnóstico previo, describir los procesos, redactar el manual de calidad y procedimientos y sensibilizar a todo el personal que presta sus servicios en la Sección.

o Para ello, se realizan reuniones semanales del grupo de calidad, y con menor periodicidad con el resto del personal de la sección

Fase de implantación

o Implantar el sistema

o Realizar la auditoría interna

o Revisión por la Dirección

Fase de consolidación

o Solicitar la Certificación a empresa acreditada

o Auditoría externa

o Plan de acciones correctoras

o Certificación

INDICADORES

Realizar la auditoría interna

Realizar la revisión por la Dirección

Realizar la auditoría externa

Implantación de las propuestas abordadas en la revisión por la Dirección, así como en las auditorías interna y externa

DURACIÓN

Fase de documentación: Enero 2017

Fase de implantación:

- Auditoría interna: Febrero-Marzo 2017

- Revisión por la Dirección: Abril-Mayo 2017

Fase de consolidación:

- Auditoría externa: Mayo-Junio 2017

Realización del plan de medidas correctoras, si procede.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SEVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR SERAL MORAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERNAL LAFUENTE CELIA
BENITO TOMAS MARIA ESTHER
SANCHO SERRANO ANGEL ENRIQUE
GOMEZ GIL TERESA
IBÁÑEZ HERNANDEZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

FASE DE DOCUMENTACIÓN

- El 26 de mayo de 2016 se configura el grupo Normativa ISO de la Sección de Neurorradiología y Cara-Cuello. Estableciendo reuniones periódicas los jueves a las 14:00 junto con Marisa Vela (UCA)
- Desde mayo 2016 hasta noviembre 2016 se describen los procesos y procedimientos y se redacta el manual de calidad. Se da a conocer al resto del personal de la sección y se favorece su accesibilidad en todos los ordenadores a través de un dominio.

FASE DE IMPLANTACIÓN

- En Enero-Febrero de 2016 se lleva a cabo la implantación del nuevo sistema de calidad en la Sección
- El 27 de marzo 2017 se lleva a cabo la Auditoría Interna con resultado de 2 No conformidades y una observación. Se establecen las acciones correctivas con el objeto de corregir las deficiencias, incluyendo ambas en un único informe.
- En abril 2017 se realiza la Revisión del sistema por la Dirección. Como conclusión se establece un listado de necesidades tanto de mejora como de emprendimiento de acciones correctivas.

FASE DE CONSOLIDACIÓN

- En abril de 2017 se realiza la Auditoria Externa sin No conformidades. Se obtiene el certificado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Los indicadores del proyecto:
o Pasar con éxito la auditoría interna: Si
o Pasar con revisión por la dirección: Si
o Pasar finalmente la revisión externa: Si
o Obtención de la certificación ISO: En abril 2017
- La comunicación con los responsables de la certificación ISO de la sección de radiología mamaria ha sido óptima y la tendencia es a la unificación de procedimientos.
- La aceptación por parte del personal ha sido buena, con una concienciación paulatina del sistema.
o Entradas o registros abundantes en el libro de incidencias
o Asistencias muy concurridas a las sesiones de temas de gestión
o Formación de grupos de trabajo multidisciplinar para la revisión de procedimientos técnicos de trabajo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La obtención del certificado ISO 9001 supone una mejora en la calidad de la Sección, pudiendo detectar fallos del sistema a través del registro de incidencias, estableciendo las medidas correctivas oportunas, de forma que se mejora en la efectividad y seguridad de los usuarios y pacientes.
- La existencia del grupo de mejora ha facilitado una sistemática de trabajo de la sección dentro de un marco de calidad.
- Propagación a otras Secciones de la necesidad de alcanzar la certificación ISO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/591 ===== ***

Nº de registro: 0591

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SEVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Título
IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
SERAL MORAL PILAR, BERNAL LAFUENTE CELIA, BENITO TOMAS MARIA ESTHER, SANCHO SERRANO ANGEL ENRIQUE, GOMEZ GIL TERESA, IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Certificación ISO-9001
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Sector Zaragoza II, al que pertenece el Hospital Universitario Miguel Servet, y por tanto la Sección de Neurorradiología y Cara-Cuello de Radiodiagnóstico, tiene aprobado un plan estratégico 2014-2016, publicado en la Intranet, en el que se recogen la misión, visión y valores del sector. En la línea estratégica 2 se recoge el objetivo de extender la certificación ISO 9001.
El Servicio de Radiodiagnóstico está comprometido con este plan, y en el 2016 ha conseguido la certificación ISO 9001 en la Sección de la Mama y el objetivo es conseguir la certificación de cada una de las secciones que componen el Servicio de manera paulatina.

La certificación ISO 9001 es una herramienta que proporciona una garantía de la calidad interna y externa. De forma que, conseguir su implantación en la sección de Neurorradiología y Cara-Cuello del Servicio de Radiodiagnóstico, es una oportunidad para:

- Mejorar la calidad de la Sección, así como su imagen y credibilidad
- Aumentar la satisfacción tanto de los pacientes como de los médicos peticionarios
- Generar una cultura de mejora continua y aumentar el compromiso de los empleados en relación con la mejora de procesos

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es obtener la certificación ISO 9001.
Conseguir la certificación ISO 9001, lleva implícito la mejora de los puntos del apartado anterior y además:
- Mejorar la gestión de los procesos, actividades y funciones, así como integrar mejor dichos procesos
- Implantar un registro de incidencias, para posteriormente analizarlas y corregirlas, y además nos permite proponer nuevos puntos de mejora, con el fin último de mejorar la atención y garantizar la seguridad de los pacientes.

MÉTODO

El proyecto de implementación de la normativa ISO 9001, se divide en tres etapas:

Fase de documentación

- o Comienza con la formación del grupo de calidad. Una vez formado, establecer un diagnóstico previo, describir los procesos, redactar el manual de calidad y procedimientos y sensibilizar a todo el personal que presta sus servicios en la Sección.

- o Para ello, se realizan reuniones semanales del grupo de calidad, y con menor periodicidad con el resto del personal de la sección

Fase de implantación

- o Implantar el sistema
- o Realizar la auditoría interna
- o Revisión por la Dirección

Fase de consolidación

- o Solicitar la Certificación a empresa acreditada
- o Auditoría externa
- o Plan de acciones correctoras
- o Certificación

INDICADORES

Realizar la auditoría interna

Realizar la revisión por la Dirección

Realizar la auditoría externa

Implantación de las propuestas abordadas en la revisión por la Dirección, así como en las auditorías interna y externa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SEVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

DURACIÓN

Fase de documentación: Enero 2017
Fase de implantación:
- Auditoría interna: Febrero-Marzo 2017
- Revisión por la Dirección: Abril-Mayo 2017
Fase de consolidación:
- Auditoría externa: Mayo-Junio 2017
Realización del plan de medidas correctoras, si procede.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0917

1. TÍTULO

ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE JOAQUIN MARTIN CUARTERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA
MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL
VILLA VIÑAS DIASOL
GOMEZ GIL TERESA
LUCIENTES RAMIRO BEATRIZ
MELLADO SANTOS JOSE MARIA
BADESA PEÑA JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado la herramienta informática basada en un documento Access para la notificación de las incidencias que ocurren en el Servicio de Radiodiagnóstico en el edificio Multifuncional del Hospital Universitario Miguel Servet.

La herramienta está ubicada en un disco duro virtual, con acceso desde los ordenadores del servicio.

Las fechas previstas se han cumplido de forma bastante aproximada, cumpliendo el objetivo de tener una versión inicial para su uso antes de finalizar el año 2017. A principios de noviembre se presentó a los miembros del servicio y se han estado recogiendo datos durante los últimos meses del año.

Durante las primeras semanas de uso se identificaron algunas deficiencias que se fueron subsanando conforme se detectaron.

Así mismo se ha realizado una encuesta durante el mes de diciembre para comprobar si el personal conocía la herramienta, conocer opiniones sobre la misma y recoger ideas y propuestas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este momento tenemos la herramienta en fase de prueba, en uso por el personal del servicio. Queda seguir comprobando su funcionamiento, detectar posibles errores o carencias que se puedan subsanar.

El standard que se persigue es tener una forma de notificar y recoger las incidencias, acorde a la legislación y al Programa de Garantía de Calidad del Servicio, normas ISO (implantadas en algunas secciones del Servicio) y las recomendaciones y tendencia de otros servicios y departamentos del Hospital que cuentan con herramientas similares.

Creemos que el impacto será beneficioso ya que permitirá conocer y recoger incidencias que hasta ahora no quedaban reflejadas de manera alguna.

Los indicadores usados son el número de registros clasificados por tipo de incidente, personal que lo notifica y lugar de la incidencia. Se recogerán periódicamente para su valoración y posterior realización de una evaluación-memoria global.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han realizado todas las actividades para la creación de la herramienta, que ha sido finalizado, al menos en una fase inicial, con posibilidad de modificación futura.

Queda pendiente su uso más general, ya que se ha detectado aún un uso limitado.

La sostenibilidad se basa en mantener operativa la herramienta (valorar posibles fallos, comprobar accesibilidad, etc) y tener persona o personas responsables de la revisión de incidencias, y posterior labor de buscar las soluciones a las mismas.

En caso de que se use el programa y se encuentre utilidad, se podría generalizar su uso a todo el Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/917 ===== ***

Nº de registro: 0917

Título
ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL

Autores:
MARTIN CUARTERO JOAQUIN, ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA, MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL, VILLA VIÑAS DIASOL, GOMEZ GIL TERESA, LUCIENTES RAMIRO BEATRIZ, BULL SANZ SELINA, BADESA PEÑA JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0917

1. TÍTULO

ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes de urgencias y traumatología
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad no existe un único registro en el servicio de Radiodiagnóstico, en el que queden recogidos los incidentes que ocurren durante el trabajo. Actualmente existen varios registros en formato papel para incidentes de tipo técnico, alergias al contraste y caída de pacientes. No existen ningún tipo de registro de otro tipo de incidentes como error al identificar a un paciente, al identificar la lateralidad de la exploración (por ejemplo rodilla derecha o izquierda), problemas con la calidad de las imágenes obtenidas (por mala técnica o por deficiencia de los aparatos), incidencias con otros medicamentos, catéteres, etc.
Se pretende pues registrar todos esos incidentes, y si es posible en un único registro.

RESULTADOS ESPERADOS

Tener un registro informático de todo tipo de incidentes que ocurran en el servicio de Radiodiagnóstico en relación a las exploraciones que en él se realizan.
Detectar los problemas e incidencias que ocurren durante la realización de los estudios, en cualquier fase del proceso radiológico con el fin de realizar el seguimiento de todos los efectos adversos que permitan realizar las correspondientes líneas de mejora.
Permitir un acceso sencillo al registro informático desde los ordenadores del servicio, así como su consulta por los responsables (Jefes de Servicio o Sección, Supervisoras), clasificación de incidentes, etc.

MÉTODO

El ámbito de implantación inicial sería el Servicio de Radiodiagnóstico del edificio multifuncional, en el contexto de la implantación del recientemente desarrollado Programa de Garantía de Calidad de dicho edificio. La metodología será:

- Reunión del grupo de mejora para abordar cuales deben ser las características de la herramienta, apartados a recoger, opciones, etc.
- Diseño de la herramienta informática (tipo excel o access)
- Implantación de la herramienta en un periodo de prueba
- Reuniones con el personal para explicar la herramienta, manejo...
- Evaluación tras ese periodo de prueba de número de registros, accesibilidad, deficiencias, utilidad, etc.
- Reunión y/o encuestas con el personal para valorar su opinión, posibilidad de mejora, etc.
- Realizar posibles modificaciones ante los problemas o sugerencias aportadas
- Instauración definitiva de la herramienta
- Valorar el nivel de implantación.

INDICADORES

Tras la instauración inicial en periodo de prueba de la herramienta informática, se evaluará el número de registros, accesibilidad, deficiencias, utilidad, etc.
Se estudiará el número de registros, correcta cumplimentación de los campos, etc.
Se valorará mediante reuniones y/o encuestas con el personal su opinión, posibilidad de mejora, sugerencias, etc.
Todo ello previo a la instauración definitiva de la herramienta.

DURACIÓN

La fecha de inicio de este proyecto será noviembre de 2016 hasta noviembre de 2018.
El cronograma previsto es:

- Formación del grupo de trabajo y definición de competencias: 1 mes
- Diseño de la herramienta informática: 3 meses
- Implantación de la herramienta en periodo de prueba: 6 meses
- Evaluación del periodo de prueba e introducción de mejoras: 5 meses
- Validación de la herramienta e implantación definitiva: 8 meses
- Evaluación global de resultados: 1 mes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0917

1. TÍTULO

ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1285

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION RADIAL EN ATROTC DENTRO DEL PROCEDIMIENTO ARTRORM DE CADERA

Fecha de entrada: 29/12/2019

2. RESPONSABLE ESTEBAN MAYAYO SINUES

- Profesión MEDICO/A
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA. SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Procedimiento artrográfico mediante fluroscopia y realización inmediata posterior de artro-TC previo a la artro-RM.
- Realización de reconstrucción radial a partir del volumen de datos obtenidos en la artro-TC en la estación de trabajo GE de nuestro servicio (planos orientados alrededor de la porción central de la unión cabeza-cuello femoral, cada 20°).
- Se valora la existencia o no de deformidad de tipo cam de forma subjetiva y su extensión en forma de intervalos horarios ("esfera de reloj"), ampliando la información con la medición del ángulo alfa en los diferentes cortes.
- Se compara la eficacia de la artro-TC con reconstrucción radial frente a la radiografía simple (poyecciones AP y axial, si estuvieran disponibles) y artro-RM.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han realizado 13 estudios artro-RM entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2019. En 12 casos se pudo realizar artro-TC simultánea (92,3%).
- En todos los casos en los que se practicó artro-TC (12 casos) se realizó reconstrucción radial para valoración de la existencia y extensión de la deformidad de tipo cam (100%).
- 6 pacientes en los que se hizo artro-RM presentaron deformidad de tipo cam visible en alguna de las pruebas radiológicas (Rx, TC y/o RM). En 5 casos la deformidad era de tipo "plano" y en 1 caso tipo "joroba".
- La radiografía simple y los planos convencionales de la artro-RM permitieron identificar la deformidad de tipo cam en 5 de los 6 pacientes.
- La artroTC con reconstrucción radial identificó y permitió valorar la extensión real en forma de intervalos horarios de la deformidad de tipo cam en 5 casos (hubo 1 caso con deformidad en el que no pudo realizarse artro-TC por falta de disponibilidad de máquina).
- La deformidad se localizaba entre las 12 y las 3h. Hubo 1 caso con deformidad limitada al intervalo aproximado entre la 1 y las 2 horas, no visible en radiografía simple ni en la artro-RM con los planos convencionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de artro-TC mejora la utilidad de la artro-RM de cadera al aumentar la sensibilidad para detectar lesiones condrales. Además, la artro-TC posibilita la realización de un reformateo radial, lo que permite identificar y valorar de forma óptima la extensión de la deformidad de tipo cam del extremo proximal femoral. De esta forma la artro-TC como complemento de la artro-RM se convierte en una herramienta fundamental en la planificación por imagen previa a la cirugía artroscópica de cadera (necesidad y extensión de la osteocondroplastia).

7. OBSERVACIONES.

Debido al proceso de sustitución de aparatos RM en nuestro servicio, no se pudieron realizar estudios artro-RM de cadera durante 2 meses, al realizar en dicho periodo los estudios en un aparato de RM que carecía de disponibilidad física próxima de aparato TC.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1285 ===== ***

Nº de registro: 1285

Título
RECONSTRUCCION RADIAL EN ATROTC DENTRO DEL PROCEDIMIENTO ARTRORM DE CADERA

Autores:
MAYAYO SINUES ESTEBAN, SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1285

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION RADIAL EN ATROTC DENTRO DEL PROCEDIMIENTO ARTRORM DE CADERA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La artrografia por RM (artroRM) de cadera es la modalidad radiológica de elección en la planificación preoperatoria de la patología intraarticular de la cadera. La distensión de la cápsula articular con el medio de contraste permite valorar mejor las estructuras articulares, como el cartilago articular, el labrum acetabular y el ligamento redondo. En planes de mejora previos hemos utilizado la artroTC como complemento de la artroRM así como la artroRM con tracción para valorar mejor la presencia y extensión de lesiones condrales tanto del acetábulo como de la cabeza femoral, lesiones que pueden modificar el abordaje terapéutico. Una de las ventajas adicionales de la artroTC, además de su superior resolución frente a la artroRM para valorar las lesiones condrales, es que la tecnología multidetector disponible permite obtener un volumen de datos para realizar reconstrucciones con la misma resolución espacial que la obtenida en el plano de adquisición. El reformateo radial permite valorar la morfología de la unión cabeza-cuello femoral en los 360° de su circunferencia. De esta forma es posible identificar deformidades de tipo cam que pueden pasar desapercibidas en los planos habituales y que son subsidiarias de la realización de osteocondroplasia correctora, como ocurre en la región anterosuperior (entre las 3 y las 12 horas). Las secuencias habituales de RM y las reconstrucciones de la TC en los planos axial oblicuo y coronal únicamente nos permiten valorar la morfología anterior (3 horas) y superior (12 horas), respectivamente. Por otro lado, las proyecciones radiográficas axiales con frecuencia no permiten valorar bien esta morfología por la superposición del trocánter mayor.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la utilidad de la artro-RM de cadera de cara a caracterizar mejor la deformidad de tipo cam, incluyendo la valoración de la región anterosuperior, oculta en las reconstrucciones y planos convencionales. De esta forma se podrá planificar mejor el procedimiento terapéutico de las artroscopias de cadera.

MÉTODO

Administración por guía fluroscópica de medio de contraste, con dosificación para la realización simultánea de artroTC y artroRM.

Se realizará reformateo radial en estación de trabajo GE de nuestro servicio, con planos radiales orientados alrededor de la porción central de la unión cabeza-cuello femoral, con imágenes cada 20°.

Se valorará la deformidad de tipo cam mediante cuantificación del ángulo alfa en el plano correspondiente a la superficie anterior (valor de más de 50° a las 3 horas) así como valoración subjetiva de la existencia o no de deformidad entre las 3 y las 12 horas.

Se cuantificará la extensión de la deformidad según intervalos horarios.

INDICADORES

Realización de artroTC simultanea como parte del procedimiento técnico de realización de artroRM (estándar 90%).
Descripción en informe radiológico de la existencia de deformidad de tipo cam y su extensión (estándar 100%).
Análisis observacional en cuanto a la identificación de la deformidad mediante los planos y reconstrucciones habituales de RM y TC frente a la reconstrucción radial por TC.

DURACIÓN

Revisión resultados (análisis observacional y evaluación indicadores) a los 6 meses.

Análisis final de resultados al año o ampliable según fecha concreta de revisión final del proyecto.

OBSERVACIONES

Esta actividad complementa a otra del año 2018 respecto del uso de tracción en artroRM. No pude enviar la memoria de dicha actividad al no recibir correo electrónico y a pesar de haber intentado ponerme en contacto con ustedes a través de la dirección de correo electrónico de calidad en salud (la misma dirección de las comunicaciones de otro año)(mail del 28 de Febero). Mi correo en el que consultaba como poder enviar los resultados no fue respondido. La unica comunicación con ustedes fue a través de un correo que ustedes me enviaron el pasado mes de Diciembre, recordando la necesidad en enviar las memorias en los proximos meses, pero en que no había todavía un link para poder enviar la memoria de actividades. Desde entonces he estado esperando nuevo correo por su parte para poder enviar la memoria. Dicha actividad, con la recogida de datos, está finalizada desde hace meses. Por favor, ruego contacto con ustedes al respecto. Temo que el trabajo invertido no haya servido de nada.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1285

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION RADIAL EN ATROTC DENTRO DEL PROCEDIMIENTO ARTRORM DE CADERA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1393

1. TÍTULO

SEGURIDAD FRENTE A RM DE LOS PACIENTES CON DISPOSITIVOS IMPLANTABLES. ¿CÓMO PUEDO REALIZAR UN ESTUDIO RM CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE?

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE CELIA BERNAL LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL
LOBO GALLARDO RODRIGO
BARRERA ROJAS MIGUEL
OLORIZ SANJUAN TERESA
RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA
LEACHE PUEYO JAIME
MAESTRO PEÑA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos conseguido, tras un trabajo exhaustivo y constante de actualización y comunicación entre los diferentes profesionales que formamos parte del proyecto, disponer de una documentación útil .

Se han creado vías de comunicación fluidas entre el servicio de Radiodiagnóstico y los Facultativos responsables de los dispositivos, que nos permiten realizar de forma segura los estudios de RM en pacientes portadores de dispositivos implantables (DI).

Además se ha hecho posible que todos los facultativos tengan acceso a esta información desde la Intranet del Hospital, de forma que puedan consultar dicha información desde cualquier consulta.

Abril - Julio: Reuniones con los miembros del proyecto, comentando las necesidades de revisar y actualizar los documentos de seguridad elaborados, que nos han permitido manejar de forma correcta los pacientes con DI de forma segura frente a RM.

Julio - agosto: Actualización de la documentación por parte de cada uno de los responsables: Todos los miembros del grupo han realizado de forma correcta y minuciosa la revisión de sus dispositivos, siendo el resultado muy satisfactorio.

Septiembre - octubre: Revisión por el responsable del proyecto de la documentación y entrega dicha documentación a la Unidad de Transformación, Innovación y Calidad (UTIC), para la elaboración de GUIAS que puedan consultarse desde Intranet.

- Se incorporan nuevos dispositivos, con un manejo específico (Neuroestimuladores: Anexo 1, con un manejo independiente).

- Se revisa la hoja de interconsulta, para que los médicos peticionarios puedan contactar con los Facultativos responsables del dispositivo a la hora de precisar un estudio RM estando apto su diseño y comprobada su utilidad. Se añade la casilla de fecha de envío y devolución

- Se envía la documentación a la Unidad UTIC

Noviembre. La documentación se encuentra accesible para todos los profesionales en la intranet del Hospital. La ruta a seguir es la siguiente " Intranet- Apoyo a la Asistencia- Atención Especializada- Radiodiagnóstico- Seguridad en Resonancia Magnética

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Revisión y actualización de los documentos sobre seguridad de los DI, frente a RM, indicaciones del estudio y situaciones especiales.

Esta documentación actualizada, se ha puesto al alcance de todos los profesionales con la información necesaria para la realización de pruebas RM en pacientes con dispositivos Implantables. La ruta a seguir es la siguiente " Intranet- Apoyo a la Asistencia- Atención Especializada- Radiodiagnóstico- Seguridad en Resonancia Magnética

También se ha puesto a disposición de los facultativos la hoja de interconsulta para poder contactar con el especialista responsable del Dispositivo, aunque por ahora se sigue realizando dicha interconsulta desde el Servicio de Radiodiagnóstico en la mayoría de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Merece la pena un trabajo en equipo, ya que nos ha permitido realizar estudios de calidad, y con seguridad, en pacientes con dispositivos implantables, que precisan de un estudio RM y que antes de la realización de este proyecto se desestimaban por el potencial riesgo o desconocimiento de su manejo.

Hay que difundir la información entre el resto de los profesionales peticionarios.

Debemos seguir detectando errores en el proceso y realizar la corrección de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1393

1. TÍTULO

SEGURIDAD FRENTE A RM DE LOS PACIENTES CON DISPOSITIVOS IMPLANTABLES. ¿CÓMO PUEDO REALIZAR UN ESTUDIO RM CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE?

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1393 ===== ***

Nº de registro: 1393

Título
COMO REALIZAR UN ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE

Autores:
BERNAL LAFUENTE CELIA, MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL, GALLARDO LOBO RODRIGO, BARRERA ROJAS MIGUEL, OLORIZ SANJUAN TERESA, RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA, LEACHE PUEYO JAIME, MAESTRO PEÑA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología, enfermedad o situación que precise de una Resonancia Magnética para su diagnóstico, control o valoración
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Eficiencia de recursos y seguridad para el paciente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Antes del 2017 la tendencia era no realizar estudios de Resonancia Magnética (RM) en pacientes con dispositivos implantables (DI) como marcapasos, desfibriladores, implantes cocleares, bombas de infusión intratecal, neuroestimuladores... por el riesgo asociado al someter estos dispositivos a un campo magnético intenso y radiofrecuencia. Sin embargo, en 2017 formamos un equipo multidisciplinar integrado por Facultativos Especialistas de Cardiología, Neurocirugía, Anestesia, Otorrinolaringología, Radiodiagnóstico, y un miembro de enfermería de Radiodiagnóstico, para la realización de estudios de RM con seguridad. Nos proponemos ampliar el alcance del proyecto al médico peticionario, para evitar el retraso diagnóstico en estos pacientes, a los que se suma el ya existente de la lista de espera. Si es el propio médico peticionario el que realiza la interconsulta se pueden evitar estos retrasos diagnósticos y mejorar la seguridad y atención del paciente con DI.

RESULTADOS ESPERADOS

Hacer posible que todos los Facultativos del Hospital, puedan acceder a la información de seguridad de los DI para hacer correctamente la solicitud de RM. Dicha información se elaborará por los facultativos responsables de los dispositivos, y se podrá visualizar en la Intranet del Hospital desde cualquier consulta. El médico peticionario podrá realizar la interconsulta con el facultativo responsable del dispositivo, gracias al formulario de interconsulta que estará disponible en HPDoctor y en Intranet. De esta forma, se podrá realizar un diagnóstico adecuado en pacientes con DI (cada vez más frecuentes), Y agilizar el estudio de los mismos, gracias a la nueva gestión por parte del médico peticionario, evitando retrasos diagnósticos y garantizando su seguridad.

MÉTODO

Los facultativos responsables del dispositivo se reunirán con las casas comerciales, que indicarán las condiciones de seguridad en las que se podrá realizar el estudio, elaborando una lista que incluya los dispositivos más habituales implantados en el hospital. Se elaborarán documentos explicativos donde conste si el dispositivo es Seguro - Condicional o Incompatible con RM, y la forma de actuar en cada caso. Dichos documentos se pondrán al alcance de los médicos peticionarios para su consulta desde Intranet. También constará la forma de contactar con el médico responsable del dispositivo para aclarar cualquier duda.

INDICADORES

Controlaremos el número de solicitudes de RM citadas, que dispongan de la hoja de interconsulta enviada por el médico peticionario. El indicador lo mediremos con la proporción de solicitudes con formulario del solicitante / total de estudios con dispositivos realizados. Actualmente en la mayoría de los casos la hoja de interconsulta se realiza desde el Servicio de Radiodiagnóstico, pero no tenemos tasas de referencia. Valorar la satisfacción por parte del paciente, y la presencia /ausencia de preocupación que pueda generarse ante esta situación mediante encuestas de satisfacción. Actualización anual de la seguridad de los dispositivos ya controlados e incluir los nuevos. Se comprobará que la documentación tiene fecha de revisión en la Intranet.

DURACIÓN

Abril - Junio 2019

Reuniones con las casas comerciales de los principales DI empleados en cada una de las especialidades de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1393

1. TÍTULO

SEGURIDAD FRENTE A RM DE LOS PACIENTES CON DISPOSITIVOS IMPLANTABLES. ¿CÓMO PUEDO REALIZAR UN ESTUDIO RM CON SEGURIDAD EN UN PACIENTE CON UN DISPOSITIVO IMPLANTABLE?

Cardiología, Otorrinolaringología, Anestesia y Neurocirugía
Junio- Octubre 2019
Elaboración de los documentos actualizados acerca de seguridad de los DI.
Hoja de interconsulta consensuada, para que los médicos peticionarios puedan contactar con los Facultativos responsables del dispositivo.
Encuesta de Satisfacción para conocer cómo viven los pacientes el proceso.
Septiembre- Diciembre 2019
Poner a disposición de los Facultativos del Hospital la documentación elaborada y alojada en la Intranet del Hospital.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0913

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ALMUDENA GANDIA MARTINEZ
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA CUEVA BARRAO LETICIA
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades:

*Febrero 2017

1.- Recopilación de los procedimientos diagnósticos del Servicio de MN con la descripción de radiofármacos y dosis empleados

2.- Establecimiento de la sistemática para la determinación de las dosis efectivas: parámetros de entrada necesarios para el cálculo

*Marzo 2017

1.- Cómo abordar los pacientes pediátricos: cálculo por grupos de peso más que por grupo de edad

2.- Correspondencia entre peso y dosis efectiva. Interpolación para todos los pesos hasta 57 kg

*Mayo 2017

1.- pacientes con TAC: parámetros de entrada para cálculo de dosis efectiva. Necesidad de registrar manualmente el DLP que da el equipo para cada exploración

*Junio 2017

1.- completada la tabla de dosis efectivas en TAC para adultos y niños

2.- Se entrega todo a Pablo Bailo del Servicio de Informática para su inclusión en HPDoctor

3.- Se instala en un HPDoctor de prueba y se difunde al resto de facultativos del SMN para que inicien su uso

*Julio, Agosto y Septiembre

1.- En prueba

*Finales de Septiembre

1.- Circular informativa de jefa del SMN al resto de Jefes de Servicio sobre la inclusión en los informes clínicos del SMN de las dosis efectivas de los pacientes atendidos en el SMN

2.- Instalación por parte de informática del cálculo en HPDoctor

*Octubre

1.- Los informes emitidos por los facultativos del SMN incluyen datos de dosis efectiva recibida por los pacientes atendidos en dicho Servicio

*Octubre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se da cumplimiento a la Directiva europea 2013/59/EURATOM, en la que se establece la necesidad de que los países miembros registren y notifiquen las dosis efectivas recibidas por los pacientes, en lo que respecta a aquellos que han sido atendidos en el Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario Miguel Servet.

La información se realiza de manera automatizada y se incluye en el Informe Médico emitido desde este Servicio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En alguna de las exploraciones pediátricas, ha sido necesario completar la tabla de pesos ampliándola por abajo y por arriba.

La llegada de nuevo equipamiento para 2018 hace que tengamos que estar pendientes de revisar los cálculos.

Con la unificación de los Servicios de Medicina Nuclear de los grandes hospitales de Aragón se sugiere la implantación de esta metodología también para los pacientes atendidos en el Hospital Clínico.

7. OBSERVACIONES.

Siendo un requisito legal el hecho de que haya que informar de dosis efectivas recibidas por los pacientes a los que se les aplican radiaciones ionizantes, hemos echado de menos el apoyo institucional para llevar a cabo dicho objetivo.

Queda pendiente el cálculo de dosis efectivas en pacientes de los Servicios de Radiodiagnóstico. Sabemos que se han mantenido contactos con algunos proveedores de programas informáticos que son capaces de extraer esta información de forma automatizada, pero hasta la fecha, no hay ninguna decisión tomada.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/913 ===== ***

Nº de registro: 0913

Título
SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0913

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Autores:

GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, DE LA CUEVA BARRAO LETICIA, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Física y Protección Radiológica del Hospital Universitario Miguel Servet cuenta con la Acreditación ISO 9001:2008 para el área de la dosimetría clínica desde el año 2012. Distinguimos procedimientos para los tres servicios implicados directamente con el uso de radiaciones ionizantes: Radioterapia, Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear.

En concreto, la estimación de dosis impartida a pacientes del Servicio de Medicina Nuclear se viene realizando bajo demanda, en aquellos casos en que el Médico Especialista considera de especial interés disponer de dicha información.

La Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo Europeo, que regula las normas de seguridad básicas para la protección frente al riesgo derivado de la exposición a radiaciones ionizantes, establece en su artículo 58 que la información relativa a la exposición del paciente sea parte del informe del procedimiento médico-radiológico. Esto implica que la información de la dosis absorbida ha de estar disponible para cualquiera de los procedimientos que se realizan en el Servicio de Medicina Nuclear.

En este sentido, el Servicio de Física y Protección Radiológica se va a encargar de buscar las herramientas para el cálculo de la dosis efectiva a partir de la información del radiofármaco y actividad administrada, para las exploraciones diagnósticas habituales. Estos valores los pone a disposición del Servicio de Medicina Nuclear para su gestión posterior.

RESULTADOS ESPERADOS

Seguridad de pacientes. Cumplimiento de los objetivos de la Directiva Europea EURATOM 2013/59 relativos a la información de la dosis efectiva en los procedimientos de medicina nuclear que sirva de orientación a los médicos prescriptores y mejorar los niveles de seguridad clínica facilitando al paciente su derecho a la información.

MÉTODO

- Recopilación de los procedimientos diagnósticos del Servicio de Medicina Nuclear con la descripción de radiofármacos y dosis empleados
- Revisión bibliográfica de los métodos de cálculo de dosis efectiva en exploraciones de MN
- Establecer junto con el Servicio de Medicina Nuclear la sistemática para la determinación de las dosis efectivas: parámetros de entrada necesarios para el cálculo
- Analizar con Siemens las herramientas de exportación de valores de dosis de TC
- Facilitar la implementación

INDICADORES

- Porcentaje de procedimientos diagnósticos identificados - Nivel 100%
- Establecimiento con MN de la sistemática más conveniente - Nivel SI
- Incorporación de las dosis debidas a las exploraciones con TC Siemens - Nivel SI
- Porcentaje de pacientes atendidos en MN que disponen de registro de dosis en el mes de diciembre - Nivel 75%

DURACIÓN

El calendario viene marcado por el proyecto que en este mismo sentido desarrolla el Servicio de Medicina Nuclear. Para poder iniciar las pruebas de introducir valores de dosis en HpDoctor en junio de 2017, es necesario que el Servicio de Física tenga disponibles dichos valores. El calendario será:

Tabla de procedimientos y parámetros de entrada - febrero 17

Decisión de método de cálculo y desarrollo - abril 17

Tabla de dosis absorbidas a disposición del Servicio de Medicina Nuclear - junio 17

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0913

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1271

1. TÍTULO

MANTENER CERTIFICACION ISO EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA. AMPLIACION A PROCESO DE DOSIMETRIAFISICA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO FONT GOMEZ
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES REDONDO MERCEDES
LOZARES CORDERO SERGIO
JIMENEZ ALBERICIO JAVIER
VILLA GAZULLA DAVID
YANGUAS GARRIDO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REALIZACIÓN DE VARIOS CURSOS DE ACTUALIZACIÓN EN DISTINTOS ASPECTOS DE LA CALIDAD
ASISTENCIA A FORMACIÓN EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SANIDAD CON RELACIÓN A LA REALIZACION Y SEGUIMIENTO DE
MATRICES DE RISO EN RADIOTERAPIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE REVISAN Y ACTUALIZAN LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO RELATIVOS A LA DOSIMETRÍA CLÍNICA EN RT EXTERNA, QUE FUERON ELABORADOS EN 2012.

SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS NUEVOS DE PLANIFICACIÓN EN TÉCNICAS NUEVAS: PLANIFICACIONES CON SPT MONACO, PLANIFICACIONES EN X10 PARA ONCOR, PLANIFICACIÓN EN BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA CON NUEVO PROVEEDOR Y SPT BRACHYVISION, PLANIFICACIÓN EN BRAQUITERAPIA ELECTRÓNICA.

SE INCLUYEN VARIOS PROCEDIMIENTOS DE DOSIMETRÍA FÍSICA EN EL SISTEMA ISO DÁNDOLES LA PRESENTACIÓN ADECUADA, LA CODIFICACIÓN Y CREANDO FORMATOS DE RECOGIDA DE DATOS CON ENCABEZAMIENTOS SEGÚN ISO. SE INCLUYEN: GAMMACÁMARAS, SONDAS RADIOQUIRÚRGICAS, ACTIVÍMETRO Y CONTADOR DE POZO DE MEDICINA NUCLEAR, DOSIMETRÍA FÍSICA EN BRAQUITERAPIA (eBx Y SEMILLAS), Y SISTEMAS DE PLANIFICACIÓN ONCENTRA ASÍ COMO EQUIPAMIENTO AUXILIAR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN ISO CONLLEVA UN GRAN ESFUERZO DE REVISIÓN Y ELABORACION DE DOCUMENTACIÓN, MÁS EN SERVICIOS COMO EL DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA QUE SE ENCUENTRA EN ACTUALIZACIÓN CASI PERMANENTEMENTE. PARA PODER TENER ACTUALIZADOS Y ELABORADOS LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO ES NECESARIO SIEMPRE HAYA ALGUIEN TRABAJANDO A ESTE RESPECTO. LA CARGA DE TRABAJO ASISTENCIAL HACE QUE ESTO NO SIEMPRE SEA POSIBLE. HEMOS OBSERVADO QUE ES CONVENIENTE ESCRIBIR LOS PROCEDIMIENTOS RELATIVOS A NUEVAS TÉCNICAS O ACCIONES UNA VEZ ESTÉN EN MARCHA Y SE HAYA DETERMINADO LA MEJOR FORMA DE TRABAJAR, YA QUE SE HA COMPROBADO QUE AL INICIAR UN PROCEDIMIENTO DE TRABAJO NUEVO, ES NECESARIO QUE PASE UN TIEMPO ANTES DE DAR POR DEFINITIVA LA MEJOR FORMA DE PROCEDER.

7. OBSERVACIONES.

A LOS LARGO DEL 2017 SE HA IMPUESTO LA NECESIDAD DE ADAPTAR LAS ACREDITACIONES ISO A LA NORMA ISO 2015. SE HA ELABORADO EL PROCEDIMIENTO CORRESPONDIENTE (PG-07_Z2(E)M_FPR Gestión del riesgo SFPR). DICHA ACTIVIDAD NO SE CONTEMPLABA EN EL MOMENTO DE INICIAR ESTE PROYECTO. SE TRATARÍA DE UN RESULTADO ALCANZADO SIN QUE SE HUBIERA PREVISTO INICIALMENTE ESTE PROYECTO DEBE CONTINUAR EN EL PRÓXIMO AÑO, PUES ESTÁ PREVISTO INICIAR TAREAS NUEVAS QUE REQUERIRÁN LA ELABORACIÓN DE MAS PROCEDIMIENTOS. SE TENDRÁ QUE CONTINUAR CON LA AMPLIACIÓN A DOSIMETRÍA FÍSICA, Y LA ADAPTACIÓN A LA ISO 2015

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1271 ===== ***

Nº de registro: 1271

Título
MANTENER CERTIFICACION ISO EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA. AMPLIACION A PROCESO DE DOSIMETRIA FISICA

Autores:
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, ANDRES REDONDO MERCEDES, LOZARES CORDERO SERGIO, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, VILLA GAZULLA DAVID, YANGUAS GARRIDO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1271

1. TÍTULO

MANTENER CERTIFICACION ISO EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA. AMPLIACION A PROCESO DE DOSIMETRIAFISICA

Otro Tipo Patología: TODAS
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

NECESIDAD DE SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN ISO REFLEJADA EN EL CONTRATO DE GESTIÓN DE NUESTRO SERVICIO

RESULTADOS ESPERADOS

MANTENIMIENTO DE CERTIFICACIÓN EN EL PROCESO DE DOSIMETRÍA CLÍNICA. AMPLIACIÓN DEL ALCANCE A DOSIMETRÍA FÍSICA

MÉTODO

REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y FORMATOS EXISTENTES EN DOSIMETRÍA CLÍNICA.
DAR FORMATO ISO A LOS PROCEDIMIENTOS EN USO RELATIVOS A DOSIMETRÍA FÍSICA Y FORMATOS A LAS HOJAS DE RECOGIDA DE RESULTADOS
CREACIÓN DE NUEVOS PROCEDIMIENTOS Y FORMATOS QUE PUEDAN FALTAR RELATIVOS A DOSIMETRÍA FÍSICA

INDICADORES

TENER LA DOCUMENTACIÓN NIVEL: SI/NO
IMPLEMENTAR EN DOSIMETRÍA FÍSICA NIVEL: SI/NO

DURACIÓN

AÑO 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE VERONICA ALBA ESCORIHUELA
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FONT GOMEZ JOSE ANTONIO
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
LOZARES CORDERO SERGIO
VILLA GAZULLA DAVID
JIMENEZ PUERTAS SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se realizó una revisión bibliográfica sobre los diferentes aspectos a tener en cuenta en el estudio.
2. Llegamos a la conclusión, mediante la revisión bibliográfica y el muestreo tumoral de las imágenes TAC de 10 pacientes, que la densidad electrónica promedio más óptima para sobrescribir los ITV era la de valor 1ED.
3. Se han replanificado 10 pacientes cambiando la densidad electrónica del ITV por el valor establecido de 1ED.
4. Se han analizado los indicadores establecidos para estos diez pacientes comparando el tratamiento que se realizó con el calculado cambiando la densidad:
 - Cobertura del ITV igual o mejor
 - Reducción de dosis en OR
 - Reducción de tiempos de tratamiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha establecido el valor de 1ED como valor promedio a modificar en la densidad del ITV.
- Con los 10 pacientes analizados, se observa una tendencia favorable hacia el cambio de densidad del ITV propuesto. En la mayoría de casos, los indicadores obtienen resultados favorables, pero hemos visto que necesitamos más estadística para sacar conclusiones fiables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora ha valorado favorablemente el ritmo seguido en la consecución de tareas programadas en este proyecto, además de comprobar la utilidad de esta propuesta a la hora de reducir las Unidades Monitor de los tratamientos, hecho que conduce a una reducción del tiempo de tratamiento. No obstante, pese a la tendencia favorable de los resultados obtenidos hacia nuestra hipótesis, hemos comprobado que no tenemos suficiente estadística como para extraer una conclusión fiable. Esto nos lleva a la petición de prorrogar el estudio, como mínimo este próximo año, para poder recabar más pacientes. No se necesitan recursos extra.

7. OBSERVACIONES.

La muestra de pacientes obtenida no es significativa hasta el momento. Dado que el tratamiento de SBRT pulmonar puede suponer en global, un 3% de los tratamientos del servicio en un año, nos vemos limitados en la muestra de pacientes a analizar, por lo que necesitamos aumentar el tiempo del estudio.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/219 ===== ***

Nº de registro: 0219

Título
VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Autores:
ALBA ESCORIHUELA VERONICA, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, LOZARES CORDERO SERGIO, VILLA GAZULLA DAVID, JIMENEZ PUERTAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Tumores pulmonares
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada mi reciente incorporación en el servicio de Física y PR del HUMS, cuando observé el modo en que se realizaba la técnica de SBRT pulmonar, advertí que en otros centros en los que había trabajado, ya habían implantado una mejora para el tratamiento de esta técnica que consistía en el cambio de la densidad del ITV obtenido como promedio de los tres estudios CT realizados al paciente en fases de inspiración máxima, máxima expiración y respiración libre. Esta modificación es un avance dado que así se consigue reducir la cantidad de radiación que se le emite al paciente sin comprometer su tratamiento en absoluto. Este cambio no implica ningún consumo extra de recursos, es una mera modificación en el software de planificación del tratamiento que conlleva una reducción de dosis emitida al paciente y por consiguiente una reducción del tiempo de irradiación y por tanto, de energía consumida por el acelerador.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este estudio es comprobar la veracidad de las ventajas de este cambio de densidad del ITV, para así poder introducirlo en nuestra rutina clínica de tratamientos de SBRT pulmonar. Los pacientes diana serán todos aquellos a los que se les tenga que realizar un tratamiento de SBRT pulmonar.

MÉTODO

Las acciones a realizar consisten en una revisión retrospectiva de un número significativo de planificaciones ya realizadas, introduciendo esta modificación de densidad electrónica del ITV, y la posterior comparación con el tratamiento realizado con la finalidad de obtener conclusiones a favor o en contra de la implantación de éste cambio de densidad del ITV como rutina de todos los tratamientos de SBRT pulmonar. Pretendemos analizar un mínimo de 10 pacientes ya tratados. Una vez realizado el estudio, si el resultado es favorable, se pretende colaborar con el servicio de Radioterapia, realizando una puesta en común de los resultados obtenidos y abriendo el debate para la posible implantación de este cambio. Si la implantación es favorable, se procederá a la formación del los físicos que vayan a tener que realizar este proceso de cambio de densidad del ITV en las correspondientes planificaciones que realicen en un futuro.

INDICADORES

1. Igualar o mejorar la cobertura del ITV:

ITV: $D_{98\%} > D_p$

PTV: $D_{99\%} > 90\% D_p$

Comparar máximos, siempre $< 125\% D_p IC < (1,2 - 1,5)$

2. Reducir dosis en OR: D_{max} , D_{min} y D_{med} son iguales o inferiores al tratamiento realizado. Los valores siempre dentro de los límites específicos para cada OAR.

3. Reducir tiempos de tratamiento: Las UM son menores tras el cambio de densidad electrónica.

DURACIÓN

Total: 1 año

1. Definir el valor de la densidad electrónica más apropiada para ajustar a la situación real el comportamiento de la radiación en el ITV. Revisión bibliográfica: (2 meses)

2. Revisión de 10 planificaciones ya realizadas introduciendo esta modificación de densidad electrónica del ITV. (6 meses)

3. Comparar las planificaciones tras la modificación (2 meses):

Cobertura del ITV igual o mejor

Reducción de dosis en OR

Reducción de tiempos de tratamiento

4. Obtención de conclusiones a favor o en contra de la implantación de éste cambio de densidad del ITV como rutina de todos los tratamientos de SBRT pulmonar. Octubre 2018. (2 meses)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE VERONICA ALBA ESCORIHUELA
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VILLA GAZULLA DAVID CARLOS
JIMENEZ PUERTAS SARA
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
LOZARES CORDERO SERGIO ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De enero a noviembre de 2019 hemos estado recopilando más pacientes de SBRT pulmonar con los que trabajar. En total, desde que comenzó el proyecto en enero de 2018 hemos conseguido recopilar 25 pacientes, a todos ellos les hemos repetido la planificación que se les realizó en su día cambiando la densidad electrónica del ITV por LED, y hemos recogido los parámetros establecidos para la comparación.

Dado que no llegamos al mínimo de 30 pacientes para poder considerar la aproximación de que tenemos una distribución normal, y que los datos son dependientes, decidimos realizar el test no-paramétrico de los Rangos Signados de Wilcoxon.

Para realizar el análisis utilizamos el software de distribución libre llamado R, para el que tuvimos que diseñar un pequeño algoritmo que nos recogiese y comparase las diferentes variables de estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según nuestra metodología de trabajo hemos podido inferir de la estadística realizada que el cambio de densidad electrónica del ITV a LED reduce las UM impartidas (y por tanto la fluencia), siendo equivalente el tratamiento en ambos casos.

Esto implica que para un mismo efecto terapéutico (los indicadores de cobertura de dosis del PTV conducen a la equivalencia de ambos tratamientos en este aspecto), estamos reduciendo la cantidad de radiación que le llega al paciente y por tanto el tiempo de tratamiento.

No podemos asegurar, con la estadística hecha hasta el momento, que los indicadores referentes a la reducción de dosis en los órganos de riesgo (OAR) estudiados (corazón, bronquios y esófago) salgan favorables al cambio de densidad planteada en el ITV.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con los datos obtenidos de la estadística utilizada, realizamos una sesión del equipo de mejora para obtener conclusiones.

Después de debatir sobre las ventajas observadas en el cambio de densidad electrónica del ITV, se concluyó que, aunque resultan bastante evidentes con los datos obtenidos, seguimos sin tener una muestra de pacientes lo bastante grande como para realizar una estadística sólida que afirme sin lugar a dudas el beneficio del cambio de técnica tanto para la cobertura del PTV como para la reducción de dosis de los OAR, por mucho que se haya verificado la reducción de UM.

Por tanto, decidimos al menos por el momento, no implantar el cambio de técnica hasta no obtener una estadística más sólida.

7. OBSERVACIONES.

Pese a la decisión de aplazamiento de este cambio de técnica en nuestro protocolo de planificación de SBRT pulmonar, nos parece una vía de estudio interesante que seguiremos actualizando con la esperanza de poder obtener un resultado concluyente más adelante.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/219 ===== ***

Nº de registro: 0219

Título
VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Autores:
ALBA ESCORIHUELA VERONICA, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, LOZARES CORDERO SERGIO, VILLA GAZULLA DAVID, JIMENEZ PUERTAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Tumores pulmonares
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada mi reciente incorporación en el servicio de Física y PR del HUMS, cuando observé el modo en que se realizaba la técnica de SBRT pulmonar, advertí que en otros centros en los que había trabajado, ya habían implantado una mejora para el tratamiento de esta técnica que consistía en el cambio de la densidad del ITV obtenido como promedio de los tres estudios CT realizados al paciente en fases de inspiración máxima, máxima expiración y respiración libre. Esta modificación es un avance dado que así se consigue reducir la cantidad de radiación que se le emite al paciente sin comprometer su tratamiento en absoluto. Este cambio no implica ningún consumo extra de recursos, es una mera modificación en el software de planificación del tratamiento que conlleva una reducción de dosis emitida al paciente y por consiguiente una reducción del tiempo de irradiación y por tanto, de energía consumida por el acelerador.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este estudio es comprobar la veracidad de las ventajas de este cambio de densidad del ITV, para así poder introducirlo en nuestra rutina clínica de tratamientos de SBRT pulmonar. Los pacientes diana serán todos aquellos a los que se les tenga que realizar un tratamiento de SBRT pulmonar.

MÉTODO

Las acciones a realizar consisten en una revisión retrospectiva de un número significativo de planificaciones ya realizadas, introduciendo esta modificación de densidad electrónica del ITV, y la posterior comparación con el tratamiento realizado con la finalidad de obtener conclusiones a favor o en contra de la implantación de éste cambio de densidad del ITV como rutina de todos los tratamientos de SBRT pulmonar. Pretendemos analizar un mínimo de 10 pacientes ya tratados. Una vez realizado el estudio, si el resultado es favorable, se pretende colaborar con el servicio de Radioterapia, realizando una puesta en común de los resultados obtenidos y abriendo el debate para la posible implantación de este cambio. Si la implantación es favorable, se procederá a la formación del los físicos que vayan a tener que realizar este proceso de cambio de densidad del ITV en las correspondientes planificaciones que realicen en un futuro.

INDICADORES

1. Igualar o mejorar la cobertura del ITV:

ITV: $D98\% > Dp$

PTV: $D99\% > 90\% Dp$

Comparar máximos, siempre $<125\% Dp$ IC $< (1,2 - 1,5)$

2. Reducir dosis en OR: Dmax, Dmin y Dmed son iguales o inferiores al tratamiento realizado. Los valores siempre dentro de los límites específicos para cada OAR.

3. Reducir tiempos de tratamiento: Las UM son menores tras el cambio de densidad electrónica.

DURACIÓN

Total: 1 año

1. Definir el valor de la densidad electrónica más apropiada para ajustar a la situación real el comportamiento de la radiación en el ITV. Revisión bibliográfica: (2 meses)

2. Revisión de 10 planificaciones ya realizadas introduciendo esta modificación de densidad electrónica del ITV. (6 meses)

3. Comparar las planificaciones tras la modificación (2 meses):

Cobertura del ITV igual o mejor

Reducción de dosis en OR

Reducción de tiempos de tratamiento

4. Obtención de conclusiones a favor o en contra de la implantación de éste cambio de densidad del ITV como rutina de todos los tratamientos de SBRT pulmonar. Octubre 2018. (2 meses)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0249

1. TÍTULO

ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES DE INTENSIDAD MODULADA DINAMICA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE DAVID VILLA GAZULLA
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FONT GOMEZ JOSE ANTONIO
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
LOZARES CORDERO SERGIO
ALBA ESCORIHUELA VERONICA
JIMENEZ PUERTAS SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Obtención del CT de un maniquí CATPHAN que se suele utilizar en el control de calidad de los tomógrafos 3D convencionales. Contorneo de volúmenes de tratamiento con el sistema de planificación MONACO 5.11. Los volúmenes constan de dos cilindros concéntricos que simulan un volumen a tratar y una zona interior que debe recibir una sobre-dosificación. Esta tarea se realizó en el período previsto de 1 mes.

-Creación de diferentes planes con variación de parámetros: Sobre el paciente simulado mediante el maniquí, se crean 20 planes de tratamiento de intensidad modulada dinámica con una primera fase idéntica denominada BASE de 6000 cGy en 30 sesiones y una segunda fase denominada BIAS. Las fases BIAS tienen diferentes prescripciones de dosis: De 600 cGy en 3 sesiones a 1400 cGy en 7 sesiones. Todos los planes de tratamiento están calculados utilizando los mismos parámetros en el planificador MONACO 5.11 para estudiar de una forma aislada cómo funciona el plan BIAS implementado en este trabajo.

-Definición de 10 puntos de interés en la estructura contorneada de menor volumen en cada uno de los planes con sus 3 coordenadas espaciales sobre el CT de planificación teniendo en cuenta dosimetría de plan BASE: 5 puntos de sobre-dosificación y 5 puntos de infra-dosificación sobre dosis de prescripción de 6000 cGy. La dosimetría del plan BASE es la misma para todos los planes y el la estructura de mayor volumen recibe una dosis mínima de 5637 cGy una dosis máxima de 6217 cGy. El cálculo de los 20 planes de tratamiento y la recolección de las dosis de los 10 puntos definidos sobre cada uno de ellos llevó un tiempo de 5 meses, cumpliendo holgadamente con el objetivo previamente marcado.

-Informe e implementación en el servicio: 2 meses.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los planes de tratamiento BIAS sobre-dosifican correctamente los puntos infra-dosificados e infra-dosifican correctamente los puntos sobre-dosificados para llegar a la dosis prescrita en su plan correspondiente, sin importar la proximidad de la dosis administrada en el plan BIAS respecto de la dosis de prescripción con el plan BASE. A modo de ejemplo, puntos de CT que recibieron 5737 cGy de media en el plan BASE, reciben en el plan BIAS una media de 312 cGy más que aquellos puntos que no sufren infra-dosificaciones. Paralelamente, puntos de CT que recibieron 6154 cGy de media en el plan BASE, reciben en el plan BIAS una media de 181 cGy menos que aquellos puntos que no sufren sobre-dosificaciones.

El factor de modulación relaciona la cantidad de las unidades de monitor (UM) administradas por los aceleradores en los planes de tratamiento con la dosis que reciben los volúmenes de tratamiento y el área de los segmentos dinámicos que el colimador de las máquinas conforma para modular la intensidad. Se ha comprobado que el factor de modulación de los planes BIAS tiene un factor de modulación medio de 2.7 en comparación con el del plan BASE, que es de 1.3.

La dosis por fracción en los planes BIAS no respeta el fraccionamiento de la prescripción de tratamiento fijada en 200 cGy por sesión. La media de la dosis por sesión es de 212 cGy por sesión.

Para obtener los resultados se ha utilizado un libro de Office Excel 2003, donde se han calculado las medias tanto del factor de modulación como de las dosis indicadas en los párrafos previos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Los planes BIAS son capaces de compensar correctamente las sobre-dosificaciones e infra-dosificaciones de un plan de tratamiento previo. Esta compensación la realiza sin importar la proximidad entre la dosis prescrita del plan BASE previo con la dosis prescrita del plan BIAS posterior.

-La diferencia en el factor de modulación del plan BASE respecto del plan BIAS se debe a que los planes BIAS deben modular mucho más la intensidad para compensar las sobre-dosificaciones e infra-dosificaciones observadas en el plan BASE respecto de la dosis de prescripción. Las segmentaciones que propone el planificador MONACO 5.11 son compatibles con los modos de administración de la máquina de tratamiento, de modo que todos los planes de tratamiento podrían etiquetarse como "administrables" en condiciones reales.

-Los planes BIAS no respetan la dosis por fracción debido a la compensación que debe realizar en los puntos infra-dosificados. Este hecho es el único factor en contra para la utilización de este tipo de planes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0249

1. TÍTULO

ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES DE INTENSIDAD MODULADA DINAMICA

-Se desaconseja utilizar los planes BIAS cuando es importante mantener constante la dosis por sesión de los tratamientos de radioterapia.

-Sin embargo, cuando un paciente no completa un tratamiento previo por motivos de averías, choques en la unidad de tratamiento o cualquier otra causa que obligue a realizar una re-planificación, habiendo ya recibido una dosis previa, implementar un plan BIAS en su re-planificación es la opción más adecuada.

-Actualmente el servicio utiliza planes BIAS únicamente en re-planificaciones y no en tratamientos ya finalizados que necesitan un BOOST posterior. Esta forma de proceder se extrae directamente de este trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/249 ===== ***

Nº de registro: 0249

Título
ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES INTENSIDAD MODULADA DINAMICA

Autores:
VILLA GAZULLA DAVID, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, LOZARES CORDERO SERGIO, ALBA ESCORIHUELA VERONICA, JIMENEZ PUERTAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existen pacientes en nuestro servicio cuyo plan de tratamiento radioterápico implica la existencia de dos fases de irradiación: Una primera fase inicial que denominamos "plan base" en la que a todos los volúmenes de tratamiento se les administra la misma dosis absorbida y una segunda fase que denominamos "plan boost" que sirve para aumentar la dosis en una región determinada (que suele ser el lecho quirúrgico de un tumor maligno) y que se administra posteriormente a la primera y que involucra a los volúmenes que ya han sido irradiados en la primera fase.

Aunque la intencionalidad de la primera fase es administrar la dosis de prescripción de la manera más homogénea posible, siempre hay que admitir una cierta heterogeneidad en la dosimetría clínica asociada, de modo que existirán zonas sobredosificadas e infradosificadas en los volúmenes de tratamiento.

Dicha heterogeneidad debe ser tenida en cuenta por la segunda fase de tratamiento y compensar de alguna manera los excesos y defectos de dosis que provienen de la primer parte. Se realiza por tanto un plan de intensidad modulada que intenta realzar y homogeneizar la dosis en un determinado volumen de tratamiento.

Estos planes de tratamiento de dos fases son denominados "BIAS" en el sistema de planificación MONACO v. 5.11 que estamos utilizando para el cálculo de las dosimetrías clínicas.

Previamente a este estudio, se han detectado anomalías en la forma de las segmentaciones de los planes de intensidad modulada (IMRT) propuestos por el planificador. Incluso en algunos casos, el cálculo no es capaz de llegar a una solución apropiada para los requerimientos de dosis de prescripción establecidos.

La finalidad de este proyecto es realizar un estudio de los parámetros de cálculo de los planes "BIAS" de Monaco para identificar qué variables están afectando tanto positiva como negativamente a la administración de los mismos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0249

1. TÍTULO

ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES DE INTENSIDAD MODULADA DINAMICA

RESULTADOS ESPERADOS

Todos los pacientes del Servicio de Radioterapia cuyo esquema de tratamiento implique la administración de dos fases (localizaciones de cabeza y cuello, cadenas ganglionares pélvicas, etc...) se verían beneficiados por los resultados de este estudio, debido a que el proyecto persigue identificar cuáles son los parámetros más relevantes que permiten obtener una mayor calidad en la dosimetría clínica en estos casos.

MÉTODO

Como se trata de evaluar los parámetros del sistema de planificación de tratamientos Monaco v. 5.11 para obtener una dosimetría clínica en planes con dos fases, vamos a aislar la variable paciente-dependiente simulando un único paciente a través de un estudio de imagen CT del maniquí CATPHAN que se suele utilizar en el control de calidad de los tomógrafos 3D convencionales. Sobre estas mismas condiciones iniciales se irán creando diferentes planes de tratamiento sobre dos volúmenes cilíndricos contorneados en el CT, con unos valores determinados de los parámetros que conforman el plan así como la dosis de prescripción y su fraccionamiento, de forma que en el análisis comparativo de los diferentes planes se puedan obtener conclusiones acerca de los parámetros estudiados y cómo afectan esos cambios sobre la calidad del plan.

Los resultados y conclusiones del estudio se pondrán en conocimiento de todos los facultativos del Servicio de Física y Protección Radiológica mediante sesiones informativas, para estandarizar la forma de proceder en la realización de dosimetrías clínicas en pacientes con dos fases de tratamiento.

INDICADORES

- Prescripción y fraccionamiento de la primera fase: Plan base.
- Prescripción y fraccionamiento de la segunda fase: Plan Boost.
- Definición de 10 puntos de interés con sus 3 coordenadas espaciales sobre el CT de planificación teniendo en cuenta dosimetría de plan base: 5 puntos de sobredosificación y 5 puntos de infradosificación sobre dosis de prescripción.
- Evaluación de diferencias de dosis entre las dosis de los 10 puntos de interés de cada plan y las dosis de prescripción establecidas.
- Número de Unidades Monitor (UM) totales de plan.
- Factor de modulación del plan.
- Índice de homogeneidad del plan.
- Índice de conformación del plan.

Resultados en función de la dosis de prescripción, fraccionamiento, parámetros de modulación de la intensidad del plan.

DURACIÓN

Duración total: 1 año.

- Obtención del CT y contorneo de volúmenes de tratamiento: 1 mes.
- Creación de diferentes planes con variación de parámetros: 6 meses.
- Análisis de resultados: 3 meses.
- Informe e implementación en el servicio: 2 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0065

1. TÍTULO

UNIFICACIÓN DE DATOS DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE FÍSICA Y ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL HUMS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE DAVID CARLOS VILLA GAZULLA
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ HERNANDEZ MONICA
JIMENEZ PUERTAS SARA
ALBA ESCORIHUELA VERONICA
LOZARES CORDERO SERGIO ALBERTO
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Octubre 2019:

-Proceso de estandarización de nombres de órganos de riesgo y targets de tratamiento. Elaboración de lista única por localización anatómica siguiendo recomendaciones internacionales (archivo de texto que contiene nombres de órganos y localización anatómica). Creación de procesos de transformación de nombres de órganos y targets del plan de tratamiento a nombres de órganos y targets del archivo de texto de órganos. Los procesos cambian los Histogramas Dosis Volumen originales por Histogramas con nombres normalizados.

Noviembre 2019:

Se crean e identifican los siguientes orígenes de datos:

Mosaiq 2.64:

-Consultas por paciente: Se han recogido para 30 pacientes escogidos al azar 3 tipos de consultas: Calendario de sesiones de tratamiento planificadas, Estado de sesiones de tratamiento, Tipo de sesiones administradas.

-Consultas generales: Sesiones de tratamiento administradas por todas las máquinas.

Las consultas se han guardado en Libro Excel en ubicación de ordenador personal para su posterior extracción de datos.

Monaco v 5.11: Se han seleccionado 30 pacientes al azar de diferentes localizaciones y se han exportado sus archivos de Histograma Dosis Volumen (archivo de texto) y planes de tratamiento (RT plan) a ubicación de ordenador personal. Los datos de Histogramas serán exportados a las tablas correspondientes en la base de datos de destino.

Brachyvision: Está pendiente la exportación de planes de tratamiento a ubicación de ordenador personal, tanto su información como el tipo de archivo generado. Los planes de braquiterapia de endometrio cruzarán sus datos con los planes de radioterapia externa que hayan podido llevar las pacientes tratadas con esta técnica.

Variseed: Está pendiente la exportación de planes de tratamiento a ubicación de ordenador personal, tanto su información como el tipo de archivo generado. Los planes de braquiterapia de próstata cruzarán sus datos con los planes de radioterapia externa que hayan podido llevar los pacientes tratados con esta técnica.

Base de datos Access de haces de pacientes: Se incluye como origen de datos, la información existente en una base de datos de Access previamente creada y sobre la que ya se realizan consultas de revisión semanal de planes de tratamiento realizados en los años 2018 y 2019 en el HUMS.

Base de datos clínica de seguimiento a pacientes: Está por definir un origen de datos que contenga datos clínicos de pacientes y de los efectos secundarios de los tratamientos administrados.

Diciembre 2019:

Destino de orígenes de datos:

-Creación de Base de datos Unificada: Está pendiente la creación de la base de datos de destino, en la cual, toda la información va a ser unificada. Para ello, se necesitaría la disponibilidad de una instancia de base de datos de SQL Server en una versión soportada por Windows 10 en uno de los ordenadores del Servicio de Física o acceso a un servidor que la contenga, así como la habilitación de licencia de Microsoft Office Access en ubicación de ordenador personal.

Además, no es imprescindible pero sí muy conveniente disponer de una versión de SQL Server con el paquete de aplicaciones BIDS (Business Intelligence Development Studio).

Está en desarrollo la arquitectura de la base de datos sobre el papel con todas las tablas existentes para albergar los datos de los orígenes de datos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0065

1. TÍTULO

UNIFICACIÓN DE DATOS DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE FÍSICA Y ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL HUMS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como ya consta en la memoria del proyecto, el requerimiento de las herramientas informáticas citadas es fundamental para la consecución del mismo.

El proyecto no está concluido, y falta el ensamblaje de orígenes de datos con destino de datos y el desarrollo de una aplicación en una versión de Visual Studio compatible con Windows 2010, con la que se pueda desarrollar un análisis de los datos incorporando información de modelos radiobiológicos y datos de seguimiento de los pacientes radioncológicos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aplicación se encuentra en proceso de construcción de orígenes de datos y procesos de carga de datos en destino.

No hay resultados finales.

Se trata de un documento de seguimiento y se estima proyecto de continuación durante todo el año 2020.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/65 ===== ***

Nº de registro: 0065

Título
PROYECTO DE INTEGRACION, EXPLOTACION Y ANALISIS DE DATOS EN EL PROCESO RADIOTERAPICO MEDIANTE APLICACIONES INFORMATICAS BASADAS EN BIG DATA

Autores:
VILLA GAZULLA DAVID CARLOS, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, LOZARES CORDERO SERGIO ALBERTO, ALBA ESCORIHUELA VERONICA, JIMENEZ PUERTAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La complejidad de cada una de las etapas del proceso radioterápico proporciona una cantidad ingente de datos que se encuentran dispersados en diferentes sistemas de almacenamiento.

El objetivo del Big Data en Radioterapia es la extracción, integración y análisis de los datos en una única aplicación, así como la posibilidad de realizar consultas complejas según las necesidades de los estudios a realizar.

Para conseguir este propósito se pretende crear una base de datos que actúe como núcleo a partir del cual se vayan incorporando datos de planificación, seguimiento de los efectos clínicos sobre tumor y tejidos sanos de los pacientes, averías de máquina, fundamentos de radiobiología, y todo aquello que pueda afectar al tratamiento.

La información permitirá definir estrategias de re-planificación o necesidad de cambiar patrones de dosis prescrita y de su fraccionamiento en pacientes futuros.

RESULTADOS ESPERADOS

La aplicación de Big Data tiene como ámbito la inclusión de todos los pacientes que a partir de su puesta en marcha vayan a recibir un tratamiento de radioterapia en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, sin importar su sexo, edad o patología de origen.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0065

1. TÍTULO

UNIFICACIÓN DE DATOS DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE FÍSICA Y ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL HUMS

Mediante consultas complejas a la aplicación de Big Data, se espera identificar grupos de pacientes, re-planificar tratamientos que no son administrados conforme a su prescripción, nuevas estrategias de irradiación y fraccionamiento y mejora de utilización de los recursos disponibles.

MÉTODO

Durante el desarrollo de la aplicación se pueden definir las siguientes acciones:

1. Definición e identificación de procesos y orígenes de datos: La acción requiere de reunión semanal del Servicio de Física durante 12 meses para identificar todos los datos de pacientes que se desean unificar y explotar. Los orígenes de datos nuevos deberán respetar la estandarización de nombres y procesos en etapas de radioterapia. Se deberá discutir la idoneidad de nombres en comparación con listas estándar internacionales. En esta etapa, será necesario también establecer una estrategia de protección integral de los orígenes de datos y de los procesos de cumplimentación manual o automática de los mismos.

2. Diseño de la aplicación: La aplicación es un conjunto de soluciones informáticas que se dividen 4 servicios:
a) Servicios de bases de datos: Orígenes de datos y Base de Datos unificada de destino. Se pretende la creación de la base de datos unificada utilizando la arquitectura SQL Server de Microsoft. Esto requiere de la instalación y acceso a un servidor SQL Server instalado en uno de los equipos informáticos del Servicio, lo que conlleva la colaboración del Servicio de Informática del Hospital.

b) Servicios de Integración: Procesos automatizados para extraer los datos de los orígenes y llevarlos a la base de datos unificada.

c) Servicios de Análisis: Procesos automatizados para relacionar los datos y permitir la creación de consultas a la carta o de explotación de los datos de pacientes de manera conjunta o independiente.

d) Servicios de Informes: Herramientas para realizar estadísticas y gráficas de resumen de resultados a modo de informe.

Los procesos a), b) y c) requieren del paquete informático "Business Intelligence Development Studio (BIDS)" de Microsoft implementado en el motor de base de datos de SQL Server.

INDICADORES

Los resultados de la aplicación se pueden resumir en 3 ámbitos:

1. Realización de consultas y estadísticas de pacientes a través de la aplicación.
2. Re-planificación de pacientes que no han seguido plan de tratamiento.
3. Identificación de indicadores en el proceso radioterápico y nuevas estrategias de actuación.

El estándar internacional en este tipo de aplicaciones en cuanto a la robustez en los datos debe ser mayor al 97 %.

Por tanto, nuestra aplicación deberá ser capaz de ofrecer:

- Índice de robustez de los datos: 100 % que corresponde a la pérdida cero de información de pacientes.
- Posibilidad de re-planificación de tratamiento en el 100 % de los casos en que se necesite.
- Desarrollar indicadores de calidad que permitan crear nuevas estrategias de planificación.

DURACIÓN

Los períodos de duración de cada actividad dependen de la disponibilidad de las herramientas informáticas citadas anteriormente y de la actualización y renovación de las máquinas de tratamiento.

Teniendo en cuenta estas premisas, la estimación de tiempo de las diferentes acciones es:

1. Definición e identificación de procesos y orígenes de datos: Entre 6 y 12 meses. Será responsabilidad del Servicio de Física en su conjunto, establecer reuniones para identificar y definir los orígenes de datos.
2. Diseño de la aplicación: Entre 2 y 3 años. La coordinación en este aspecto será llevada a cabo por David Carlos Villa Gazulla, Radiofísico Hospitalario del Servicio de Física del Hospital "Miguel Servet" de Zaragoza.

OBSERVACIONES

Modificación proyecto enviado 2019_0063.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0078

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS EN RADIOTERAPIA DE SBRT DE PROSTATA

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE SARA JIMENEZ PUERTAS
· Profesión RADIOFISICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLA GAZULLA DAVID CARLOS
ALBA ESCORIHUELA VERONICA
HERNANDEZ HERNANDEZ MONICA
LOZARES CORDERO SERGIO
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las unidades de monitor (UM) representan la dosis por tiempo en cada sesión de tratamiento de radioterapia. Reducir el número de UM se traduce en un menor tiempo de tratamiento y en una reducción de la dosis secundaria dispersa por el paciente, objetivos de la radioterapia siempre que se garanticen los parámetros clínicos del tratamiento original.

Se han elegido los 30 últimos pacientes tratados clínicamente con un tratamiento de radioterapia estereotáctica (SBRT) de próstata, muestra que cumple los parámetros de aleatoriedad y tamaño muestral exigidos para aplicar teoremas de estadística.

Partiendo del tratamiento clínico ya optimizado de cada paciente, se han reoptimizado variando sólo un parámetro de la planificación, con el objetivo de evaluar la influencia de dicho parámetro en las UM resultantes. El parámetro llamado "Smooth" o "suavizado" puede tomar 4 valores ("High", "Medium", "Low" y "Off"), por lo que se han planificado 4 tratamientos para cada paciente.

Se han analizado las diferencias de los parámetros dosimétricos para diferentes órganos de riesgo y parámetros de cobertura del tumor, respecto al tratamiento clínico original.

En concreto:

Recto: V50Gy, V60Gy, V70Gy
Vejiga: D2%, D67%, V30Gy
Cabezas femorales: D2%, V45Gy
Tumor o PTV: V95%, V99%, D2%

Los datos se han analizado con el test de muestras apareadas de Student, estableciendo como parámetro de veracidad un 99,5% de los casos con resultados coincidentes ($p < 0,005$). Para ello, se han utilizado hojas Excel para normalizar los datos al valor que interese en cada caso y se han exportado a un programa de cálculo estadístico "R".

En cuanto al calendario, la primera parte de selección y reoptimización de 4 tratamientos por paciente ocupó los 7 primeros meses del 2019.

Encontrar la estadística adecuada a aplicar en estos casos y los cálculos de programación estadísticos se llevó a cabo en torno a dos meses.

A falta de 10 pacientes para completar la muestra, se necesitó otro mes para recabar con los datos necesarios y confirmar que los resultados eran estadísticamente significativos.

Por último, para poder extraer conclusiones fue necesario reordenar los datos en función del parámetro a dominar y aplicar otra vez la estadística ya preparada, lo que se llevó a cabo en el último mes del año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a la variación de UM:

- Se obtiene reducción de UM al cambiar de "Off" a "High" en una media de 5%, en absoluto 103 UM; llegando a una reducción máxima de 241 UM.
- No se obtiene un resultado estadísticamente significativo en el resto de los casos.
- Sin embargo, se observa que las mayores diferencias encontradas se manifiestan en pacientes con cierto valor de otro parámetro usado en la planificación, llamado "Minimum Segment Width" (MSW), que toma valores entre 0,5 y 1.
- A priori se observa que al pasar de "Off" a "Low", las variaciones de UM negativas se dan en un 73% de los casos para MSW=1; y las variaciones de UM positivas se dan en un 63% de los casos para MSW=0,5.
- Separando en estas dos muestras, se obtienen resultados estadísticamente significativos.
- Para la muestra de variación de UM negativas o reducción de UM, al cambiar de "Off" a "Low" la media se reduce 1.5% o 28 UM, llegando a ser de hasta 72UM.
- Para la muestra de variación de UM positivas o aumento de UM, al cambiar de "Off" a "Low", la media aumenta en 98UM, llegando a ser de hasta 468 UM.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0078

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS EN RADIOTERAPIA DE SBRT DE PROSTATA

En cuanto a la variación de los parámetros dosimétricos:

- Se observa que los pacientes que más aumentan las UM al pasar de "Off a Low", también son los que más reducen las UM al pasar de "Off" a "High".
- Sólo en estos dos pacientes, con las mayores variaciones de UM, se encuentran diferencias dosimétricas. En concreto:
En uno de ellos, la dosis media de la vejiga disminuye 2 Gy y V32Gy disminuye un 5% al pasar de "Off" a "Low", siendo el incremento de 337UM.
En el otro, la dosis media de la vejiga aumenta 1.6Gy al pasar de "Low" a "high"; V32Gy aumenta un 2%, siendo la reducción de 621UM.
- En el resto de los casos estudiados, es decir, todas las posibles permutaciones exceptuando estos dos pacientes, los parámetros dosimétricos de los órganos de riesgo y cobertura tumoral resultan en variaciones menores al 2%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El parámetro estudiado "Smooth" o "Suavizado", hipotéticamente reduce UM al suavizar, por lo que a priori se esperaba una reducción de UM al pasar de "Off" a cualquier otro valor. Además, hipotéticamente al "suavizar", los gradientes de dosis se hacen más uniformes y los parámetros dosimétricos pueden variar.

En el presente estudio se ha observado como efectivamente esta reducción de UM resulta significativa en el cambio más brusco de este "Suavizado", es decir, al pasar de "Off" a "High".

Al tratarse de un tratamiento de SBRT, el número de UM por sesión es elevado al disminuir el número de sesiones, característica propia de una SBRT, por lo que es un resultado a tener en cuenta positivamente al planificar este tratamiento.

En el resto de los cambios de suavizado menos bruscos, no se han alcanzado resultados estadísticamente significativos, lo que puede atribuirse a la forma simétrica del tumor y poca complejidad del tratamiento de SBRT de próstata para cumplir los requisitos dosimétricos, por lo que se recomienda analizar el parámetro de suavizado en patologías con tratamientos más complicados, como pueden ser tumores de pelvis o de cabeza y cuello.

Sin embargo, este parámetro de suavizado o hipotética reducción de UM resulta traducirse en un aumento de UM en un pequeño número de pacientes. Se observa que dichos tratamientos se optimizaron con otro valor diferente de otro parámetro, siendo MSW=0.5, en vez de MSW=1.

Así, parece coherente concluir que el parámetro de suavizado "Smooth" tendrá menor o mayor influencia UM en función del parámetro MSW, llegando a ser MSW el que predomine en ciertos tratamientos. Se recomienda estudiar este parámetro detenidamente, tanto en tratamientos de SBRT de próstata como en otros de mayor complejidad, donde la traducción de variar estos parámetros en la variación de UM será mayor.

En resumen, para SBRT de próstata, podemos establecer que las mayores reducciones de UM se encontraran en tratamientos con MSW=1 y parámetro Smooth "High", manteniéndose prácticamente inalterados los parámetros dosimétricos del tratamiento y reduciendo así el tiempo de tratamiento y la dosis secundaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/78 ===== ***

Nº de registro: 0078

Título
ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS DE INTENSIDAD MODULADA EN RADIOTERAPIA

Autores:
JIMENEZ PUERTAS SARA, VILLA GAZULLA DAVID CARLOS, ALBA ESCORIHUELA ALBA, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, LOZARES CORDERO SERGIO ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0078

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS EN RADIOTERAPIA DE SBRT DE PROSTATA

Otro Tipo Patología: Cáncer con tratamiento radioterapéutico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una vez planificado y optimizado el tratamiento clínico a un paciente en radioterapia usando la técnica de intensidad modulada (IMRT), se procede a tratar al paciente. Durante dicha optimización, una de los pasos es reducir lo máximo posible las unidades de monitor (dosis por unidad de tiempo), ergo reducir el tiempo de tratamiento y, principalmente, la dosis secundaria dispersa por el paciente; siempre que se mantengan las condiciones óptimas de los parámetros clínicos que definen la dosimetría y se cumplan los requisitos del tratamiento.

Esto es importante porque la dosis dispersa que pueda absorber el paciente fuera de la localización del tumor puede comprometer su salud a largo plazo, de manera que se busca que dicha radiación sea la menor posible. Además, al reducir el tiempo de tratamiento el paciente conseguirá mantenerse mejor en su posición sin moverse o presentando respiraciones abruptas.

Así, esto podría mejorar la calidad del tratamiento, si se consigue reducir la dosis dispersa manteniendo los parámetros clínicos del tratamiento original.

En cuanto a recursos, son necesarios una licencia de Mónaco y un correcto manejo de la estadística de datos, lo que no implica ningún consumo extra por parte del servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este estudio es mejorar la calidad del tratamiento clínico en radioterapia con la técnica IMRT, reduciendo las unidades monitor (dosis por tiempo). Los pacientes escogidos serán los últimos tratados, cronológicamente, y se intentará llegar a una máxima de 30 pacientes por patología, para conseguir una mejor estadística; empezando por el tratamiento de próstata convencional.

MÉTODO

Una vez recopilados todos los datos de los parámetros a estudiar, se contrastarán que los pacientes cumplen los requisitos para poder ser incluidos en el manejo de datos estadísticos con el Servicio de Física. Si la estadística es favorable a la mejora del tratamiento clasificados en diferentes patologías y dosis por sesión, se implantará de forma ordenada en el Servicio de Física dando a conocer los resultados en una sesión clínica del Servicio.

INDICADORES

1. Mantener los parámetros clínicos de diferentes órganos de riesgo y cobertura del tumor (PTV) dentro de un intervalo aceptable en comparación a las dosis limitantes y a los valores de dichos parámetros en el tratamiento original.

Así, en tratamientos de radioterapia de próstata convencional:

Recto: V50Gy, V60Gy, V70Gy

Vejiga: D2%, D67%, V30Gy

Cabezas femorales: D2%, V45Gy

2. Reducir unidades de monitor, y así tiempos de tratamiento y dosis dispersa.

DURACIÓN

1. Recopilar los datos replanificando cada tratamiento 4 veces variando los parámetros a evaluar. Se contará con la ayuda de técnicos del Servicio de Física y Protección Radiológica. Cada replanificación lleva entre 30 minutos y 2 horas, y es necesario tener libre la licencia del programa Mónaco para usarlo, por lo que se estiman necesarios 6 meses, dada la carga de trabajo del servicio y tener sólo 2 licencias operativas.

2. Unificar los datos separándolos correctamente por dosis por sesión y patologías y unificándolos por modo de normalización, lo que requerirá quizás elaborar un programa manual que permita dicha clasificación (2,5 meses).

3. Aplicar la estadística correcta y obtener el valor p-Student para los resultados de cada patología (2,5 meses)

4. Concluir si se ha conseguido dicha mejora para las patologías que haya dado tiempo evaluar y, de ser así, su consiguiente implantación en el servicio (1 mes).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0078

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE OPTIMIZACION DE UNIDADES DE MONITOR EN TRATAMIENTOS CLINICOS EN RADIOTERAPIA DE SBRT DE PROSTATA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0169

1. TÍTULO

IMPLANTACION METODO EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA OROFARINGEA EN PACIENTE PLANTA NEUROREHABILITACION. FORMACION PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD

Fecha de entrada: 23/04/2018

2. RESPONSABLE PILAR RUEDA GORMEDINO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARNE ESPARCIA MARIA AUXILIADORA
PINILLA VELA ANA
VICENTE CARNICER MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación del personal de enfermería de la planta de Neurorehabilitacion, del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, mediante taller teórico-práctico, en la evaluación y screening de la disfagia orofaríngea en el paciente con daño cerebral adquirido mediante la prueba instrumental del método de evaluación clínica volumen-viscosidad (MECV-V).

Dicha formación del personal sanitario se ha retrasado con respecto al calendario inicial por cambios en la plantilla que aconsejaban esperar a personal más estable en la planta.

Se realizó una parte teórica con la descripción del método y una práctica en la que los sanitarios pudieron realizar el test con las diferentes texturas de alimentos que se utilizan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido la formación del personal sanitario de la planta de Neurorehabilitación en el método de evaluación clínica de la disfagia volumen-viscosidad (MECV-V) que es un test que ha demostrado su utilidad en la identificación precoz de los pacientes con riesgo de padecer disfagia orofaríngea.

Se pone en marcha su realización de forma rutinaria a todo paciente en el que se detecte la posibilidad de presentar un trastorno de deglución. Y que permite la adopción de las medidas dietéticas y rehabilitadoras necesarias en función de los resultados y evolución del paciente.

Como indicadores:

% de personal sanitario formado en el método 90%

La reciente implantación no permite evaluar adecuadamente otros indicadores como porcentaje de MECV-V practicados según el registro y porcentaje de medidas dietéticas/ rehabilitadoras derivadas de su implementación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con este proyecto se ha conseguido que el personal sanitario de la planta de Neurorehabilitación realice el MECV-V a los pacientes con sospecha de trastorno de deglución.

Se lleva a cabo un registro impreso en cada prueba, incluyéndolo en la historia clínica del paciente, junto con las recomendaciones dietéticas que de ello se deriven. Este papel impreso permite llevar un seguimiento exhaustivo del programa de mejora.

La evaluación se puede hacer en la cabecera de la cama, ambulatorio y cuantas veces sea necesario.

Sirve también como criterio de selección para aquellos pacientes que deben ser estudiados con otros métodos más invasivos como la videofluoroscopia(VDF).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/169 ===== ***

Nº de registro: 0169

Título

IMPLANTACION DEL METODO DE EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.FORMACION DEL PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0169

1. TÍTULO

IMPLANTACION METODO EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA OROFARINGEA EN PACIENTE PLANTA NEUROREHABILITACION. FORMACION PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD

Autores:
RUEDA GORMEDINO PILAR, JARNE ESPARCIA MARIA AUXILIADORA, PINILLA VELA ANA, VICENTE CARNICER MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se define como trastornos deglutorios o disfagia orofaríngea a la incapacidad para poder deglutir alimentos sólidos o líquidos. Está presente entre el 30 % al 50% de pacientes con daño cerebral adquirido, ya sea por diferentes causas (vasculares, traumáticas, tumorales..). Las consecuencias pueden llegar a afectar gravemente la salud del paciente ocasionándole: desnutrición, deshidratación y problemas respiratorios de repetición o enfermedades pulmonares crónicas, debido a aspiraciones por atragantamiento con las comidas o los líquidos, llegando incluso a la muerte del paciente. Por otro lado la recuperación del paciente puede ser más lenta lo que repercute a su vez en estancias hospitalarias largas y costosas debido a los cuidados que requieren las complicaciones médicas que pueden manifestarse.
La detección precoz es fundamental.

RESULTADOS ESPERADOS

- Formar al personal de enfermería en la evaluación y screening de la disfagia orofaríngea en el paciente con daño cerebral adquirido mediante la prueba instrumental del método de evaluación clínica volumen-viscosidad (MECV-V).
- Detección precoz de las alteraciones de la deglución en estos pacientes.
- Adopción de las medidas dietéticas y rehabilitadoras necesarias en función de los resultados y evolución del paciente.

MÉTODO

-El método de evaluación clínica de la disfagia volumen-viscosidad (MECV-V) es un test que ha demostrado su utilidad en la identificación precoz de los pacientes con riesgo de padecer disfagia orofaríngea.

Consiste en la administración de tres bolos de viscosidades y volúmenes diferentes y detecta, de una manera segura, los principales signos clínicos que indican la existencia de un trastorno de la deglución. Se puede hacer en la cabecera de la cama, ambulatorio y cuantas veces sea necesario. Sirve también como criterio de selección para aquellos pacientes que deben ser estudiados con otros métodos más invasivos como la videofluoroscopia (VDF).

- Se espera que tras la correspondiente formación del personal de enfermería sobre la evaluación y screening de la disfagia éste se realice de forma rutinaria a todo paciente en el que se detecte la posibilidad de padecer un trastorno de deglución.
- Ante cualquier duda se consultara con la Unidad de Disfagia del Servicio.

INDICADORES

Para la evaluación se rellenara un registro impreso en cada prueba que se realice, incluyéndolo en la historia clínica del paciente, junto con las recomendaciones dietéticas que de ello se deriven. Este papel impreso permite llevar un seguimiento exhaustivo del programa de mejora.

Como indicadores se puede evaluar:

- % de personal sanitario formado en el método
- % de MECV-V practicados según el registro
- % de medidas dietéticas/ rehabilitadoras derivadas de ello.

DURACIÓN

El periodo de formación del personal sanitario se realizará mediante talleres entre los meses de enero-marzo de 2017 y a partir de esa fecha se llevará a cabo en todos aquellos pacientes que puedan presentar patología en el mecanismo de la deglución.

OBSERVACIONES

Se hará una correlación entre los resultados obtenidos en el MECV-V y la evaluación instrumental de la disfagia por medio de la videofluoroscopia de la deglución, en aquellos pacientes que lo precisen.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0169

1. TÍTULO

IMPLANTACION METODO EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA OROFARINGEA EN PACIENTE PLANTA NEUROREHABILITACION. FORMACION PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0337

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

Fecha de entrada: 12/03/2018

2. RESPONSABLE ANTONIA PILAR SORIANO GUILLEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Aplicación de la técnica intervencionista ecoguiada, lavado aspiración percutánea, en tendinopatías calcificantes de hombro que han cumplido criterios de inclusión: dolor, limitación funcional y visualización de la calcificación mediante Rx simple.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

n=8.
87,5% mujeres y 12,5% hombres.
100% TC en lado dominante (derecho).
85,7% en situación laboral activo.
Edad (M±2DS): 44,63 ± 16,34 años.
Tipo de calcificación (Gärtner): III (50%), II (37,5%) y I (12,5%)

Se logró realizar la evacuación en el 100 por 100 de los casos, se mejoró en cuanto a dolor y funcionalidad con un nivel estadísticamente significativo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pretendemos ampliar la muestra.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/337 ===== ***

Nº de registro: 0337

Título
IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

Autores:
SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR, MAYAYO SINUES ESTEBAN, GARCIA GALAN MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad por depósitos de cristales de hidroxapatita es una enfermedad sistémica, de etiología desconocida, causada por depósitos de hidroxapatita periarticulares y/o intraarticulares. La enfermedad se manifiesta clínicamente por dolor localizado, hinchazón y sensibilidad de la articulación afectada, junto con la limitación de la movilidad articular. Existe controversia sobre su tratamiento, existiendo distintos abordajes terapéuticos con resultados variables (1). Este trastorno es frecuente en personas entre 30 y 60 años de edad, en mujeres y en trabajadores que realizan labores sedentarias. Radiológicamente, en adultos asintomáticos, la calcificación se encuentra entre un 7,5 - 20%, y en pacientes con dolor de hombro en el 6,8%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0337

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

En el momento del diagnóstico, los pacientes pueden estar asintomáticos (un tercio de los casos), y se descubre casualmente por una radiografía. Debido a que la tendinopatía calcificada es una enfermedad autolimitada, el tratamiento de elección debe ser eficaz, libre de complicaciones, y mínimamente invasivo. Si la enfermedad es asintomática no precisa tratamiento, si bien la mayoría de los pacientes sí lo requieren debido al dolor severo que padecen. En estos casos, el tratamiento es conservador, e implica el uso de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, terapia física, iontoforesis con ácido acético, tratamiento con ultrasonidos, e incluso las inyecciones de cortisona subacromial. Estos tratamientos sólo proporcionan un alivio temporal y no están libres de complicaciones (2).

La aspiración percutánea guiada por ultrasonidos es eficaz a corto y a largo plazo, con resultados similares o mejores que los conseguidos con otras técnicas. Con esta técnica el 91% de los hombros habían mejorado sustancialmente o completamente, el 64% tenían un movimiento perfecto y las calcificaciones se habían resuelto o casi resuelto en el 89%(3). Resultados similares al de la cirugía artroscópica (4).

Bibliografía:

1. Hamada J, Ono W, Tamai K, Saotome K, Hoshino T. Analysis of calcium deposits in calcific periarthritis. *J Rheumatol.* 2001 Apr;28(4):809-13
2. Leduc BE, Caya J, Tremblay S, Bureau NJ, Dumont M. Treatment of calcifying tendinitis of the shoulder by acetic acid iontophoresis: a double-blind randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003 Oct;84(10):1523-7.
3. Serafini G, Sconfienza LM, Lacelli F, Silvestri E, Aliprandi A, Sardanelli F. Rotator cuff calcific tendinitis: short-term and 10-year outcomes after twoneedle us-guided percutaneous treatment--nonrandomized controlled trial. *Radiology.* 2009 Jul;252(1):157-64.
4. Barrera Cadenas JL, Campa Rodríguez A, Vallina García-Prendes V. Resultados del tratamiento artroscópico de las tendinitis calcificantes del manguito de los rotadores del hombro. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.* 2010;54(2):100-5

RESULTADOS ESPERADOS

- Evaluar la efectividad y la respuesta al tratamiento a corto plazo (3 meses), en pacientes sintomáticos
- Comparar la efectividad y la respuesta al tratamiento, entre pacientes que se logró aspirar la calcificación, y los pacientes que se fragmentó la calcificación

MÉTODO

Para ello se realizarán las siguientes acciones:

- A los pacientes incluidos en el estudio, se les hace una historia clínica, en la que se hace constar los datos de filiación, anamnesis, exploración física del hombro y pruebas complementarias
- El deterioro del hombro se valorará con el cuestionario de Oxford y la puntuación de Constant
- La forma del acromion, según la clasificación de Bigliani y Morrison, se valorará con radiografía del desfiladero subacromial
- Se identificarán las calcificaciones, y se registrarán su número, tamaño, ubicación, disposición y densidad, tanto en el estudio radiológico y ecográfico
- Se procederá a realizar la técnica previa información al paciente y firma del consentimiento informado

INDICADORES

En la primera revisión, al mes del tratamiento, se realizó el cuestionario de Constant y de Oxford, y un control ecográfico y radiológico para valorar el estado de las calcificaciones. Si en este control, algún paciente presentara alguna calcificación densa, se realiza un segundo tratamiento. A los 3 meses del tratamiento inicial, se cita a los pacientes para una evaluación final. Se cumplimenta un test de Constant y un cuestionario de Oxford, y se realiza un estudio ecográfico y radiológico, para comprobar el estado de las calcificaciones, registrando si había algún cambio en la ecogenicidad, en el tamaño, en su número y si éstas persisten.

- Número de pacientes a los que se les ha realizado la técnica
- Número de Rx y Ecografías que muestran la desaparición y/o cambio en la imagen tras la aplicación de la técnica en el primer y tercer mes
- Valoración funcional del hombro mediante la escala Constant y Oxford

DURACIÓN

Septiembre 2016-junio 2017: selección de pacientes

Octubre 2016-junio 2017: aplicación de la técnica

Noviembre 2016-Mayo 2017: recogida de datos

Enero-Febrero 2017: sesión clínica

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0337

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE RICARDO JARIOD GAUDES
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H MIGUEL SERVET
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. REHABILITACION
 · Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 FERRANDO MARGELI MERCEDES
 HIDALGO MENDIA BEGOÑA
 MARTITEGUI JIMENEZ ELENA
 DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO
 TERRER PEREZ ISABEL
 CERCADILLO ISLA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El equipo ISO está formado por ocho personas (médicos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales). Los objetivos se enmarcan en función de los indicadores de los procedimientos operativos. El mantenimiento del sistema ISO se ha incluido en años anteriores en el acuerdo de gestión clínica del Servicio de Rehabilitación con el Hospital. Las actividades realizadas fueron:

- 1.- Ordenar y completar la documentación en (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsables: Ricardo Jariod. Elena Martitegui. Begoña Hidalgo.
- 2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora y objetivos. Responsables: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
- 3.- Creación de procedimientos de gestión de riesgo y comunicación. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer. Mercedes Ferrando.
- 4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo. Elena Cercadillo.
- 5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
- 6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
- 7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores	estandar	objetivo	1º TR	2ºTR	3ºTR	4º TR
1.- Satisfacción Global RHB - NEUROLÓGICA-	>8	>8	x9,38	x	9,58	
2.- HOSP. Ocupación camas >60%	>60%	45,46	61,38	52,18	60,67	
3.- RHB-CEX Índice de sucesivas/primeras <14<14		10,45	8,41	5,35	6,28	
4.- TERAPIAS. Tiempo diario de terapias	>3	>2	x	x	x	x
5.- RHB POSTGRADO: entrevista formalizada>90	>90	100	100	100	100	100
6.- RHB FORMACION CONTINUADA: Existencia de planSi		Si	si	si	no	SI
7.- PREGRADO: encuesta de satisfacción >8 >8 x		8,7	x	9,225		
8.- RHB Neur. HOSPITALIZACION. Resultado: >0,75>0,5		1,03 1,07	0,99 0,94			

para la obtención del indicador lse utilizó la encuesta de satisfacción propia. El resto de indicadores manan del cuadro de mandos y de archivos de datos excel propias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

objetivo 1. Mejorar el NPR del fallo: contagio agentes patógenos/Aislamiento. Resultados: Se realizaron acciones formativas a planta/área terapias por el servicio de medicina preventiva -control con firmas- No se han elaborado los trípticos. Pendiente para 2019.

Objetivo 2. Conseguir correcta adhesión del paciente al tratamiento rehabilitador pautado, empoderando al mismo, haciéndole copartícipe de su evolución a través de objetivos AVD semanales pactados con terapeutas y enfermería/TCAE.

Resultados: Media inferior a objetivo de 90%. Interferencia de los periodos vacacionales con nuevo personal. También puede ser que se registrara información antes de la primera entrega en jueves. O pacientes que por error se les pidiera la hoja semanal y no fueran pacientes de RHB nerurológica. Algunas semanas no se realizaron reuniones semanales TO/ENF por lo que no hubo documentación a entregar a pacientes de nuevo ingreso. Sólo la disponían pacientes de ingreso antiguo y no estaba actualizada. Reconsiderar la sistemática de captura del dato para 2019, al no llegar al objetivo del 90.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/343 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Nº de registro: 0343

Título
CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA -ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
JARIOD GAUDES RICARDO, HIDALGO MENDIA BEGOÑA BETEL, MARTITEGUI JIMENEZ ELENA, DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO, FERRANDO MARGELI MERCEDES, TERRER PEREZ ISABEL, CERCADILLO ISLA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Lesionados Medulares -ULME- y la Unidad de Daño Cerebral Adquirido -UDCA- forman parte de la Sección de Rehabilitación neurológica del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Miguel Servet y llevan en funcionamiento más de 40 años. Durante estos años se ha venido colaborando con otros Servicios (Neurología, Neurocirugía,...) y con Atención Primaria, mediante protocolos o coordinando procesos. Todos estos años ha funcionado un grupo de mejora de Calidad en el Servicio de Rehabilitación que ha trabajado en diferentes líneas (revisando procedimientos, consentimientos, protocolos, etc...) entre ellos los que afectan a lesión medular y a daño cerebral adquirido -ictus-. En Noviembre de 2014 se crea un grupo impulsor de la certificación ISO:9001 en ULME, previsto conseguirla en diciembre de 2016. A su vez, en Septiembre de 2016 se acuerda incluir en dicho equipo a profesionales sanitarios que trabajan en daño cerebral para ampliar en 2017 dicha certificación a otras áreas de la Rehabilitación Neurológica.

RESULTADOS ESPERADOS
La certificación ISO supone un gran esfuerzo de documentación y sistematización de las actividades diarias en ambas unidades ULME y UDCA, y obliga a reevaluar nuestros procedimientos, responsabilidades e indicadores de funcionamiento, permitiendo así transformarlos en oportunidades de mejora

MÉTODO
. El equipo ISO está formado por ocho personas (médicos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales) y unos objetivos marcados en función de los indicadores de los procedimientos operativos. Se ha incluido dentro del contrato programa del hospital con el Servicio de Rehabilitación, el mantenimiento del sistema ISO. De las tres fases (documentación, implantación, acreditación-certificación) queda pendiente sólo la última en ULME y se está en la primera -documentación- en UDCA-. Las actividades a desarrollar serán:
1.- Ordenar y completar la documentación en UDCA (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable Elena Martitegui y Ricardo Jariod.
2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora. Responsable: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
3.- Especificar las áreas de interés creando un procedimiento operativo por área en UDCA. Responsable Ricardo Jariod. José Ignacio de Miguel.
4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos en ULME: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo.
5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Elena Cercadillo.
6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer.
7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.

INDICADORES
Cada una de las siete fases antes descritas se puede evaluar respondiendo a la pregunta conseguido si/no en ULME y en UDCA

DURACIÓN
Según el calendario propuesto la certificación en ULME se espera antes de Diciembre de 2016 y en UDCA antes de diciembre de 2017.

OBSERVACIONES
Certificación ISO 9001.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE RICARDO JARIOD GAUDES
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H MIGUEL SERVET
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. REHABILITACION
 · Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 HIDALGO MENDIA BEGOÑA
 MARTITEGUI JIMENEZ ELENA
 DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO
 FERRANDO MARGELI MERCEDES
 TERRER PEREZ ISABEL
 CERCADILLO ISLA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Ordenar y completar la documentación en ULME y UDCA (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable Elena Martitegui y Ricardo Jariod. Marzo 2017. Recursos propios.
 2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora. Responsable: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando. trimestrales en reuniones de equipo. Acta trimestral
 3.- Especificar las áreas de interés creando un procedimiento operativo por área en UDCA. Responsable Ricardo Jariod. José Ignacio de Miguel. Marzo 2017. Recursos propios.
 4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos en ULME y UDCA: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo.
 5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Elena Cercadillo. Diciembre de 2016 Recursos propios.
 6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer. trimestral. recursos propios.
 7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
 Al final de todo ello se consiguió la certificación ISO:9001/2008 año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EL PROYECTO permite secuenciar mediante indicadores los procedimientos operativos clave de Neurorehabilitación.

INDICADORES 2017:

estandar/ objetivo/	1º TR/	2ºTR/	3ºTR/	4º TR
1.- Satisfacción Global en Neurorehabilitación/ULME	>8	x	9,2	X
2.- RHB- NEUR. HOSPITALIZACION. Ocupación de camas >60%	77,02	48,5	53,8	47,905
3.- RHB-CEX RHB NEUR. Indice de sucesivas/primeras <14	<14	10,6	11,3	6,16
4.- RHB- NEUR- TERAPIAS. Tiempo diario de terapia >3	>2	0,76	0,835	0,835
5.- RHB POSTGRADO: entrevista trimestral formalizada >90	>90	100	100	100
6.- RHB FORMACION CONTINUADA: Existencia de plan	Si	si	SI	SI
7.- RHB PREGRADO: encuesta de satisfacción estudiantes >8 sobre 10	>8 sobre 10	9,4	9,5	9,6
8.- RHB Neur. HOSPITALIZACION. Resultado:	>0,75	>0,5	0,89	0,76
				0,98
				1,085

OBJETIVOS 2017

1. ESCUELA DE FAMILIARES EN PACIENTES CON ICTUS

Pacientes y Familiares o cuidadores formados: n>22. (>15% sobre altas de 2017). Muestreo n=6.

RESULTADOS SOBRE 10

Duración: 7.66

Condiciones ambientales: 9.33

Orientación a sus problemas: 9

Confianza del personal: 9.33

Amabilidad del personal: 9.66

Satisfacción por realización EF: 9

Utilidad para: solucionar problemas posibles en casa, aprender movimientos y poder practicarlos más tiempo en el día a día, poder ver la realidad a la que enfrentarse

Dificultades al llegar a casa: enfrentarse a las tareas diarias y cotidianas

2. ELIMINACION DE FICHA DE PAPEL E INICIO DE PLAN DE REHABILITACION ELECTRONICO

Nº pacientes en Registros RHB en historia clínica electrónica a 31/12/2017:

-pendientes de terapia: 1051

-pacientes en tratamiento: 872

-pendientes de revisión médica: 37

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

INCIDENCIAS: En el ejercicio 2016 se declararon 54 incidencias relacionadas con ULME. El total de no conformidades en 2016 fue de 8, habiéndose cerrado 4 de ellas, permaneciendo abiertas otras cuatro. A estas hay que añadir las nuevas 3 No conformidades abiertas a raíz de la auditoría interna de marzo de 2017.

NO CONFORMIDADES. En el análisis de no conformidades 2016 y 2017 destacan:

- las asociadas a farmacoterapia (problemas de control de temperatura de nevera y de control de estupefacientes).
- las asociadas a los problemas de coordinación terapias/planta y del uso de la sala de terapias en el turno de tarde.
- las relacionadas con el personal: plan formativo y capacitación.

Indicadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La progresiva convergencia en documentación y procedimientos de la ULME y UDCA con el resto del Servicio de Rehabilitación intenta disminuir los fallos de coordinación interna declarados como primera causa de incidencias. La rigidez del sistema en recursos humanos y materiales limita la implantación de cambios en los procesos operativos ULME y UDCA. Toda la información está registrada en las consiguientes REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN de los años 2016 y 2017.

7. OBSERVACIONES.

RECOMENDACIONES Y ACCIONES DE MEJORA NECESARIOS PARA LA MEJORA DEL PRODUCTO (NECESIDADES DE RECURSOS EN RHB NEUROLÓGICA ULME Y UDCA):

1. Creación de un procedimiento operativo "HOSPITAL DE DÍA" para realizar allí acciones ahora realizadas en CEX-ULME, que se ajustarían más al perfil de enfermería de hospitalización que al de CEX. Implica modificaciones arquitectónicas de poco calado -suprimir un tabique- asumible con recursos propios actuales del hospital, flexibilización en recursos humanos y dotación de equipamiento -plan inversiones 2017.-
2. Creación de un PLAN DE TELE-REHABILITACIÓN asociado a la apertura de HOSPITAL DE DÍA, para el seguimiento por parte de enfermería del plan de cuidados de pacientes en colaboración con atención primaria (ejemplo: foto de úlceras por presión en evolución, etc) Objetivo: seguridad del paciente, mejorar accesibilidad -desplazamientos de pacientes etc...-
3. Creación de DESPACHO MÉDICO RHB NEUROLÓGICA: Ampliación de la actual sala de trabajo despacho ULME - avanzar un tabique- para integrar allí a los médicos del actual despacho UDCA. Objetivo: facilitar intercambio de información en pacientes de rehabilitación neurológica.
4. Reubicación actual SALA DE CEX ULME a actual despacho UDCA. Sólo precisa reinstalación de grúa de techo y tomas de oxígeno/aspiración desde habitación contigua y traslado de armarios y equipos informáticos. Objetivo: evitar la espera en pasillo de pacientes para CEXULME.
5. Reutilizar la actual sala CEX ULME como despacho de información a pacientes y familiares. Objetivo: Seguridad/confidencialidad del paciente.
6. AMPLIACIÓN DEL ÁREA DE TERAPIAS en la planta RHB NEUROLÓGICA -segunda fase: área de al menos 150 metros cuadrados dotada con los recursos humanos y materiales necesarios. Implica reforma arquitectónica mediante cerramiento de la actual terraza u otro área en planta 0. Objetivo: disminuir las incidencias derivadas de mala coordinación interna, incrementar el nº de horas de terapia al día y mejora de resultados (eficacia terapéutica) con medios tecnológicos más avanzados.
7. Integración de NEUROPSICOLOGO CLINICO en equipo de trabajo de UDCA. Objetivo: mejoría los resultados -lo peor valorado en encuesta de satisfacción por segundo año consecutivo-, de la atención al déficit cognitivo en pacientes con daño cerebral y mejoría del afrontamiento en lesión medular. Uso de despachos de área de Psicomática para dicho trabajo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/343 ===== ***

Nº de registro: 0343

Título
CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA -ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
JARIOD GAUDES RICARDO, HIDALGO MENDIA BEGOÑA BETEL, MARTITEGUI JIMENEZ ELENA, DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO, FERRANDO MARGELI MERCEDES, TERRER PEREZ ISABEL, CERCADILLO ISLA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Lesionados Medulares -ULME- y la Unidad de Daño Cerebral Adquirido -UDCA- forman parte de la Sección de Rehabilitación neurológica del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Miguel Servet y llevan en funcionamiento más de 40 años. Durante estos años se ha venido colaborando con otros Servicios (Neurología, Neurocirugía,...) y con Atención Primaria, mediante protocolos o coordinando procesos. Todos estos años ha funcionado un grupo de mejora de Calidad en el Servicio de Rehabilitación que ha trabajado en diferentes líneas (revisando procedimientos, consentimientos, protocolos,etc...) entre ellos los que afectan a lesión medular y a daño cerebral adquirido -ictus-. En Noviembre de 2014 se crea un grupo impulsor de la certificación ISO:9001 en ULME, previsto conseguirla en diciembre de 2016. A su vez, en Septiembre de 2016 se acuerda incluir en dicho equipo a profesionales sanitarios que trabajan en daño cerebral para ampliar en 2017 dicha certificación a otras áreas de la Rehabilitación Neurológica.

RESULTADOS ESPERADOS
La certificación ISO supone un gran esfuerzo de documentación y sistematización de las actividades diarias en ambas unidades ULME y UDCA, y obliga a reevaluar nuestros procedimientos, responsabilidades e indicadores de funcionamiento, permitiendo así transformarlos en oportunidades de mejora

MÉTODO
. El equipo ISO está formado por ocho personas (médicos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales) y unos objetivos marcados en función de los indicadores de los procedimientos operativos. Se ha incluido dentro del contrato programa del hospital con el Servicio de Rehabilitación, el mantenimiento del sistema ISO. De las tres fases (documentación, implantación, acreditación-certificación) queda pendiente sólo la última en ULME y se está en la primera -documentación- en UDCA-. Las actividades a desarrollar serán:
1.- Ordenar y completar la documentación en UDCA (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable Elena Martitegui y Ricardo Jariod.
2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora. Responsable: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
3.- Especificar las áreas de interés creando un procedimiento operativo por área en UDCA. Responsable Ricardo Jariod. José Ignacio de Miguel.
4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos en ULME: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo.
5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Elena Cercadillo.
6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer.
7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.

INDICADORES
Cada una de las siete fases antes descritas se puede evaluar respondiendo a la pregunta conseguido si/no en ULME y en UDCA

DURACIÓN
Según el calendario propuesto la certificación en ULME se espera antes de Diciembre de 2016 y en UDCA antes de diciembre de 2017.

OBSERVACIONES
Certificación ISO 9001.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0394

1. TÍTULO

ESCUELA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ICTUS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA MARTITEGUI JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PINILLA VELA ANA
MARTINEZ VILLUENDAS PALOMA
ABAD BABIER MARIA ROSARIO
RUIZ CHOCARRO MARIA ESPERANZA
CANTERO LATORRE ANA
DE LA FUENTE BAYO DAVID
BLASCO GARCIA TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado un grupo de trabajo con los profesionales implicados para definir y unificar la información transmitida a pacientes y cuidadores.
El primer día de ingreso en nuestra unidad se programan las fechas para las sesiones de la escuela dejando constancia en el plan de tratamiento.
Creación encuesta satisfacción para valorar la información y ejecución de escuela a pacientes y cuidadores.
Revisión y seguimiento de la correcta aplicación de las medidas aprendidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pacientes y Familiares o cuidadores formados: n>22. (>15% sobre altas de 2017). Muestreo n=6.

RESULTADOS SOBRE 10

Duración: 7.66

Condiciones ambientales: 9.33

Orientación a sus problemas: 9

Confianza del personal: 9.33

Amabilidad del personal: 9.66

Satisfacción por realización EF: 9

Utilidad para: solucionar problemas posibles en casa, aprender movimientos y poder practicarlos más tiempo en el día a día, poder ver la realidad a la que enfrentarse

Dificultades al llegar a casa: enfrentarse a las tareas diarias y cotidianas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración global ha sido positiva por el grado de implicación de profesionales y familiares entendiendo que es una herramienta útil para enfrentarse a la realidad de la nueva situación de discapacidad.
Siendo que no hemos precisado nuevos recursos para la implantación de la escuela continuaremos con su aplicación.
Quedan pendientes de realizar sesiones comunes informativas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/394 ===== ***

Nº de registro: 0394

Título
ESCUELA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ICTUS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Autores:
MARTITEGUI JIMENEZ ELENA, MARTINEZ VILLUENDAS PALOMA, PINILLA VELA ANA, RUIZ CHOCARRO MARIA ESPERANZA, CANTERO LATORRE ANA, DE LA FUENTE BAYO DAVID, BLASCO GARCIA TANIA, ABAD BABIER MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0394

1. TÍTULO

ESCUELA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ICTUS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El ictus es una patología aguda que cambia de forma brusca la vida no solo del paciente sino también de los familiares que lo rodean. Es importante iniciar el proceso de rehabilitación cuanto antes para minimizar las secuelas y conseguir la más alta funcionalidad, pero éste es un proceso largo que debe continuar también tras el alta hospitalaria. Por eso, es fundamental que el familiar o cuidador principal del paciente sepa cómo manejarlo, cómo comportarse ante determinadas situaciones y saber qué hacer para colaborar en la recuperación del paciente precisando pues la educación y adiestramiento que recibirá con este nuevo proyecto. También es fundamental que la información recibida por parte de cada profesional sea homogénea por lo que la elaboración de un equipo de trabajo multidisciplinar ayudará a consensuar en cada caso la información a ofrecer.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer las líneas de trabajo entre los distintos profesionales implicados en la atención al paciente agudo con ictus.
- Elaboración y difusión de una guía sobre los cuidados al paciente agudo con ictus.
- Fomentar la formación, información e implicación de los familiares directos del paciente agudo con ictus durante el ingreso hospitalario y tras el mismo.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes y sus cuidadores.

MÉTODO

- Crear un grupo de trabajo con los profesionales implicados.
- Definir y unificar la información transmitida a pacientes y cuidadores.
- Sesiones informativas, formativas y de apoyo a los familiares de los pacientes ingresados en nuestra unidad.
- Revisión y seguimiento de la correcta aplicación de las medidas aprendidas.
- Puntos sobre los que podría informar Enfermería:

INDICADORES

- Nº de familiares formados/ nº de familiares susceptibles de ser formados.
- Grado de satisfacción medido con encuesta específica
- Grado de utilidad recogido en primera revisión tras el alta.

DURACIÓN

ACTIVIDADES	09/16	10/16	11/16	12/16	01/17	02/17	03/17	04/17
7 05/17								
Elaboración	x	x	x	x				
Implantación				x	x	x	x	x
Valoración					x	x	x	

Desde Septiembre 2016 hasta Diciembre 2016, elaborar el programa y establecer las líneas de trabajo.
Desde Enero hasta Junio de 2017, implantar la escuela en la unidad.
De febrero a Junio valorar el proyecto.

OBSERVACIONES

Las sesiones se realizarán de forma individualizada

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0573

1. TÍTULO

ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE BEGOÑA HIDALGO MENDIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARIOD GAUDES RICARDO
POCIÑA NIEVES AURORA
SARTAGUDA ALABART MIREYA
ROYO JORDAN REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha constituido un grupo de trabajo formado por dos médicos y tres fisioterapeutas (Dr Jariod, Dra Hidalgo, Fisioterapeutas Mireya Sartaguda, Aroa Pociña, Rebeca Royo).
Se han establecido los viernes a las 14h las reuniones pertinentes para la discusión y valoración de pacientes complejos a tratar y en seguimiento.
Se ha elaborado un protocolo interno de tratamiento a seguir de los pacientes afectados de incontinencia fecal. Se ha llevado a cabo su implantación.
Se han registrado los indicadores de evaluación y seguimiento planificados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de pacientes tratados ha sido 17 pacientes durante el periodo de Septiembre 2016 a Septiembre 2017. El tiempo medio de lista de espera para tratamiento en IF graves (4 pacientes) según el índice wexner grave ha sido menor de 1 mes.
Del resto de pacientes con leve-moderada han sido 14 pacientes cuya media de espera a tratamiento ha sido de 3-5 meses, estando en tratamiento pendiente 11 pacientes. Solo se han tratado 3 pacientes con incontinencia fecal leve-moderada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Entre las conclusiones que podemos sacar de este trabajo son:
1. La patología de incontinencia fecal es poco frecuente de momento en nuestro servicio, y esperábamos mayor número de pacientes para obtener conclusiones más relevantes.
2. Hemos conseguido protocolizar los tratamientos, y uniformizar de esta manera las distintas terapias existentes, actuando con las de mayor evidencia científica disponible.
3. No hemos podido disminuir el tiempo de espera de las patologías leves y moderadas, puesto que no se han priorizado y el número de recursos personales en el servicio es limitado.

7. OBSERVACIONES.

Es preciso ampliar el seguimiento del proyecto de mejora, para poder evaluar mayor número de pacientes puesto que la patología no es muy frecuente, y la lista de espera de tratamientos leves-moderados no nos es posible disminuirla, por los recursos disponibles.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/573 ===== ***

Nº de registro: 0573

Título
ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL

Autores:
HIDALGO MENDIA BEGOÑA BETEL, JARIOD GAUDES RICARDO, POCIÑA NIEVES AURORA, SARTAGUDA ALABART MIREYA, ROYO JORDAN REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0573

1. TÍTULO

ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL

PROBLEMA

La incontinencia fecal es una de las afecciones más frecuentes en gastroenterología. Constituye una afección muy incapacitante, además del coste económico, se añade la afectación de las relaciones sociales, sexuales y laborales del individuo, que llegan incluso al aislamiento del individuo. Se considera que hasta un 1,5% de la población puede presentar escape de gases y/o sólidos. Puede llegar al 17% en poblaciones mayores de 70 años. La incidencia se aumenta con la edad y otras afecciones del suelo pélvico. Como factores causales están la cirugía anorectal, neoplasias, radioterapia, enfermedades neurológicas y traumatismos. Estos van a alterar en cierta manera los mecanismos de continencia anal como son la distensibilidad, la función esfinteriana, o la sensibilidad rectal. Los tres pilares básicos en el tratamiento de la IF son las medidas higiénico-dietéticas, la rehabilitación del suelo pélvico y la cirugía.

La rehabilitación del suelo pélvico ha demostrado beneficios importantes en cuanto a mejoría funcional y de calidad de vida de los pacientes. Los estudios muestran mejorías significativas del 50 al 80% de los pacientes. Incluye diferentes técnicas terapéuticas con el objetivo de fortalecer la musculatura del suelo pélvico y del esfínter anal, el tono, la resistencia y coordinación, además de mejorar la sensibilidad rectal y la proctalgia. Estas técnicas incluyen: entrenamiento bajo control electromiográfico y visual o Biofeedback, electroestimulación de superficie, electroestimulación selectiva del nervio tibial posterior así como trabajo manual desfibrosante y de flexibilización de la musculatura pelvi-perirectal.

La existencia de numerosas terapias hace que exista gran variabilidad en los tratamientos realizados, que deben ser indicados en función de los factores causales para lograr una mejoría funcional y de calidad de vida. La creciente demanda de tratamiento para disfunciones de suelo pélvico es cada vez mayor con la consiguiente lista de espera para realizarlos, por lo que creemos necesario la creación de un protocolo de actuación y coordinación entre los profesionales implicados.

Bibliografía:

1. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-based prevalence of anal incontinence. JAMA 1995;274:559.
2. Schiller L. Treatment of fecal incontinence. Current Options in gastroenterology. 2003;6:319-27.
3. Benages A, Minguez M. Utilidad de las técnicas manométricas en el tratamiento de la incontinencia anal del adulto. Programa de biofeedback: Protocolos metodológicos. Grupo español para el estudio de la motilidad digestiva.
4. Whitehead WE, Wald A, Norton NJ. Treatment options for fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 2001;44:131-42.
5. Jorge JN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 1993;36:77-97.
6. Cook TA, Mortensen NJMcC. Management of faecal incontinence following obstetric injury. Br J Surg. 1998;85:293-9.

RESULTADOS ESPERADOS

Creación e implementación de un protocolo de actuación para médicos y fisioterapeutas para el tratamiento de pacientes derivados de los Servicios de Cirugía General, Digestivo y Ginecología del Hospital Miguel Servet. Con este protocolo se pretende:

- 1- Una evaluación diagnóstica completa del paciente con IF
- 2- Optimización de los recursos terapéuticos en cuanto a técnicas de fisioterapia adecuando los tratamientos a los factores causales de la IF
- 3- Minimizar los tiempos de espera para los tratamientos
- 4- Mejora de calidad de vida y satisfacción del paciente

MÉTODO

- 1- Constituir un grupo de trabajo entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas especializados en patología de suelo pélvico (Dra Hidalgo, Dr Jariod, Fisioterapeutas Mireya Sartaguda, Rebeca y Aroa Pociña)
- 2- Reuniones semanales para priorizar tratamiento de pacientes graves y de técnicas a seguir. Analizar pacientes que requieran nueva valoración por médico rehabilitador o suspensión del tratamiento.
- 3- Elaboración de un protocolo de actuación basado en la evidencia científica disponible sobre las distintas terapias físicas. (Dra Hidalgo)
- 4- Implantación del protocolo para actuar los profesionales implicados de manera conjunta y coordinada. Fisioterapeutas, médicos rehabilitadores.
- 5- Evaluación anual para comprobar resultados. (Grupo de trabajo suelo pélvico)

INDICADORES

- Número de pacientes tratados con mejoría en escalas de valoración de calidad de vida: 80%
- Número de pacientes tratados con mejoría en escala de gravedad (Wexner): >80%
- Tiempo de lista de espera en IF grave hasta tratamiento desde la 1ª vista con el médico rehabilitador: <1 mes
- Tiempo de espera hasta tratamiento desde la 1ª vista en IF leve-moderada: <3 meses

DURACIÓN

Elaboración del protocolo: Septiembre 2016
Presentación en el Servicio: Octubre 2016
Implementación y puesta en marcha: Noviembre 2016
Análisis de resultados. Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0573

1. TÍTULO

ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0741

1. TÍTULO

REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE TRIS ARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEÑA GIMENEZ ANA
MEDINA SANCHEZ MARIA JOSEFA
RUIZ CHOCARRO MARIA ESPERANZA
NUEZ BASARTE NURIA
MUELAS MUELAS FELIPE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones del equipo rehabilitación: médicos de Rehabilitación Infantil y Terapeutas Ocupacionales revisando los protocolos de tratamiento sobre rehabilitación psicomotriz de los trastornos del aprendizaje en población infantil que se realizan desde hace años en Servicio de Rehabilitación.
Se han realizado varias evaluaciones de niños antes del diseño definitivo.
Se ha diseñado un cuestionario de valoración funcional de funciones superiores y neurológico evolutivo integrado de los realizados previamente, encontrandonos pendientes de terminar su tratamiento informático definitivo así como el informe de alta e inclusión en Hp-Doctor o HCA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Utilización del cuestionario por las Terapeutas Ocupacionales en al menos en más del 80% de los niños en tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El programa se encuentra en la actualidad sin finalizar.
El equipo de rehabilitación consideramos que las actividades realizadas resultan en una mejora en la atención de población infantil con problemas psicomotrices y del aprendizaje.
El cuestionario esta finalizado y utilizado en niños quedando pendientes de de la revisión de la tabulación de resultados para su tratamiento informático y elaboración del informe de alta

7. OBSERVACIONES.
No hemos podido cumplir el calendario previsto por lo que incluido esta memoria como de seguimiento.
¿Existe algún plazo para la finalización de este proyecto?

*** ===== Resumen del proyecto 2016/741 ===== ***

Nº de registro: 0741

Título
REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Autores:
TRIS ARA MARIA JOSE, PEÑA GIMENEZ ANA, MEDINA SANCHEZ MARIA JOSEFA, RUIZ CHOCARRO MARIA ESPERANZA, NUEZ BASARTE NURIA, MUELAS MUELAS FELIPE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NIÑOS CON TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE Y RETRASO PSICOMOTRIZ
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0741

1. TÍTULO

REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

El tratamiento rehabilitador de los trastornos del aprendizaje basado en una metodología de exploración y tratamiento desarrollada sobre las bases neurofisiológicas de los mecanismos básicos del aprendizaje y la evolución neurológica, se viene realizando desde tiempo ha, en la Unidad de Rehabilitación Infantil de nuestro Servicio de Rehabilitación. Esta metodología se ha mostrado eficaz en nuestra práctica clínica, aun cuando hemos protocolizado todos los procesos que llevamos a cabo. Sin embargo no hemos gestionado informáticamente los procesos realizados.

Consideramos de gran trascendencia poder tabular informáticamente los datos recopilados, al tiempo que elaborar un informe de seguimiento y alta en el HPDoctor.

La consecución de lo anteriormente expuesto haría factible la evaluación fidedigna de los resultados, además de mejorar la comunicación con otras especialidades médicas, así como con terapeutas de nuestra especialidad y con los centros educativos

RESULTADOS ESPERADOS

En las consultas de Rehabilitación Infantil del Hospital Universitario Miguel Server se realiza el diagnóstico, evaluación clínica, indicación de tratamiento y seguimiento de los niños con trastornos del aprendizaje y problemas de psicomotricidad. Estos niños realizan el tratamiento indicado en la Unidad de Terapia Ocupacional del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Durante el tratamiento, la terapeuta ocupacional rellena un impreso de evaluación que, en los trastornos del aprendizaje de funciones superiores, incluye:

- 1.- Control frontal (automatización, inhibición expectancia, estados-acciones-).
- 2.- Adaptación temporal.
- 3.- Adaptación espacial.
- 4.- Somatognosia.
- 5.- Praxis gestual.
- 6.- Automatización de la coordinación óculo-manual.
- 7.- Pinza funcional para la escritura.
- 8.- Sincinesia.
- 9.- Impersistencias motrices.
- 10.- Marchas.
- 11.- Persistencia de reflejos arcaicos.
- 12.- Elevación alternativa de extremidades.

En cada apartado se escribe manualmente el nivel en que se halla y los déficits que presenta en la realización de las actividades. Estas hojas de evaluación se utilizan tanto para el seguimiento en terapia ocupacional como en la consulta clínica del médico rehabilitador.

El objetivo sería realizar un cuestionario de valoración funcional de funciones superiores y neurológico-evolutivo con respuestas estandarizadas sobre el nivel que alcanza el niño que serviría como cuestionario de evolución y resultados, así como de informe de alta en las consultas externas de rehabilitación, incluyéndose en el HP-Doctor.

MÉTODO

Las actividades que planteamos para mejorar nuestra actuación incluirían reuniones del equipo rehabilitación: médicos de Rehabilitación Infantil y Terapeutas Ocupacionales que realizan el tratamiento con el objetivo de revisar los protocolos actuales y diseñar un cuestionario con variables que puedan ser tratadas informativamente, que mejoren la comunicación entre los diferentes profesionales que tratamos a estos niños y que resulta útil para evaluación de resultados y realización de informe médico.

Se realizaran varias evaluaciones de niños antes de su diseño definitivo.

Una vez realizado el cuestionario final de comunicara al equipo de informática y al Servicio de Admisión y Documentación Clínica para su inclusión en el HP-Doctor.

INDICADORES

Utilización del cuestionario por las Terapeutas Ocupacionales en al menos en el 80% de los niños en tratamiento

Realización de informe en HP-Doctor en al menos el 80 % de los niños en tratamiento.

DURACIÓN

1º mes: Reuniones del Equipo Rehabilitador (Médico rehabilitador y Terapeuta Ocupacional)

2º y 3º mes: Realización del cuestionario

4º y 5º mes: Informatización del cuestionario

6º, 7º y 8º mes: Aplicación práctica en Terapia Ocupacional

9º y 10º mes: Aplicación práctica por Médico Rehabilitador

11º y 12º mes: evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACION DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCION) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0869

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES FERRANDO MARGELI
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CIRES PARDO MINERVA
DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA
DEL PIES DIESTRE NURIA MARIA
LARA MORENO NURIA
MIGUEL ROMEO ANTONIO
SERRANO DEL RIO MARIA PILAR
PERALES MARTINEZ ALMUDENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Presentado en tiempo y forma, se nos notifica con fecha 30/01/2017, desde la Unidad de Calidad Asistencial, la aprobación del proyecto. Se notifica a los componentes del grupo quedando oficialmente constituido en esa fecha. Desde la constitución oficial del grupo de mejora hasta abril, se realizaron las siguientes actividades:

- Decisión sobre el título del curso, para que expresase el objetivo del mismo, quedando finalmente: Transferencias activas en el paciente hospitalizado.
- Revisión de la metodología utilizada hasta ahora en los cursos de movilización de pacientes, con asistencia de todos los miembros del grupo a una formación real de movilización de pacientes, cuya docente era la responsable del grupo.
- Actualización permanente, con consenso de todos los miembros del grupo, sobre la metodología y el material docente.
- Recogida de las solicitudes de las unidades: UCI post cardíaca, unidad de caderas, neurorrehabilitación.
- Valoración de otras unidades en las que creemos que sería útil la formación: neurología, neurocirugía, vascular, post cirugía cardíaca.

En mayo se solicita desde Subdirección la formación de todo el personal de la Unidad de Geriatria del Hospital de la Defensa. Se realizaron cuatro formaciones a TCAE, enfermeras, celadores.
En julio se solicita desde la UCI post-cardíaca la formación del personal, realizando dos formaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

Constitución del grupo: SI

Diseño, actualización y revisión de protocolos: SI

Trabajadores implicados en la movilización (TCAE, celadores) 80% del servicio: en la unidad de geriatría del Hospital de la Defensa se formó a TCAE, enfermeras, celadores, facultativos y supervisora, el 100% de la plantilla.

Método de obtención: los listados de alumnos de las formaciones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo considera que es muy importante la continuidad de este tipo de formación para optimizar las técnicas de movilización y fomentar el trabajo en equipo.
La elección de la movilización correcta según el estado físico del paciente ingresado promueve la autonomía y facilita la recuperación temprana con menor discapacidad.

7. OBSERVACIONES.

En la actualidad algunos miembros del grupo han sido desplazados por las nuevas incorporaciones de personal, con lo que habría que incorporar a otros fisioterapeutas para poder realizar las formaciones sin desatender a los pacientes en tratamiento en la propia Unidad de Fisioterapia

*** ===== Resumen del proyecto 2016/869 ===== ***

Nº de registro: 0869

Título

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0869

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HUMS

Autores:
FERRANDO MARGELI MERCEDES, CIRES PARDO MINERVA, DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA, DEL PIE DIESTRE NURIA MARIA, LARA MORENO NURIA, MIGUEL ROMEO ANTONIO, SERRANO DEL RIO MARIA PILAR, PERALES MARTINEZ ALMUDENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que limitan la independencia del paciente
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....: Potenciar la autonomía del paciente.

PROBLEMA

La movilización ergonómica de pacientes es necesaria para evitar riesgos para el paciente y el trabajador y debe ser utilizado como herramienta en el proceso de autonomía del paciente. Este objetivo solo es posible cumplirlo cuando la formación va dirigida hacia los profesionales de un mismo equipo (servicio, unidad, planta), todos son formados con las mismas técnicas y practican juntos en el mismo curso.

Desde hace unos años son los propios profesionales los que demandan y son conscientes de esta necesidad. En estos momentos se realizan algunas acciones formativas que resultan insuficientes y únicamente una fisioterapeuta es la se ocupa de llevarla a cabo, por lo que no es posible aumentarlas. Por ello, posibilitar que exista un grupo de formadores hará posible llevar a cabo un proyecto de trabajo en servicios (UCI, Neurología) donde las características de los pacientes son especiales.

Por otro lado, llevarlas a cabo trabajando con todos los componentes de los equipos hace que sea realmente eficaz y posibilite la implicación de la supervisora, imprescindible para que perdure en el tiempo. La homogeneización de la formación recibida posibilitará que, a pesar de las continuas rotaciones de las plantillas, siga siendo eficaz.

RESULTADOS ESPERADOS

La creación de un grupo de ocho fisioterapeutas, motivados, capacitados y conscientes de la necesidad de poner en marcha este proyecto, que tienen los mismos objetivos, y pueden poner en común avances, problemas y nuevos retos, sin duda impulsará una adecuada movilización ergonómica de los pacientes. En estos momentos son varias las unidades que están a la espera de recibir esta formación (las UCI, Neurología) y en función de la organización de las unidades se planificará el cronograma formativo

MÉTODO

Constitución de un grupo de trabajo, diseño y puesta en común de protocolos de trabajo para homogeneizar todos los criterios y la formación a realizar. Es necesario personalizar la formación a las características de los pacientes ingresados en cada unidad (un paciente de UCI postcardiaca precisa una movilización diferente a un paciente neurológico/traumatológico, etc.)
Cronograma y priorización de unidades donde realizar estos talleres y reparto de actividades entre componentes del grupo

INDICADORES

Constitución del Grupo: SI
Protocolos diseñados, revisados y actualización: 100% de los servicios o unidades que se formen.
Trabajadores implicados en la movilización (principalmente TCAE y Celadores) 80% del servicio, con implicación de supervisores de unidad.

DURACIÓN

El grupo tiene vocación de perdurar en el tiempo, sería deseable proporcionar esta formación a todos los profesionales implicados en la movilización de pacientes.
No obstante el plan de trabajo se realizará, inicialmente, para los años 2017/2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0880

1. TÍTULO

DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO VICENTE CARNICER

- Profesión LOGOPEDA
- Centro H MIGUEL SERVET
- Localidad ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JARNE ESPARCIA MARIA AUXILIADORA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre el año 2014 y el año 2015, creamos en la unidad de disfagia del servicio de rehabilitación del hospital Miguel Servet una página web: DISFAPP.

Esta página cuenta con una serie de ejercicios bucolinguofaciales y maniobras posturales y compensatorias dirigidos a pacientes diagnosticados de disfagia orofaríngea, familiares o cuidadores, y profesionales de la salud relacionados con ella.

Para acceder a dicha página web, se hará mediante el link www.disfapp.es, allí, antes de empezar la realización de los ejercicios, se deberá aceptar los términos especificados, en los que se declara que su uso sin la adecuada supervisión puede suponer un riesgo para la integridad física del paciente.

Incluye también un decálogo con recomendaciones generales para esta patología.

La presentación de cada ejercicio y cada maniobra es de forma individual, contando cada uno de ellos con su video correspondiente, mostrando de forma visual su ejecución, y una explicación oral y escrita de como realizarlo.

La finalidad de esta página web es complementar unas indicaciones previamente diseñadas por un profesional especializado en la disfagia orofaríngea y garantizar la correcta ejecución de los ejercicios y/o maniobras durante el tratamiento y una vez que el paciente era dado de alta en la consulta de logopedia, pero debía continuar realizando los ejercicios en su domicilio y dotarles de recursos suficientes para su realización.

También creamos una hoja de registro en la que poder asignar a cada paciente los ejercicios y/o maniobras específicas para su patología.

Todos los profesionales pertenecientes a la unidad de disfagia: una médico rehabilitadora y dos logopedas, formamos parte de la realización de la página web y en el desarrollo de este proyecto de mejora de calidad, otorgando a cada paciente una encuesta de satisfacción, primero al alta de la rehabilitación (logopedia) y posteriormente, en revisión en la consulta de disfagia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para comprobar si el objetivo inicial se había conseguido, desde noviembre de 2016 y hasta finales de 2017, a los pacientes que habían realizado tratamiento de rehabilitación en la consulta de logopedia y eran dados de alta, se les proporcionó una encuesta de satisfacción con estos cuatro parámetros:

1. ¿Ha realizado los ejercicios a través de la DISFAPP?
2. ¿Le ha resultado sencillo su manejo?
3. ¿Le ha resultado útil?
4. ¿Ha necesitado ayuda para acceder a ella?

Esta encuesta (elaborada a una veintena de pacientes) la realizamos al terminar las sesiones asignadas en logopedia y posteriormente cuando eran revisados en la consulta de disfagia con la Dra Jarne Esparcia.

Desde que empezamos con la utilización de la página web y con la realización de la encuesta de satisfacción, observamos en las encuestas que:

1. Un 80% de los pacientes había realizado los ejercicios a través de la página web.
2. A un 100% le ha resultado fácil su manejo.
3. A un 90% le ha resultado útil.
4. Un 20% necesitó ayuda para acceder a ella.

Todos los pacientes coincidían en la claridad de la página web y en lo intuitivo que resultaba su manejo. También destacaban la seguridad que les proporcionaba el realizar los ejercicios de forma tutorizada sin tener que desplazarse a la consulta para realizar los ejercicios.

Por otro lado, nosotras comprobamos que los pacientes, en la revisión, realizaban todos los ejercicios de forma adecuada. Esto nos resulta tranquilizador a la hora de decidir dar de alta a un paciente en la consulta de rehabilitación, sabiendo que necesita continuar con la realización de los mismos en su domicilio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0880

1. TÍTULO

DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a que los resultados obtenidos han resultado muy satisfactorios para nosotras, vamos a continuar con la utilización de la página web y con la realización de la encuesta de satisfacción a los pacientes que son diagnosticados de disfagia orofaríngea.

7. OBSERVACIONES.

Desde que realizamos la página web y hasta que empezamos este proyecto de mejora de calidad, el 9 de mayo de 2016, esta página web DISFAPP fue otorgada con el Accésit del VI Premio a la Innovación en TIC en el sector II al proyecto: Disfapp: una aplicación para mejorar la deglución en personas que padecen disfagia orofaríngea.

El haber recibido este premio, y, por supuesto, la satisfacción en los resultados de las encuestas a los pacientes, nos ha llenado de satisfacción y nos sirve de empuje para seguir con su utilización y su recomendación.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/880 ===== ***

Nº de registro: 0880

Título
DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA

Autores:
VICENTE CARNICER MARIA ROSARIO, JARNE ESPARCIA MARIA AUXILIADORA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISFAGIA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la rehabilitación de pacientes con disfagia orofaríngea, nos encontrábamos con el problema de la tutorización de los ejercicios cuando el paciente era dado de alta. Desde la unidad de disfagia y el servicio de logopedia, se creó una página web en la que aparecen de forma explícita (con un video explicativo de los ejercicios) en la que aparecen los ejercicios recomendados para cada paciente. Estos ejercicios se pueden ver tanto en formato escrito, como el video de cada uno de ellos, facilitando su realización en el domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto, es facilitar al paciente la continuidad en su rehabilitación, sin tener que desplazarse al centro correspondiente y asegurarnos una correcta realización de los ejercicios.

MÉTODO
El paciente acude al servicio de rehabilitación del hospital para terapia de logopedia. Durante el tratamiento estipulado por el facultativo, el paciente realiza los ejercicios correspondientes tutorizados por el logopeda. Una vez que el paciente los realiza correctamente, se le indica la continuidad en su domicilio mostrándole la página web donde puede ver los ejercicios asignados y continuar realizándolos. Después de un periodo de tiempo que puede variar entre dos o tres meses, el paciente es revisado en consulta para comprobar su evolución.

INDICADORES
Se le pasará una encuesta de satisfacción cuando el paciente es revisado en la consulta de disfagia. Se realizará la misma encuesta al alta en el servicio de rehabilitación.

DURACIÓN
La fecha de inicio será en noviembre de 2016 y la finalización será cuando se obtenga una muestra significativa de pacientes encuestados.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0880

1. TÍTULO

DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0975

1. TÍTULO

RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MARINA GIMENO GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORATA CRESPO ANA BELEN
SUPERVIA POLA MARTA
LAITA MONREAL SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto esta iniciado pero no se ha podido cumplir el calendario previsto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De momento no disponemos de resultados debido a que el trabajo se encuentra todavía en su fase inicial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se dispone de conclusiones debido a que el proyecto no se ha llevado a cabo en los plazos pendientes, se encuentra iniciado pero los pocos casos estudiados todavía no permiten presentar resultados ni conclusiones .

7. OBSERVACIONES.
Debido a la gran presión asistencial acontecida durante el pasado año, la falta de medios auxiliares para el desarrollo previsto del proyecto, los cambios en el personal auxiliar y el desplazamiento a otros centros de algunos de los componentes iniciales del equipo de trabajo, este no se ha podido desarrollar en los plazos previstos y se encuentra todavía en su fase inicial . Era nuestra intención llevarlo a cabo durante el presente año si esto fuese posible.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/975 ===== ***

Nº de registro: 0975

Título
RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA

Autores:
GIMENO GONZALEZ MARINA, MORATA CRESPO ANA BELEN, SUPERVIA POLA MARTA, LAITA MONREAL SANTIAGO, MATAMALA ADELL MARTA, CORTES RAMOS JUAN MANUEL, SANCHEZ GRACIA JACOBO, LARA MORENO NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Situación actual.
- Existen pocos trabajos en la literatura que valoren los resultados de los programas de RHB cardiaca en pacientes quirúrgicos a largo plazo
- Necesidad de medida objetiva de resultados/eficacia del programa
- Oportunidad de creación de línea de mejora en el diseño del programa de RHBC en base a los resultados a largo plazo obtenidos.
- Detección de principales problemas que encuentran los pacientes al finalizar el programa para conseguir la adherencia al cambio en el estilo de vida

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0975

1. TÍTULO

RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA

Se pretende realizar una valoración de los resultados de un programa de rhb cardiaca sobre la capacidad funcional y la calidad de vida al año .

1.- Valorar el mantenimiento de la mejora en la capacidad funcional y en el control de los factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida obtenidos al final del programa, un año después de finalizarlo

MÉTODO

Revisión al año de los pacientes que realizaron un programa de RHBC en el hospital tras ser sometidos a cirugía cardiaca. Estudio observacional de un mínimo de 30 pacientes que tras ser sometidos a Cirugía Cardíaca son remitidos a RHBC.

Se determinan los criterios de inclusión y variables a estudio. Se seleccionan cuestionarios válidos y fiables para medición de: Adherencia a la dieta mediterránea (Cuestionario predimed), abstinencia tabáquica (historia clínica, coximetría), calidad de vida (euroqol, SF36), ejercicio físico (cuestionario IPAQ) junto con estudio antropométrico, y nuevo test de esfuerzo.

INDICADORES

1.-Comparación de resultados de los pacientes al finalizar programa y al año.(CV)

2.- Número de ingresos hospitalarios y complicaciones médicas.

3.- Adherencia a los cambios(comparación de encuestas al finalizar programa y al año: dieta mediterránea, actividad física, abstinencia tabáquica)

Se obtienen a través de entrevista clínica, exploración física y cuestionarios. Posteriormente se realiza análisis de los resultados

DURACIÓN

Inicio en Noviembre 2016 se realizará a lo largo de 1 año.

1.- Elaboración de protocolo de valoración (noviembre -diciembre16)

2.- Remisión al comité de ética para su aprobación (diciembre16)

3.- Selección e inclusión de los pacientes(diciembre16-mayo17)

3.- Seguimiento de los pacientes(diciembre16-mayo17)

4.- Análisis de los resultados (junio)

5.- Presentación de resultados y conclusiones .(junio -noviembre17)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1033

1. TÍTULO

FASE 3 DE A REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ANA BELEN MORATA CRESPO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO GONZALEZ MARINA
CHABBAR MARUAN CARLOS
GARCIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos realizado sesiones informativas en 3 centros de salud durante el año 2017, el objetivo inicial era desplazarlos a 7 centros de salud, pero debido a problemas asistenciales en nuestra Unidad y la concurrencia de dos bajas laborales de larga duración, no cubiertas no ha sido posi

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Puntuación media obtenida en la encuesta de calidad pasada los asistentes a las sesiones 7,8/10
- Porcentaje de personal asistente a la sesión respecto al total del personal del centro: enfermería 65%, facultativos 80%.
- En el centro de salud Torrero Este se ha puesto en marcha un proyecto piloto de derivación de pacientes para continuidad de los cuidados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es necesario continuar con el proyecto iniciado, intentado alcanzar a la totalidad de los centros de salud del sector 2

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1033 ===== ***

Nº de registro: 1033

Título
FASE 3 DE REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Autores:
MORATA CRESPO ANA BELEN, GIMENO GONZALEZ MARINA, LAITA MONREAL SANTIAGO, GARCIA RUBIO MARIA JOSE, MORENO FRAILE RAQUEL, FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS, DE LA FUENTE BAYO DAVID, RUIZ SERRANO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La rehabilitación cardiaca se divide en 3 fases:

- FASE 1: ingreso hospitalario del paciente.
- FASE 2: subaguda, en la cual el paciente realiza el programa de forma ambulatoria.
- FASE 3: desde que el paciente finaliza la fase 2 hasta el resto de su vida.

No existen dudas sobre la evidencia científica de los programas de rehabilitación cardiaca, son costo-efectivos, disminuyen los costes sanitarios y mejoran la capacidad funcional, supervivencia y calidad de vida de las personas que los realizan.

El año pasado, dentro de los programas de apoyo para mejorar la calidad en el Servicio Aragonés de Salud, fue aceptado un programa que solicitó la Unidad de Rehabilitación Cardiaca con el fin de desarrollar la fase 3 a nivel extrahospitalario.

El objetivo inicial era informar y establecer vías de contacto con los profesionales de Atención Primaria de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1033

1. TÍTULO

FASE 3 DE A REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

algunos centros de salud del Sector 2. Hasta el momento hemos entrado en contacto con 4 centros de salud, en el de Fuentes Norte se va a desarrollar un proyecto piloto en el que están implicados personal médico y de enfermería, a través de una enfermera de enlace se va a realizar seguimiento y control de factores de riesgo cardiovascular de forma individualizada a aquellos pacientes que han finalizado la fase 2. Una de las causas para la baja implementación de los programas de Rehabilitación Cardiaca en nuestro medio, a pesar de la demostrada efectividad de los mismos, es el desconocimiento tanto por parte de las autoridades sanitarias, como los de los profesionales de atención primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar el conocimiento de los profesionales de atención primaria de los programas de Rehabilitación Cardiaca.
2. Desarrollar iniciativas por parte de los profesionales de atención primaria para el desarrollo de la fase3.
3. Establecer una vía de contacto a internivelar, correo electrónico de la Unidad activo.

MÉTODO

1. Desarrollo de sesiones informativas y de intercambio de ideas entre los profesionales de los dos niveles asistenciales: Atención primaria y Unidad de Rehabilitación Cardiaca.
2. Conseguir 1 o 2 profesionales interesados en el riesgo cardiovascular en cada uno de los centros de salud.
3. Desarrollo de la menos un proyecto de fase 3

INDICADORES

1. Análisis de una encuesta de satisfacción y otra de conocimientos de los profesionales de atención primaria tras la realización de las sesiones en los diferentes centros de salud.
2. Desarrollo de al menos una nueva línea de trabajo en alguno de los centros de salud a los que nos desplazaremos.
3. Análisis de la asistencia del personal de atención primaria a las sesiones conjuntas.

DURACIÓN

Fase inicial: desarrollo de 7 sesiones de trabajo centros de salud del sector 2.

Fase secundaria: elaboración de un proyecto para el desarrollo de fase 3 en alguno de los centros de salud en los que se desarrollen las sesiones informativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0120

1. TÍTULO

CONTINUACIÓN DEL PROYECTO "GESTIÓN CLÍNICA DEL RAQUIS" EN 2019

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE CARLOS ARAGUES BRAVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR
MARTIN HERNANDEZ CARLOS
GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL
VELLOSILLO ORTEGA JUAN MANUEL
RODRIGUEZ VELA JAVIER
FUENTES ULIAQUE CARLOS ALBERTO
BARRERA ROJAS MIGUEL DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha diseñado una base de datos para el Registro, mediante listado y/o identificación, de los pacientes valorados por la Comisión.
- En coordinación con el Servicio de Admisión e Informática, se ha establecido un procedimiento de identificación de los pacientes que van a ser vistos por la Comisión.
- Se ha instaurado un sistema de codificación de los procedimientos, tanto quirúrgicos como intervencionistas, común a todas las especialidades implicadas en la Comisión.
- El registro de los pacientes se realiza con estos códigos en la lista de espera quirúrgica o de procedimientos.
- Se ha realizado difusión de la Vía Clínica del Raquis en los Servicios de Angiología y Cirugía Vascul, Medicina Interna, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Reumatología.
- Se ha creado un Formulario para la HCE con dos aspectos: para uso clínico y para la derivación a través de las respectivas Comisiones de Raquis de los sectores.
- Se han establecido los criterios y el circuito de derivación, así como el sistema de seguimiento tras el procedimiento de cementación.
- Se ha ampliado la participación de la Comisión a los siguientes servicios para coordinar las acciones y no superponer tratamientos: Unidad del Dolor y Radiología Intervencionista.
- Se han realizado reuniones quincenales para evaluar las derivaciones de centros hospitalarios y sus comisiones.
- Se han realizado reuniones con la Unidad del dolor, Servicio de Neurorradiología y Servicio de Urgencias.
- Queda pendiente establecer con el Servicio de Urgencias los criterios de valoración e ingreso de pacientes con patología de Raquis desde este servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha diseñado el circuito de derivación de los pacientes con patología del Raquis y establecido una entrada única para toda la patología del Raquis desde la Atención Primaria del Sector II.
- Se ha puesto en marcha la Interconsulta Virtual (ICV) desde la que se recomienda, según protocolos consensuados, cuándo el paciente tiene que seguir tratamiento y control en A. Primaria y Fisioterapia de A. Primaria, cuándo solicitar una prueba complementaria y el momento, según la clínica, de realizar la ICV a la A. Especializada. Tras revisión de la ICV, se deriva para valoración en Unidad de Musculo-esquelético o en consultas específicas de Raquis en el S. de Rhb HUMS (en cada consulta con protocolos específicos de tratamiento). Si la información presenta signos de alarma, se recomienda remisión a S. Urgencias. La derivación desde la A. Especializada por patología de Raquis se remite por interconsulta en papel y se revisan y remiten a las consultas de UME o Rhb para valoración previa. Las derivaciones de otros centros hospitalarios se realizan a través de las Comisiones de Raquis de esos centros. De esta manera se canaliza de forma homogénea toda la patología de Raquis.
- Se han realizado 19 reuniones. No se han realizado actas de cada reunión. En su lugar se ha realizado la evaluación y registro de todos los casos remitidos a la comisión
- Se han realizado 3 sesiones clínicas con los S de Angiología y Cirugía Vascul, Medicina Interna y Medicina Física y Rehabilitadora del Hospital Universitario Miguel Servet.
- No se ha conseguido establecer un programa de Sesiones clínicas coordinado con los médicos de atención primaria
- % pacientes revisados en Comisión que son vistos en Consulta externa: 88%*
- % pacientes revisados por la Comisión que se incluyen en LEQ: 19%**

*Revisión del registro de pacientes vistos en la Comisión. Total de pacientes revisados 550 por la Comisión menos los pacientes devueltos o archivados= pacientes vistos en consulta.

**Dato orientativo. Al no figurar en todos los pacientes vistos por la Comisión el AR, se ha cruzado la relación de pacientes vistos en ella contra todos los pacientes en LEQ y todos los que han salido de LEQ en 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0120

1. TÍTULO

CONTINUACIÓN DEL PROYECTO "GESTIÓN CLÍNICA DEL RAQUIS" EN 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es un proyecto de continuación que se comenzó en el año 2018. Se ha constituido una Comisión de Patología del Raquis, con la participación de RHB, Unidad de Columna y Neurocirugía. Se ha conseguido coordinar el manejo de la patología del Raquis, establecer una cartera de servicios común para los servicios implicados en el tratamiento de esta patología y que las derivaciones de otros Centros aporten la información suficiente para que se proceda a la valoración por la citada Comisión.

Se ha iniciado la coordinación con el Servicio de Urgencias para la adecuación del tratamiento e ingresos. También con la Unidad del Dolor, para no repetir valoraciones y/o tratamientos.

Se está trabajando en el protocolo de derivación a la Unidad Neurorradiología para la realización de vertebroplastias.

Se ha iniciado una consulta específica de fractura vertebral por fragilidad en el Servicio de Medicina física y Rehabilitación.

Serán objetivos a abordar durante el año 2020 la consolidación y seguimiento del circuito de derivación de los pacientes con patología del raquis, la continuación del trabajo de coordinación iniciado con el Servicio de Urgencias, con la Unidad del dolor y la Unidad de Neurorradiología y el establecimiento de los criterios de derivación a la consulta específica de fractura vertebral.

También el abordaje del programa de sesiones en Centros de Salud, que por diversas razones no se pudo realizar durante el año 2019.

Por todo ello, se considera adecuada la continuidad del proyecto y su inclusión en el Acuerdo de Gestión del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, como impulsor del mismo.

7. OBSERVACIONES.

A destacar la dificultad para establecer y coordinar el programa de sesiones en los Centros de Salud dada la gran presión asistencial.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/120 ===== ***

Nº de registro: 0120

Título
GESTION CLINICA DE LA PATOLOGIA DE RAQUIS

Autores:
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, LAHUERTA LORENTE MARIA LOURDES, GARCIA RUIZ MARIA TERESA, CARMEN GARCES MARIA ESTHER, LANZUELA VALERO MANUELA, MARTIN HERNANDEZ CARLOS, ARAGÜES BRAVO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El dolor de raquis representa un importante problema de salud en el entorno de los países desarrollados por su alta prevalencia y repercusión socioeconómica, generando un alto número de consultas a diferentes profesionales, una elevada utilización de los recursos sanitarios y causa frecuente de absentismo laboral. La prevalencia real difiere según los estudios y existe gran variabilidad en su estimación debido a las diferentes definiciones de dolor lumbar y métodos empleados para la recogida de la información. Actualmente, en relación con las derivaciones por patología musculoesquelética realizadas desde Atención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0120

1. TÍTULO

CONTINUACIÓN DEL PROYECTO "GESTIÓN CLÍNICA DEL RAQUIS" EN 2019

Primaria a Atención Especializada, el 40% lo son por patología de raquis, existiendo una gran variabilidad no sólo en los criterios de derivación sino también en el manejo de esta patología tanto en su diagnóstico como en su tratamiento por los diferentes profesionales y especialidades (rehabilitación, unidad de columna de traumatología, neurocirugía, unidad del dolor). En el 2017 se realizaron en el HUMS 8500 consultas por patología de raquis en los servicios de traumatología y rehabilitación. Las entradas en el registro de demanda quirúrgica desde los servicios de traumatología y neurocirugía fueron de 1450, con una demora media para intervención quirúrgica superior al año.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención que se presta a los pacientes con patología de raquis a través de una vía clínica que establezca el tratamiento más adecuado en el lugar y momento correcto para cada paciente mediante un trabajo colaborativo entre todos los profesionales sanitarios implicados y consensuar criterios de inclusión en el RDQ.

MÉTODO

- Elaboración del mapa de proceso de la patología de raquis.
- Revisión de la cartera de servicios de procedimientos y técnicas de intervencionismo de columna vertebral.
- Constitución de una Comisión de Columna vertebral que valorará todos los casos que sean subsidiarios de precisar tratamiento quirúrgico.
- Favorecer la comunicación entre profesionales a través de la creación de una agenda virtual de recepción de derivación a la comisión y elaboración de una plantilla informatizada de solicitud de colaboración.

INDICADORES

- % pacientes derivados a la comisión con plantilla de solicitud cumplimentada =20%
- N° comisiones de columna vertebral anuales =12
- % pacientes intervenidos valorados por la comisión de columna 100%
- % disminución de entradas en Registro de Demanda Quirúrgica respecto al año anterior =10%
- % pacientes intervenidos por patología de raquis en menos de 1 año 100%

DURACIÓN

- 1º trimestre 2018: elaboración mapa proceso y constitución comisión
- 2º- 3º trimestre: revisión cartera procedimientos, elaboración plantilla y agenda virtual. Comunicación a profesionales e implementación
- 4º trimestre: evaluación de resultados y propuestas mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0209

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA GARCES CARDOS
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA
DEL PIE DIESTRE NURIA
SANCHO GARCIA MARIA MAR
VALER PELARDA ANA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la constitución oficial del grupo de mejora hasta Febrero de 2019, se realizaron las siguientes actividades:

- Elaboración de los protocolos siguientes que han sido presentados a la Comisión de Cuidados de Enfermería estando actualmente en proceso de evaluación:
 - o Protocolo de confección de asiento de yeso para niños
 - o Protocolo de confección de bipedestadores de yeso para niños
- Adquisición de los materiales necesarios para la confección de los dispositivos de posicionamiento de yeso.
- Realización de los diferentes dispositivos de posicionamiento: asientos, standings (bipedestadores) y ministandings
- Valoración del grado de satisfacción de los padres a través de una escala Likert adaptada para dicho propósito con 5 niveles que van desde "muy insatisfecho" a "muy satisfecho".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

- Nº de dispositivos realizados:
 - o Asientos pélvicos: 15
 - o Standings (bipedestadores): 22
 - o Mini-standings: 4
- Escala de satisfacción de la familia: del número total de encuestas de satisfacción entregadas a los padres, se ha obtenido un 95.45% de resultados positivos [36.36 % con puntuación media = 3 (aceptable) y un 59.09 % = 4, (satisfecho y muy satisfecho)]

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo considera que es muy importante continuar este proyecto en el futuro ya que a los pacientes les proporciona un importante beneficio terapéutico, que supone una mejora en la calidad asistencial prestada.

Además de los beneficios terapéuticos, los sistemas de posicionamiento con yeso tienen la ventaja de su bajo coste económico, teniendo en cuenta, que por la edad de estos pacientes y su rápido crecimiento deben ser sustituidos cada seis meses aproximadamente.

7. OBSERVACIONES.

Además de los resultados positivos obtenidos en las encuestas de satisfacción cumplimentadas por los padres, como fisioterapeutas afirmamos que la incorporación de estos dispositivos a nuestro trabajo diario y al ámbito domiciliario del niño, permite alcanzar de forma más temprana los objetivos de tratamiento, lo que se traduce en un menor número de sesiones en el hospital, y en una mayor autonomía y bienestar del niño. La evidencia científica actual ha demostrado que el uso de estos dispositivos de forma continuada contribuye a mantener o aumentar la densidad ósea y favorecer el desarrollo acetabular promoviendo un desarrollo musculoesquelético adecuado.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/209 ===== ***

Nº de registro: 0209

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0209

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

Título

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

Autores:

GARCES CARDOS MARIA TERESA, DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA, SANCHO GARCIA MARIA MAR, VALER PELARDA ANA CARMEN, DEL PIE DIESTRE NURIA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: AUMENTO DE LA EFICACIA A BAJO COSTE PARA EL SISTEMA SANITARIO Y PARA LAS FAMILIAS

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestra práctica diaria, nos encontramos con niños que por su diversa patología (parálisis cerebral infantil, hipotonías inespecíficas, enfermedades neuromusculares...), no tienen un buen control postural, lo que les impide el desarrollo de otras habilidades tales como la manipulación, alimentación y/o desplazamiento. Del mismo modo, el mantenimiento de posturas incorrectas provoca deformidades, acortamientos músculo-esqueléticos, y que se produzcan cargas asimétricas y posturas compensatorias. Además, la ausencia de bipedestación en niños a partir de 12-15 meses, conlleva el incorrecto modelaje de la articulación de cadera, provocando un gran riesgo de displasia de cadera y subluxación. Los sistemas de posicionamiento elaborados con yeso, nos permiten mantener al niño en una posición adecuada, que facilita funciones básicas como la alimentación y la respiración, así como otras habilidades funcionales como la manipulación, juego... También ayuda a prevenir la aparición de patrones posturales incorrectos incrementando la libertad de movimiento y el bienestar.

La incorporación de estos dispositivos al trabajo fisioterapéutico diario y al ámbito domiciliario del niño, permite alcanzar de forma más temprana los objetivos de tratamiento, lo que se traduce en un menor número de sesiones de tratamiento en el hospital, además de favorecer la autonomía del niño y aumentar su bienestar y el de su familia.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la eficacia del tratamiento fisioterápico en este perfil de pacientes y dotarles de la máxima autonomía posible.

La población diana sería:

- EDAD: niños hasta tres años de edad o hasta escolarización en colegios de educación especial o de integración motora.
- SEXO: ambos sexos.
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES: Cualquier patología que provoque alteraciones en la postura de sedestación, o implique la necesidad de colocar en bipedestación a un niño que no es capaz de mantener esta posición, o al menos, no de una forma correcta. Patologías en las que se haga necesario trabajar ajustes posturales en cadera y tobillo para mejorar el equilibrio.

MÉTODO

- Identificación precoz de los niños a los cuales un sistema de posicionamiento les facilitaría la consecución de sus funciones básicas y habilidades funcionales.
- Realización de una valoración individualizada para decidir cuál es el sistema de posicionamiento más adecuado para su caso.
- Elaboración del dispositivo con vendas de yeso, moldeándolas sobre el cuerpo del niño, para poder personalizarlo y ajustarlo a las necesidades particulares de cada uno.

INDICADORES

Indicadores:

- Nº de dispositivos realizados:
 - o Asientos pélvicos
 - o Standings

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0209

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

- o Mini-standings
- Escala de satisfacción de la familia: se utiliza una escala Likert con 5 niveles que van desde "muy insatisfecho" a "muy satisfecho".

La evaluación se realizará anualmente.

DURACIÓN

Se realizará una formación en la realización de estos dispositivos de posicionamiento a todos los fisioterapeutas que trabajan en la Unidad de Fisioterapia Infantil.
La actividad no será programada, sino que se llevará a cabo cuando se detecte la necesidad de realizar algún tipo de sistema de posicionamiento en los pacientes.
El grupo tiene vocación de perdurar en el tiempo puesto que se trata de una mejora en la calidad asistencial de estos pacientes.

OBSERVACIONES

Además de los beneficios terapéuticos, los sistemas de posicionamiento con yeso tienen la ventaja de su bajo coste económico, teniendo en cuenta, que por la edad de estos pacientes y su rápido crecimiento deben ser sustituidos cada seis meses aproximadamente.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0955

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ELVIRA PEZONADA UTRILLA
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOU MORENO CRISTINA
DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO
FERNANDEZ SIMON FATIMA
RAMO CERVERA MARIA PILAR
LAFUENTE SERRANO VIRGINIA
FERRANDO MARGELI MERCEDES
JARIOD GAUDES RICARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la creación del grupo de trabajo se han registrado los datos de los pacientes tanto de Daño Cerebral Adquirido (DCA) como de Lesionados Medulares (LM) de la planta de Neurorehabilitación (NRHB), cumplimentando el 87,5% de los pacientes de DCA y el 84% de los pacientes de LM según los formatos diseñados en el grupo de mejora. Se han realizado las correspondientes reuniones del equipo multidisciplinar, convocadas los jueves a las 14:00 horas, formando parte de ellas una Terapeuta Ocupacional, una Fisioterapeuta, una Enfermera de la planta, una TCAE de la planta, y un Celador. En dicha reunión se ponen en común los logros de los pacientes en sus objetivos, así como las incidencias de la semana, la colaboración con las familias y la comunicación del equipo entre sí. La terapeuta ocupacional se encarga de la recogida de los nuevos objetivos que tiene que alcanzar el paciente, y cumplimenta las hojas de registro de control y de objetivos de los avances del paciente en su proceso de rehabilitación. Las hojas de objetivos se reparten cada una a su correspondiente paciente para que ellos y sus familias trabajen todo el día las habilidades conseguidas durante las terapias. Otra copia se entrega al equipo de enfermería para estar informadas de dichos avances, y otra copia queda recogida en una carpeta para que el resto de profesionales puedan informarse de los objetivos conseguidos. La hoja de control queda en la carpeta para uso exclusivo de los diferentes profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES

· N° de pacientes de DCA:
Año 2017.....44 pctes.
Año 2018.....50 pctes.
· N° de pacientes de L.M.
Año 2017.....48pctes.
Año 2018.....42pctes.

Media de semanas de tratamiento de Pacientes DCA

En el año 2017 las medias fueron:

· TRIMESTRALES.-1TRIMESTRE.....2,4 SEMANAS/PCTE
2 TRIMESTRE.....5,3 SEMANAS/PCTE
3 TRIMESTRE.....5,1 SEMANAS/PCTE
4 TRIMESTRE.....4,4 SEMANAS/PCTE

· ANUAL.....7,8 Semanas de tratamiento por paciente.

En el año 2018 las medias fueron:

· TRIMESTRALES.-1TRIMESTRE.....2,3 SEMANAS/PCTE
2 TRIMESTRE.....3,5 SEMANAS/PCTE
3 TRIMESTRE.....6,8 SEMANAS/PCTE
4 TRIMESTRE.....3,4 SEMANAS/PCTE

· ANUAL.....4,3 Semanas de tratamiento por paciente.

Media de semanas de tratamiento de Pacientes L.M.

En el año 2017 las medias fueron:

· TRIMESTRALES.-1TRIMESTRE.....2,3 SEMANAS/PCTE.
2 TRIMESTRE.....4,8 SEMANAS/PCTE.
3 TRIMESTRE.....13,3 SEMANAS/PCTE.
4 TRIMESTRE.....12,1 SEMANAS/PCTE.

· ANUAL.....9,5 Semanas de tratamiento por paciente.

En el año 2018 las medias fueron:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0955

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION

- TRIMESTRALES.-1TRIMESTRE..... 2,7 SEMANAS/PCTE.
2 TRIMESTRE..... 5,7 SEMANAS/PCTE.
3 TRIMESTRE..... 5,1 SEMANAS/PCTE.
4 TRIMESTRE..... 8 SEMANAS/PCTE.
- ANUAL.....5,8 Semanas de tratamiento por paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda demostrado que la implicación por parte de pacientes y familiares en su tratamiento, así como la comunicación semanal entre el equipo multidisciplinar es importante para el la consolidación de los objetivos marcados por parte de las diferentes terapias. El tiempo de tratamiento se ve reducido considerablemente, por lo que se reduce el número de semanas del paciente ingresado en la planta de Neurorehabilitación.

7. OBSERVACIONES.

La tendencia actual a considerar al paciente como un agente activo en su proceso de salud es la base de este proyecto de mejora, de tal forma que la implicación de las personas con problemas de DCA y LM y sus familiares en el proceso de rehabilitación tiene resultados positivos tanto en la reducción del tiempo de tratamiento como en la calidad y cantidad de los avances.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/955 ===== ***

Nº de registro: 0955

Título
EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION

Autores:
PEZONADA UTRILLA ELVIRA, LOU MORENO CRISTINA, DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO, FERNANDEZ SIMON FATIMA, RAMO CERVERA MARIA PILAR, LAFUENTE SERRANO VIRGINIA, FERRANDO MARGELI MERCEDES, JARIOD GAUDES RICARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes con Daño Cerebral Adquirido (DCA) y Lesión Medular (LM) ingresados en la planta de neurorrehabilitación (PNR) del H. M. Servet de Zaragoza (HUMS), no incorporan habilidades conseguidas durante las sesiones de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional durante el resto de la jornada. Los pacientes con DCA y LM, ingresados en la PNR del HUMS, que reciben tratamiento de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia, consiguen durante las sesiones aumentar su nivel de autonomía. Cuando vuelven a la habitación, retoman el rol de paciente pasivo que precisa mucha ayuda del personal de la planta y de sus familiares.

PROFESIONALES/PACIENTES AFECTADOS

? Pacientes LM ingresados en la PNR del HUMS.
? Pacientes con DCA ingresados en la PNR del HUMS.
? Familiares y cuidadores de los pacientes con DCA y LM ingresados en la planta de neurorrehabilitación del HUMS
? Enfermeras, TCAE y celadores de la planta de neurorrehabilitación del HUMS.
? Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas.

CAUSAS

Por parte de personal de planta, hay un desconocimiento de las habilidades del paciente, por la falta de comunicación entre profesionales.
Por parte del paciente tiene una actitud pasiva en la mayoría de los casos, debido a la creencia de que esta en el hospital para estar atendido en todas sus necesidades, así no pone en marcha sus aprendizajes y porque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0955

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION

la familia suele ser sobre protectora.

CONSECUENCIAS

- ? El proceso de autonomía del paciente se alarga.
- ? Aumenta el tiempo de ingreso.
- ? Dificultad de los familiares y cuidadores para manejar la situación de discapacidad del paciente.
- ? Sobrecarga del personal de la planta.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar y mejorar el grado de conocimiento del personal de la planta de las habilidades del paciente.

Conseguir que el paciente ingresado en la planta de neurorrehabilitación, integre las habilidades adquiridas con el tratamiento en las unidades de Terapia ocupacional, Fisioterapia, Logopedia y Enfermería, para su aplicación durante su estancia en el hospital durante toda la jornada.

MÉTODO

- ? Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar de los profesionales implicados, una terapeuta ocupacional, una fisioterapeuta, una TCAE, un enfermero y un logopeda. Este grupo estará liderado por la terapeuta ocupacional que será asignada según necesidades del servicio.
- ? Diseño de un formato "Hoja control habilidades adquiridas por pacientes con DCA" basado en una modificación de la escala Barthel, para recoger y transmitir la información sobre las habilidades del paciente con DCA a todo el personal de las diferentes unidades.
- ? Diseño de un formato "Formato Hoja control habilidades adquiridas por pacientes con LM" basado en una modificación de la escala SCIM, para recoger y transmitir la información sobre las habilidades del paciente con LM a todo el personal de las diferentes unidades.
- ? Diseño de un formato de objetivos semanales a conseguir por el paciente, para transmitir la información a estos y a sus familiares.
- ? La terapeuta ocupacional asignada, recoge información de logopedas, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas sobre las habilidades adquiridas por los pacientes durante la semana en las sesiones de tratamiento y las anota en los formatos anteriormente citados que quedan a disposición de todos los profesionales para su consulta y modificación. Será la responsable de custodiar los formatos y transcribir los datos al formato digital. Se le asignarán 2,5 horas semanales dentro de su jornada laboral para actualizar la información y solventar las incidencias.
- ? Todos los profesionales anotarán los cambios u observaciones sobre los avances de los pacientes en estos formatos.
- ? El grupo multidisciplinar se reunirá una vez a la semana. Se pone en común en qué punto del tratamiento está y cómo evoluciona el paciente, si ha conseguido los objetivos semanales, así como los objetivos específicos a conseguir marcados para la siguiente semana. Se revisan también las incidencias que surgen entre el equipo de enfermería (TCAE y enfermeras) y los pacientes al aplicar la recuperación integral continuada.
- ? Todos los integrantes del equipo son los encargados de transmitir la información relevante a sus compañeros, así mismo, los diferentes profesionales se encargarán de informar a los pacientes/familiares de los objetivos a conseguir en sus respectivas áreas.

INDICADORES

- ? % de pacientes ingresados en la planta de neurorrehabilitación de los que se cumplimentan los formatos correspondientes.

Numerador: nº de pacientes con los formatos cumplimentados

Denominador: nº de pacientes totales ingresados en la planta de neurorrehabilitación.

Estándar: 95%

- Número de semanas que tarda el paciente en utilizar en la planta los objetivos propuesto por el equipo.
Nº de semanas: 2

DURACIÓN

Actualmente al grupo de trabajo está constituido y se han diseñado los formatos. Se recogerán los datos del segundo semestre de 2018, para evaluar la eficacia de la medida adoptada. Si se demostrara su eficacia se instaurará en el servicio como práctica habitual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0955

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1496

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GARCIA GALAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
ARAGÜES BRAVO CARLOS
PEÑA GIMENEZ ANA
SIGÜENZA ARNEDO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha presentado el proyecto en sesión clínica en los servicios de Rehabilitación y Hematología. Por motivos ajenos y no poder disponer de una consulta compartida, las consultas se comenzaron en enero. Por ello no se han realizado todavía los indicadores. En cuanto al documento informativo estamos en fase de redacción, estando en breve disponible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha creado un grupo de trabajo con facultativos de los servicios de Rehabilitación y Hematología así como enfermería de Hematología.
Se ha puesto ya en marcha una consulta conjunta, con periodicidad mensual, en la que se valoran pacientes hemofílicos. Por el momento solo aquellos que tienen afectación osteoarticular manifiesta ya conocida. Se irá haciendo extensible, progresivamente, a los recientemente diagnosticados para incidir en la prevención. La consulta ha tenido una muy buena acogida por parte de los pacientes. Está pendiente realizar la encuesta de satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se organizó un curso de formación dirigido a ambos servicios, impartido por hematólogos y rehabilitadores de la Unidad multidisciplinaria de Hemofilia del Hospital La Paz.
En la actualidad se trata de un proyecto sostenible, dado que las necesidades materiales no son costosas :
podoscopio, ecógrafo (ya disponible)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1496 ===== ***

Nº de registro: 1496

Título
ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA

Autores:
GARCIA GALAN MARIA JOSE, FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA, CALVO VILLAS JOSE MANUEL, ARAGÜES BRAVO CARLOS, PEÑA GIMENEZ ANA, SIGÜENZA ARNEDO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Hemofilia A y B
Línea Estratégica ..: Eficiencia
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1496

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA

La afectación osteoarticular en los pacientes con hemofilia puede ocasionar un deterioro de la calidad de vida de los mismos. En las formas graves un 90% de los episodios hemorrágicos afectan al sistema musculo-esquelético, estando afectadas diferentes articulaciones en el 80%. Los episodios iniciales de hemartros se producen en la infancia al iniciar la deambulación y se pueden reiterar a lo largo de toda la vida del paciente. Un factor crítico para evitar la artropatía hemofílica es la detección y el tratamiento precoz de la afectación del sistema musculo-esquelético en los pacientes con hemofilia.

El objetivo primordial en estos pacientes es mantener las articulaciones con el rango articular libre, mejorar el tono muscular, así como prevenir secuelas y deformidades que puedan causar incapacidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Establecer una asistencia multidisciplinar y colaborativa al paciente hemofílico entre el servicio de Rehabilitación y el de Hematología del HUMS.
2. Prevenir la afectación articular en los pacientes hemofílicos atendidos en el Hospital Miguel Servet.
3. Detección precoz de los signos de afectación articular hemofílica (inflamación, sinovitis y/o artropatía establecida). Identificar los pacientes con artropatía establecida que puedan beneficiarse de terapia rehabilitadora.
4. Establecer un tratamiento precoz en los pacientes con criterios de terapia rehabilitadora.

MÉTODO

1. Crear un grupo de trabajo entre los servicios de Hematología y Rehabilitación.
2. Establecer una consulta conjunta mensual entre los servicios de Hematología y Rehabilitación del HUMS para la atención del paciente con hemofilia.
3. Confeccionar un documento informativo para prevenir o mejorar las manifestaciones osteoarticulares de la hemofilia.
4. Presentación del proyecto de mejora en sesión clínica a los servicios implicados.
5. Encuesta de satisfacción a los pacientes.

INDICADORES

- Número de pacientes con hemofilia A y B graves atendidos en consulta de Rehabilitación /Número total de pacientes con hemofilia grave.
Objetivo: 50% pacientes el primer año
- Número de pacientes hemofílicos que inician el tratamiento rehabilitador en menos de 28 días / Número de pacientes hemofílicos a los que se pauta tratamiento rehabilitador.
Objetivo: 80% de los pacientes que inician rehabilitación en < 28 días
- Realización de un documento informativo consensuado entre los servicios de Hematología y Rehabilitación.
Objetivo: documento realizado y difundido.

DURACIÓN

- Consolidar el grupo de trabajo multidisciplinar: Septiembre 2018.
- Crear consulta multidisciplinar: Octubre 2018.
- Elaborar documento informativo: Diciembre 2018.
- Valoración de indicadores: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0892

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 (2015) EN REHABILITACION NEUROLÓGICA -U. LESIÓN MEDULAR Y U. DAÑO CEREBRAL - DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE RICARDO JARIOD GAUDES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRANDO MARGELI MERCEDES
HIDALGO MENDIA BEGOÑA
MARTITEGUI JIMENEZ ELENA
TERRER PEREZ ISABEL
CERCADILLO ISLA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Ordenar y completar la documentación en ULME y UDCA (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable Elena Martitegui y Ricardo Jariod. Marzo 2019. Recursos propios.
- 2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora. Responsable: Ricardo Jariod. Isabel Terrer. en reuniones de equipo trimestrales. Acta trimestral.
- 3.- Especificar las áreas de interés creando un procedimiento operativo por área. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando. Marzo 2019. Recursos propios.
- 4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos en ULME y UDCA: nuevas revisiones. Diciembre 2019. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo.
- 5.- Supervisión de indicadores y objetivos por procedimientos operativos. Responsable Ricardo Jariod. Elena Cercadillo. Diciembre de 2019 Recursos propios.
- 6.- Seguimiento de indicadores. Cuadro de mando. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer. trimestral. Recursos propios.
- 7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Marzo-Mayo 2019. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando. Isabel Terrer.

Al final de todo ello se consiguió mantener la certificación ISO:9001/2015 año 2019, tras la auditoria externa de Mayo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EL PROYECTO permite secuenciar mediante indicadores los procedimientos operativos clave de Neurorehabilitación.

INDICADORES comparativa 2016- 2019:

- 1.- Satisfacción Global REHABILITACION - NEUROLÓGICA- 2016:9,1; 2017:9,05;2018: 9,48 Y 2019: 8,37.
- 2.- RHB- NEUR. HOSPITALIZACION. Ocupación de camas: 2016: 70,27; 2017: 56,81;2018: 54,5 Y 2019: 63,57
- 3.- RHB-CEX RHB NEUR. Indice de sucesivas/primeras: 2016: 25,05; 2017: 12,11;2018: 7,62 Y 2019: 10,25
- 4.- RHB- NEUR- TERAPIAS. Tiempo diario de terapias: 2016: 0.8; 2017: 0.8;2018 X Y 2019:X
- 5.- RHB POSTGRADO: entrevista trimestral formalizada: 2016: 100; 2017: 100;2018 100 Y 2019: 100.
- 6.- RHB FORMACION CONTINUADA: Existencia de plan: 2016: SI; 2017: SI;2018 SI Y 2019: SI
- 7.- RHB PREGRADO: encuesta de satisfacción estudiantes. 2016: 9,45; 2017: 9,45;2018 9,1 Y 2019: 9,4
- 8.- RHB Neur. HOSPITALIZACION. Resultado: 2016: X; 2017: 0,9,28;2018: 1,007; 2019:0,918

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS 2019

1. Mejorar el NPR del fallo: contagio agentes patógenos/Aislamiento: se ha conseguido disminuir NPR en 20%
2. Realizar, entregar y analizar el resultado de encuesta de satisfacción de cliente interno. Se recibieron Al menos 20 encuestas de al menos 3 servicios diferentes, con un índice global de satisfacción superior a 8/10.
3. Realizar, y difundir documento con criterios de ingreso y alta de procesos más habituales. Se realizaron criterios de ingreso. Queda pendiente para 2020 criterios de alta.

INCIDENCIAS: Se han recogido y analizado un total de 22 incidencias en relación con la Sección de Rehabilitación Neurológica en el año 2019, destacando 4 de Coordinación interna, 3 de coordinación con otros servicios, 3 por mala calidad de material, y 2 de problemas administrativos.

NO CONFORMIDADES. En el análisis de no conformidades 2019 destacaron:

- No existencia de un canal de comunicación al personal del Plan de Contingencia
- a pesar del control de la capacitación del personal, no existe un registro ni se pueden tomar medidas cuando hay personal no capacitado.
- anomalías puntuales en el control documental.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La progresiva convergencia en documentación y procedimientos de la ULME y UDCA con el resto del Servicio de Rehabilitación intenta disminuir los fallos de coordinación interna declarados como primera causa de incidencias. La rigidez del sistema en recursos humanos y materiales limita la implantación de cambios en los procesos operativos ULME y UDCA. Toda la información está registrada en las consiguientes REVISIÓN POR LA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0892

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 (2015) EN REHABILITACION NEUROLÓGICA -U. LESIÓN MEDULAR Y U. DAÑO CEREBRAL - DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

DIRECCIÓN de los años 2018 y 2019. como recomendaciones y acciones de mejora pendientes destacan:

1. Creación de un procedimiento operativo "HOSPITAL DE DÍA" para realizar allí procedimientos diagnósticos y terapéuticos por el área médica y de enfermería, ahora realizadas en CEX-ULME. Implica modificaciones arquitectónicas de poco calado -suprimir un tabique- asumible con recursos propios actuales del hospital,
2. Creación de un PLAN DE TELE-REHABILITACIÓN asociado a la apertura de HOSPITAL DE DÍA, para el seguimiento por parte de enfermería del plan de cuidados de pacientes en colaboración con atención primaria (ejemplo: foto de úlceras por presión en evolución, etc) Objetivo: seguridad del paciente, mejorar accesibilidad -desplazamientos de pacientes etc....-
3. Creación de DESPACHO MÉDICO RHB NEUROLÓGICA: Ampliación de la actual sala de trabajo despacho ULME - avanzar un tabique- para integrar allí a los médicos del actual despacho UDCA. Objetivo: facilitar intercambio de información en pacientes de rehabilitación neurológica.
4. Reubicación actual SALA DE CEX ULME a actual despacho UDCA. Sólo precisa reinstalación de grúa de techo y tomas de oxígeno/aspiración desde habitación contigua y traslado de armarios y equipos informáticos. Objetivo: evitar la espera en pasillo de pacientes para CEXULME.
5. Reutilizar la actual sala CEX ULME como despacho de información a pacientes y familiares. Objetivo: Seguridad/confidencialidad del paciente.
6. MEJORA DEL USO DEL ÁREA DE TERAPIAS en la planta RHB NEUROLÓGICA Objetivo: disminuir las incidencias derivadas de mala coordinación interna, incrementar el nº de horas de terapia al día y mejora de resultados (eficacia terapéutica) con medios tecnológicos más avanzados, como realidad virtual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/892 ===== ***

Nº de registro: 0892

Título
ACTUALIZACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 (2015) EN REHABILITACION NEUROLOGICA (UNIDAD DE LESION MEDULAR Y UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
JARIOD GAUDES RICARDO, FERRANDO MARGELI MERCEDES, HIDALGO MENDIA BEGOÑA, MARTITEGUI JIMENEZ ELENA, TERRER PEREZ ISABEL, CERCADILLO ISLA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: CALIDAD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En junio de 2017 se consiguió la certificación ISO:9001 (2008) para la Secc. de RHB Neurológica del Servicio de RHB del HUMS. El equipo ha trabajado desde el año 2014 actualizando procedimientos, instrucciones técnicas, formatos, y documentos internos y externos. En 2018 se realizó la adaptación a la versión 2015 del sistema ISO:9001, que debe actualizarse en 2019

RESULTADOS ESPERADOS
reevaluar nuestros procedimientos, responsabilidades e indicadores en seguridad del paciente a través de un P.O. de gestión de riesgos -matriz de riesgo y análisis DAFO-, permitiendo acciones de mejora y nuevos objetivos. Algunos de los objetivos de 2018 no pudieron finalizarse, por lo que es necesario abordarlos en 2019, p.e: desarrollo de la encuesta de satisfacción del cliente interno, cuyos resultados pretendemos ofrecer en 2019

MÉTODO
El mantenimiento del sistema ISO se ha incluido en años anteriores en el acuerdo de gestión clínica del S. de RHB con el Hospital. Las actividades a desarrollar serán:
1.-Ordenar y completar la documentación.
2.- Cambiar el circuito de análisis de incidencias y verter resultados en reunión de equipo, planteando

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0892

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 (2015) EN REHABILITACION NEUROLÓGICA -U. LESIÓN MEDULAR Y U. DAÑO CEREBRAL - DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

acciones de mejora y objetivos.

- 3.- Recálculo del NPR de la matriz de riesgo del procedimiento de gestión de riesgo.
- 4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos: nuevas revisiones.
- 5.- Seguir la evolución de indicadores y objetivos de los P.O. Tabla de mando.
- 7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa.

INDICADORES

Indicadores	estandar	objetivo
1.- Satisfacción Global REHABILITACION - NEUROLÓGICA-		>8
2.- RHB- NEUR. HOSPITALIZACION. Ocupación de camas	>60%	>60%
3.- RHB-CEX RHB NEUR. Índice de sucesivas/primeras	<14	<14
4.- RHB- NEUR- TERAPIAS. Tiempo diario de terapias	>3	>2
5.- RHB POSTGRADO: entrevista trimestral formalizada	>90	>90
6.- RHB FORMACION CONTINUADA: Existencia de plan	Si	Si
7.- RHB PREGRADO: encuesta de satisfacción	>8 sobre 10	>8 sobre 10
8.- RHB Neur. Eficiencia HOSPITALIZACION. Resultado:	>0,75	>0,5

DURACIÓN

Las reuniones de equipo se producen trimestralmente. En primer semestre de 2019 se sucederá la auditoría interna -prevista 21/03/2019-, revisión por la dirección y auditoría externa. Según el calendario propuesto, la certificación ISO:9001 (2015) se espera en el segundo semestre 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1378

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE TRIS ARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEÑA GIMENEZ ANA
ORELLANA GARCIA RAQUEL
MACIA CALVO MONICA
GARCIA CASTILLO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los niños que el pediatra de Atención Primaria remite por una alteración ortopédica no traumática para valoración al Servicio de Rehabilitación son atendidos en U.M.E o en Consulta de Rehabilitación Infantil.

Se han realizado reuniones entre los médicos rehabilitadores de la Unidad de Rehabilitación Infantil y los médicos rehabilitadores de las UME de los ambulatorios de Ramón y Cajal y San José con la finalidad de realizar un análisis de las patologías ortopédicas más frecuentes en nuestras consultas remitidas por pediatría del centro de Salud con la finalidad de realizar un protocolo de actuación en dichas patologías basadas en la evidencia científica.

Dado que las Unidades de Musculo-esquelético de los ambulatorios del Sector II son de relativa nueva creación era necesaria una protocolización de la derivación de las patologías que se podían enviar a dichas consultas o a consulta de rehabilitación Infantil.

Se recogieron los diagnósticos y datos de filiación de los niños remitidos de la consulta de UME del ambulatorio Ramón y Cajal y de la consulta de rehabilitación Infantil del HUNS.

En las UME la patología que se remitió con mayor frecuencia fue alteraciones de los pies y dentro de estas el pie plano valgo.

En consulta de rehabilitación infantil la Torticolis congénita seguida de marcha idiopática de puntillas y alteraciones torsionales y angulares de MMII

Las actitudes escolióticas y dismetrías se remitieron por igual a ambas consultas.

Se realizó una revisión basada en la evidencia científica de los diagnósticos y tratamientos de dichas patologías.

- Torticolis congénita
- Marcha idiopática de puntillas
- Alteraciones torsionales y angulares de miembros inferiores
- Actitudes escolióticas y Dismetrias de MMII
- Alteraciones pies

Una vez revisada bibliografía de estos procesos se ha realizado un protocolo de exploración sistemática, derivación seguimiento y tratamiento en U.M.E o/y Rehabilitación Infantil.

Según el cronograma que se adjuntó se han cumplido los objetivos que se presentaron hasta febrero de 2020.

Quedan pendientes las actividades que en el cronograma se realizaron a partir de marzo como son la realización de documentos informativos, su presentación al servicio de Rehabilitación en sesión para su incorporación a la asistencia en consultas de UME y RHB infantil

La edad es un factor indicativo sobre la frecuencia y el tipo de alteración ortopédica que va a aparecer en el niño. El médico conoce a qué edad se manifiestan los problemas más prevalentes y se pone más énfasis en su diagnóstico para afrontar las medidas oportunas.

Estas alteraciones ortopédicas en algunos casos pueden ser parte de una enfermedad conocida o no (PCI, Distrofia muscular, retrasos madurativos, tumor cerebral) e incluso primera manifestación clínica de alguno de estos procesos. En el extremo opuesto se tratara de trastornos menores que originan preocupación en la familia pero que no suelen tener repercusión funcional o sintomática en el niño.

La exploración detenida y el conocimiento de la historia natural nos orientara el diagnóstico y el tratamiento adecuado en cada caso.

Sí la exploración nos orienta a que la alteración detectada es un signo o síntoma de otra patología más grave se solicitarán las pruebas complementarias necesarias y /o se remitirán a neuropediatría, neurocirugía o Cirugía ortopédica y la actuación rehabilitadora estará determinada por el diagnóstico principal.

La historia natural o evolución natural es el cambio que ocurre en una alteración postural, deformidad, síndrome o enfermedad sin intervenir actuación médica alguna. En el momento actual es muy difícil encontrar publicaciones sobre este aspecto en la mayoría de los casos, porque la mayoría de los pacientes son tratados. Sin embargo sí hay referencias sobre el cambio que ocurre en las estructuras del miembro inferior a lo largo del crecimiento del niño y que son de gran utilidad para orientar a los padres y para justificar la abstención terapéutica en situaciones muy comunes y ofrecer a los padres la correspondiente explicación y estar dispuesto a vigilar la evolución espontánea.

Existe poca evidencia científica sobre las intervenciones terapéuticas en estas áreas por falta de estudios bien diseñados, fundamentalmente por falta de grupo control así como por la dificultad añadida ya comentada por variabilidades en la historia natural del crecimiento normal del niño.

Se presenta un breve resumen de los protocolos realizados con las conclusiones.

RESUMEN ACTUACIÓN REHABILITACIÓN ALTERACIONES ORTOPEDICAS

Torticolis congénita:

Derivar a consultas de rehabilitación Infantil del HUMS donde se realizara el seguimiento y tratamiento.

Diagnostico diferencial:: Descartar retraso psicomotor, alteraciones tono muscular, ENM

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1378

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

Tratamiento: Normas y ejercicios domicilio y/o fisioterapia en Unidad de RHB

Marcha de puntillas idiopática (ITW: Idiopathic Toe Walking)

Es un diagnóstico excluyente dado a los niños sanos que caminan sobre los dedos de los pies o metatarsos después de la edad en que normalmente deberían realizar marcha talón-punta. La mayoría de las guías consideran ITW a partir de los dos años de edad.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad neurológica o neuromuscular subyacente (PCI, Distrofia muscular...), Patologías ortopédicas (Pie equino congénito) y Autismo (Se ha asociado el caminar puntillas con trastornos del espectro autista)

Tratamiento:

Remitir UME si persiste ITW en mayor de 3 años. Recomendaciones de calzado y ejercicios

Si en revisión no mejora o presenta un ángulo dorsiflexión tobillo mayor o igual a 0° remitir Rehabilitación Infantil donde según edad o interferencia en la deambulación se relizaran diferentes pautas terapéuticas:

Estiramientos gastrocnemio y sóleo bajo supervisión de los padres o profesionales de la salud

Yesos seriados

AFO articulado/férula nocturna

Onabotulinumtoxin tipo A asociado a yesos o férulas nocturnas

En revisión Cochrane comparando tratamiento con yesos seriados solo o TBA + yesos. Todos los pacientes mejoraron después del tratamiento en todos los parámetros pero los resultados fueron demasiado inciertos para determinar si un tratamiento es mejor que el otro.

Si persistencia de retracción aquilea en mayores de 5 años a pesar de tratamiento rehabilitador remitir a Cirugía Ortopédica

Deformidades Torsionales y Angulares de Extremidades Inferiores

Se remitirán a UME donde se debe realizar una valoración completa en bipedestación desde la cadera hasta los pies con el fin de valorar:

- si las rodillas están giradas hacia la línea media
- Existencia de torsión tibial,
- Medir la distancia intermaleolar y entre los femorales internos;
- Evaluación visual de la marcha y establecer el perfil rotacional: ángulo de progresión del pie (diferencia entre el eje longitudinal del pie y la línea de progresión de la marcha),
- En decúbito prono medir el ángulo muslo-pie y el ángulo de rotación femoral interna y externa.

Los diagnósticos más frecuentes:

Genu varo:

Los menores de un año presentan un varo fisiológico. Las rodillas se alejan en la línea media lo que conlleva aumento de la distancia entre los cóndilos femorales. Es fisiológico y se resuelve de forma espontánea hasta los 2 años.

Derivar a UME si empeora a partir de esta edad, es unilateral o si la distancia entre los cóndilos femorales internos es superior a 5 cm (descartar raquitismo, enfermedad de Blount).

Genu valgo:

El varo fisiológico evoluciona a valgo fisiológico.

Las rodillas se juntan en la línea media y aumenta la distancia entre los maléolos tibiales. Frecuente entre los 2 y los 10 años, se debe derivar a UME si la distancia intermaleolar es mayor de 10 cm, si es asimétrico o aparece en edades no fisiológicas. Si no es así explicar a la familia que no precisa tratamiento

Enfermedad de Blount:

La enfermedad de Blount es una deformidad proximal de la tibia. la Observación de la progresión de la deformidad es el mejor indicativo. En casi todos los casos, la progresión de la deformidad está bien definida hacia los 3 -4 años, y se podrá hacer el diagnóstico con mayor fiabilidad. No antes. El tratamiento será quirúrgico y precoz una vez llegado al diagnóstico. Derivar Cirugía Ortopédica Hospital Infantil

Genu flossum:

La persistencia de la flexión de rodilla por encima de los 6 meses de edad nunca es fisiológica.

Por lo que se derivara Rehabilitación Infantil

Genum recurvatum:

Derivar Rehabilitación Infantil ante la sospecha de existencia de patología de base (anomalías graves del sistema neuromuscular, las artrogriposis congénitas múltiples y las condrodistrofias)

Anteversión femoral o rotación femoral interna

Se debe informar a la familia de la alta probabilidad de resolución espontánea al final del crecimiento.

Sólo un 1% de los casos precisa osteotomía desrotatoria, nunca antes de los 9 años. Desaconsejar sentarse con las piernas en "W". Hay discrepancias entre especialistas respecto a si las medidas posturales y ejercicios de rotación externa ayudan a la corrección.

La marcha en rotación interna del niño no es susceptible de tratamiento alguno, más que la observación, y puede derivarse a U.M.E. en el caso de que en el control de la marcha este alterado bien al caminar o bien al correr y provoca que el niño tropiece, en edades superiores a los 8 años.

Rotación femoral externa:

Derivar a U.M.E. si persiste a los 5 años de vida o si el ángulo muslo-pie es < a -10°.

Torsión tibial interna:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1378

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGÍAS ORTOPÉDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA

Derivar cuando la torsión tibial lateral excesiva no se corrige de forma espontánea con el crecimiento, sino que empeora. Se manifiesta con frecuencia en la niñez tardía, presentando dolor de rodilla como síntoma principal además de la marcha divergente y posible inestabilidad femoropatelar.

Actitudes escolióticas y dismetrías de MMII:

Actitud escoliótica: Desviación en el plano frontal de la columna menor de 10°, sin rotación vertebral. No produce gibosidad. Puede deberse a dolor, desviaciones posturales o dismetrías leves de EEII.

Es necesario descartar una dismetría de EEII, en caso de no existir, no será necesaria la solicitud de Rx ni la derivación a consulta de Rehabilitación.

La Cifosis Postural es un incremento flexible de la cifosis dorsal, en ausencia de displasias óseas y enfermedades metabólicas.

No precisa derivación a menos que aparezcan dolores raquídeos importantes con episodios de reagudización

Dismetría de MMII:

Discrepancia o diferencia en la longitud de los miembros inferiores, por exceso (Hipermetría), o lo que es más frecuente por defecto (Hipometría)

Se protocoliza exploración para diferenciar dismetrías aparentes o estructurales.

Dismetrías menores de 1,5 cm no suele requerir tratamiento corrector, ya que no provocan trastornos funcionales de la marcha ni sobre la columna.

Dismetrías mayores de 1,5 cm (o menores que presenten sintomatología, como dolor), requieren derivación a Rehabilitación, para pautar tratamiento correctivo con alza ortopédica y seguimiento.

Alteraciones de los pies:

El pie plano flexible es la causa de consulta más frecuente en la edad pediátrica. Se caracteriza por disminución de la bóveda plantar en carga.

La mayoría de los pies planos (90%) son pies planos flexibles.

Diagnóstico diferencial: pies planos por alteraciones neuromusculares, los pies planos congénitos por alteraciones óseas, coaliciones tarsianas (son una de las causas más comunes de pie plano rígido en la edad pediátrica)

El pie plano flexible o benigno, ocurre en niños de más de 4 años (en menores es fisiológico) cuando al soportar el peso del cuerpo, desaparece el arco longitudinal del pie. Si esto no se acompaña de retropié valgo o si este es menor de diez grados, no necesita tratamiento.

Hasta los 4 años el tratamiento del pie plano con valgo moderado de calcáneo es un calzado adecuado (zapatos con contrafuerte firme y antepié flexible), además de ejercicios de tonificación de la musculatura de las extremidades inferiores (fundamentalmente que se muevan).

Se recurre al uso de distintas modalidades terapéuticas (ejercicios, modificaciones en el calzado y ortesis) si:

-presencia de dolor

-exceso de valgo (más de 15°)

-alteración de la postura y/o marcha

Pie plano rígido secundario a astrágalo vertical se indica el uso de AFO pasiva en termoplástico con apoyos en el arco longitudinal interno y el 5° metatarsiano para evitar acortamiento del tendón de Aquiles y contractura de peroneos, así como de FO (foot orthoses) semirrígida con cuña interna en talón, arco longitudinal y tope en pared lateral para el 5 metatarsiano

Pie plano asociado a tendón de Aquiles corto (flexión dorsal menor 10°) puede producir dolor y discapacidad en adolescentes y adultos.

Pie cavo esencial: Suele ser familiar, pero si el pie cavo es muy evidente o llamativo hay que descartar una enfermedad neurológica subyacente (sobre todo si es progresivo y asimétrico)

Diagnóstico diferencial: Pie cavo por alteraciones neuromusculares y por alteraciones osteomusculares congénitos o traumáticas.

Tratamiento conservador: Estiramientos activos y pasivos de la musculatura plantar corta, potenciación de músculos lumbricales e interóseos, prensión de dedos, reeducación de la marcha en rampa. Ortesis plantares con apoyo retrocapital y cuña pronadora si asocia varo de talón. El calzado, ha de ser cómodo y ancho, con suela blanda que absorba las cargas y con control del retropié

Se propone derivar a Unidad de Musculo Esquelético:

- Pie plano doloroso o con exceso de varo/valgo en niños menores de 5 años

- Pie plano en mayor de 5 años con maniobras negativas (Jack, Coleman, Fonseca...) o varo/valgo de retropié mayor a 10°.

- Pie varo mayor 10°

- Pie valgo mayor 10-15°

- Pie cavo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado todas las actividades propuestas en el cronograma hasta la fecha.

Las fechas propuestas en el cronograma de los indicadores que se relacionan a continuación son de marzo a septiembre 2020:

- Presentación y entrega del protocolo de seguimiento y tratamiento de las patologías ortopédicas infantiles más relevantes en sesión Servicio de Rehabilitación y Medicina Física para su incorporación a la asistencia en consultas de UME y RHB Infantil

- Porcentaje de niños a los que se aplica el protocolo creado en las derivaciones infantiles al Servicio de Rehabilitación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1378

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

. Presentación y entrega de documentos informativos sobre las fases y variantes de la normalidad del desarrollo fisiológico de MMII para su incorporación a la asistencia en consultas de UME y RHB Infantil

Bibliografía:

- A Guide Idiopathic Toe Walking <http://www.seattlechildrens.org/pdf/PE1532S.pdf>
Aguilera L, M.Alonso, J.Álvarez. Protocolo de Salud Infantil. Atención al niño de Salud Madrid
Blanco I, Ferrero Méndez A, Aguilar Naranjo JJ, Climent Barberá JM, Conejero Casares JA et al. Manual SER-MEF de Rehabilitación y Medicina Física. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006, pp 703-714
Caserta AJ, Pacey V, Fahey MC, Gray K, Enbelbert RHH, Williams CM. Interventions for idiopathic toe walking. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 10. Art. No.: CD012363
Conejero Casares J A. Exploración ortopédica infantil. Pediatría Integral 2014; XVIII(7): 478-487
Espinosa Jorge J, Arroyo Riaño Mª O, Martín Maroto P, Ruiz Molina D, Moreno Palacios J A. Guía Esencial de Rehabilitación Infantil. Editorial Panamericana. 2012
Fred Dietz, MD and Songsak Khunsree, MD. Iowa Orthop J 2012; 32: 184-188
Idiopathic Toe Walking
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/toe-walking/symptoms-causes/syc-20378410>
Idiopathic Toe Walking: To Treat or not to Treat, that is the Question
Lozano Martin C, Cobos Pradas M R, Martínez De la llana O, Campos Alonso O, Lopez Vinagre E. Propuesta de protocolo para seguimiento ortopédico infantil en Atención Primaria. Hospital de Cruces.
Lynn T. Staheli. Pediatric orthopaedic secrets. 2nd edition. Philadelphia. Hanley & Belfus INC. 2003. P. 223
Redondo García Mª Á, Conejero Casares J A. Rehabilitación Infantil. Editorial Panamericana. 2012.
Rome K, Ashford RL, Evans A. Non-surgical interventions for paediatric pes planus (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010
Sabharwal S. Blount disease. J Bone Joint Surg Am. 2009 Jul;91(7):1758-76.11 Shinohara Y, Kamegaya M, Kuniyoshi K, Moriya H. Natural history of infantile tibia vara. J Bone Joint Surg Br 2002; 84: 263-268.
Salenius P. The development of the tibiofemoral angle in children. J Bone Joint Surg 1975; 57- A: 260.
S.E.R.I.Libro de las jornadas científicas de la Sociedad Española de Rehabilitación Infantil, Volúmen I" (Sevilla 2011).
Viladot R, Cohí O, Clavell S. Ortesis y prótesis del aparato locomotor. 2.1. Extremidad inferior. Barcelona. Mas-son. 2002. 143.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora considera que la actualización y protocolización realizada, basada en las recomendaciones científicas, de las alteraciones ortopédicas remitidas por el Pediatra de atención primaria, nos permitirá atender a los niños con la máxima fiabilidad y eficiencia, evitando consultas improductivas, dando el mejor consejo a los padres e indicando tratamiento rehabilitador únicamente en aquellas patologías que la precisen. Un diagnóstico preciso y un tratamiento correcto evitará tratamientos inadecuados o abusivos tanto de fisioterapia como de ortesis así como la sobrecarga de consultas innecesarias. Han quedado pendientes las actividades que en el cronograma se indicaron se realizarían de marzo a septiembre: Sesión informativa Servicio rehabilitación y documentos informativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1378 ===== ***

Nº de registro: 1378

Título
PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

Autores:
TRIS ARA MARIA JOSE, PEÑA GIMENEZ ANA, ALZUET LAZARO VANESA, ORELLANA GARCIA RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1378

1. TÍTULO

PROTOKOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La patología ortopédica infantil comprende un grupo de procesos que habitualmente son motivo de consulta frecuente al médico rehabilitador. Se ha detectado consultas innecesarias al Servicio de Reahabilitación que sobrecargan y alargan las lista de espera por situaciones que muchas veces son variaciones de la normalidad durante el crecimiento y que retrasan la atención de aquellas patologías que si precisan nuestra atención. Es necesario conocer la historia natural de la evolución del crecimiento normal así como de las diferentes patologías y de los procesos con los que hay que realizar un diagnóstico diferencial.

Realizar un protocolo de actuación basado en las recomendaciones científicas más actualizadas nos permitirá atender a los niños con la máxima fiabilidad y eficiencia, evitando consultas improductivas, dando el mejor consejo a los padres e indicando tratamiento rehabilitador únicamente en aquellas patologías que la precisen. Un diagnóstico preciso y un tratamiento correcto evitara tratamientos inadecuados o abusivos tanto de fisioterapia como de órtesis así como sobrecarga de consultas innecesarias.

RESULTADOS ESPERADOS

Durante el crecimiento y desarrollo infantil el esqueleto evoluciona desde un esbozo cartilaginoso hasta la madurez ósea. En este proceso se producen en ocasiones variantes de la normalidad que por su intensidad provocan preocupación en las familias de los niños y como consecuencia numerosas consultas a pediatría, rehabilitación y cirugía ortopédica.

Un protocolo de actuación conjunto para nuestras consultas de Unidad de Musculo Esquelético de los ambulatorios de especialidades y de Rehabilitación Infantil mejoraría la atención, controles evolutivos fiables, derivaciones y tratamientos innecesarios.

En este primer año se realizaría un protocolo de seguimiento/actuación en Rehabilitación para en un segundo año ampliar a consensuar en las patologías que así lo precisen con cirugía ortopédica infantil y finalmente pediatría de Atención Primaria.

MÉTODO

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Reuniones entre los médicos rehabilitadores de las U.M.E y Rehabilitación Infantil:

Realizar un análisis de las patologías ortopédicas infantiles más frecuentes en nuestras consultas.

Revisión basada en la evidencia científica de los diagnósticos y tratamientos rehabilitadores de dichas patologías.

Realizar un protocolo de seguimiento que incluirá una exploración sistemática y el tratamiento de las patologías que así lo precisen

Realizar documentos informativos sobre las fases y variantes de la normalidad más frecuentes del desarrollo fisiológico normal.

Presentación de dichos protocolos en sesión clínica en el Servicio de Rehabilitación

INDICADORES

Presentación y entrega del protocolo de seguimiento y tratamiento de las patologías ortopédicas infantiles más relevantes en sesión Servicio de Rehabilitación y Medicina Física para su incorporación a la asistencia en consultas de UME y RHB Infantil

Porcentaje de niños a los que se aplica el protocolo creado en las derivaciones infantiles al Servicio de Rehabilitación.

Presentación y entrega de documentos informativos sobre las fases y variantes de la normalidad del desarrollo fisiológico de MMII para su incorporación a la asistencia en consultas de UME y RHB Infantil

DURACIÓN

Fecha inicio: Octubre 2019 Fecha finalización: septiembre 2020

1º mes: Análisis de las patologías más frecuentes derivadas por Atención Primaria al Servicio de Rehabilitación

2º-3º mes: Revisión basada en la evidencia científica de la exploración, diagnóstico y tratamiento de las patologías ortopédicas infantiles y del desarrollo fisiológico normal

4º-5º-6º mes: Realización de protocolos de seguimiento y tratamiento patologías ortopédicas infantiles.

7º y 8º mes: Realización documentos Informativos

9º mes: Presentación en sesión clínica Servicio de Rehabilitación

10º y 11º mes: Aplicación de los protocolos a los niños citados en Rehabilitación Infantil y en ULME durante este período

12º mes: Estudio del porcentaje de niños a los que se ha aplicado el protocolo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1378

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LAS PATOLOGIAS ORTOPEDICAS INFANTILES DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1465

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL ORELLANA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PECES GONZALEZ NATALIA
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA
MELENDEZ LABORDA ANA
SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR
GARCIA GALAN MARIA JOSE
ALZUET LAZARO VANESA
DEL CAMPO FERNANDEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En UME (Unidad de Musculo Esquelético) de Centro Especialidades de Ramón y Cajal y UME de C. Especialidades San José se debía realizar infiltración no ecoguiada, por no disponer de ecógrafo, de hombro con tendinopatía de manguito rotador y/o bursitis subacromiosubdeltoidea sin signos de rotura tendinosa.
En Servicio de Hospital de Teruel y Hospital de Calahorra se debía realizar infiltración ecoguiada en la patología antes mencionada al igual que en el Servicio de RHB Intervencionista de Hospital Universitario Miguel Servet. Mencionábamos que los criterios de inclusión debían ser: Paciente mayor de 18 años y menores de 65 años con clínica de tendinopatía manguito rotador/bursitis subacromiosubdeltoidea sin signos de rotura tendinosa, balance articular conservado pero doloroso, maniobra de Jobe positiva, no debilidad, radiografía de hombro sin alteraciones valorables e infiltraciones con el mismo tratamiento farmacológico y misma dosis en los distintos centros mencionados.
Se ha intentado recoger muestra de pacientes con los criterios de inclusión antes mencionados para el estudio, pero hemos presentado grandes dificultades. Se observó en los dos primeros meses del estudio (mayo y junio de 2019) que ningún paciente de los centros de especialidades ni del hospital de Teruel, Calahorra y Miguel Servet cumplía los criterios.
Uno de los criterios de inclusión que se incumple es el estudio radiológico sin alteraciones valorables. Casi todos los pacientes presentan alguna alteración radiológica: artrosis acromio-clavicular, lesiones focales en troquíter y/o calcificaciones peri articulares.
Otro de los problemas con los que nos hemos encontrado es que muchos de los pacientes acudían con otros estudios de imagen realizados: ecografía y/o RMN. Motivo por el cual, no podíamos incluirlos, aunque cumplieren el resto de los criterios.
Se añade el problema del control de la infiltración. En el estudio deseábamos controlar a los pacientes a las 6-8 semanas de la infiltración, pero muchos de los pacientes a los que se les realizó la técnica, superaron ese tiempo. La revisión ha sido en mucho de ellos más de 4 meses después y algunos no han sido todavía revisados. Este problema es secundario a la gran presión asistencial que se tiene en nuestro Servicio.
En el tercer mes de recogida de datos se ha decidido recoger toda la patología de hombro valorada en ese mes (julio de 2019) en el Centro de Especialidades de Ramón y Cajal. Dado el fracaso del estudio en cuanto a los criterios de inclusión e indicadores a valorar se ha decidido esta recogida de datos para demostrar la imposibilidad de desarrollar el estudio planteado.
También se ha recogido la muestra de pacientes valorados en el Hospital de Teruel, aunque tampoco se han cumplido los criterios de inclusión en ellos.
En cuanto a la recogida de datos del Centro de Especialidades de San José no ha sido posible por la incapacidad laboral temporal de la responsable. En el Hospital de Calahorra y Servicio de Rehabilitación Intervencionista de Miguel Servet no se han cumplido los criterios de inclusión y a su vez, la clase de fármacos ha sido distinto y la dosis de los fármacos ha sido mayor al que se planteaba en el estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha recogido una muestra de 35 pacientes en el centro de especialidades de Ramón y Cajal del mes de julio de 2019, como se ha explicado en el apartado anterior, sin cumplir los criterios de inclusión.
De ellos, 19 pacientes cumplen el criterio de edad (mayor de 18 años y menor de 65 años) pero 11 de éstos presentan alguna alteración en el estudio radiológico (artrosis acromio-clavicular y/o calcificaciones peri articulares).
De los 8 pacientes que cumplen el criterio de inclusión radiológico, 5 ya disponen de prueba de imagen previa (ecografía y/o RMN). Dos de los pacientes deciden no realizarse la técnica y otro presenta EVA 8 antes de la técnica, pero no ha sido revisado todavía en la consulta.
10 de los 19 pacientes ya disponen de otras pruebas complementarias: 7 les habían realizado ecografía y 3 disponen de estudio de RMN.
A 12 de ellos se les realiza infiltración no eco guiada. 2 rechazan la técnica intervencionista y uno es derivado directamente a Rehabilitación Intervencionista de H. Miguel Servet porque ya había sido infiltrado previamente sin resultados favorables.
Después de 5 meses, 7 de los 12 pacientes infiltrados no han recibido todavía revisión en consulta por lo que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1465

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES

no disponemos de información de su evolución.

De los 5 pacientes sí revisados, 3 no precisan segunda infiltración y 2 sí la precisan por persistir EVA >6.

Teniendo en cuenta la muestra global de 35 pacientes valorados en el mes de julio observamos que la edad media ha sido 62 años. 16 de los 35 pacientes superan la edad de 65 años. Se han valorado 21 mujeres y 14 hombres. 19 pacientes presentan patología en hombro derecho (en todos es la extremidad superior dominante), 11 presentan patología en hombro izquierdo (dos pacientes son zurdos), 5 pacientes tienen afectación en ambos hombros (4 mayores de 65 años y uno de 49 años). 23 de los pacientes presentan alteración en el estudio radiológico y 15 de ellos disponen de estudio de ecografía y/o RMN previo. La valoración de EVA media en primera visita ha sido 6. Los pacientes con EVA <6 han decidido no realizarse la técnica.

Se ha realizado infiltración a 26 pacientes; 13 de ellos no han podido ser revisados para valorar la evolución. De los otros 13 pacientes revisados, 8 no precisan segunda infiltración con EVA postécnica medio de 3. Tres precisan segunda infiltración por persistir dolor con EVA medio 6.

A cuatro pacientes se les solicita más pruebas complementarias. Son pocos pacientes a los que se les solicita más pruebas, pero recordamos quince pacientes de la muestra total ya disponen de estudios de imagen previos. De los 3 pacientes que han precisado segunda infiltración, dos no han sido revisados en consulta y uno ha mejorado la clínica siendo dado de alta. Dos pacientes han sido derivados al Servicio de Rehabilitación Intervencionista del H. Miguel Servet.

En el Hospital de Teruel se ha recogido una muestra pequeña de pacientes para realizar infiltración ecoguiada porque han presentado una avería en el ecógrafo disponible. También ha supuesto una limitación importante los criterios de inclusión en cuanto a edad y el precisar de un estudio radiológico sin alteraciones.

Se ha recogido la siguiente muestra en el Hospital de Teruel: 7 pacientes en edad comprendida entre 35 y 64 años con edad media 51 años. 5 de los 7 pacientes presentan lesiones focales en troquíter en el estudio radiológico. En cuanto al sexo, se han valorado a 6 mujeres y 1 hombre. El hombro más afectado ha sido el derecho y todos los pacientes eran diestros. El EVA medio previo a la técnica ha sido 7 y postécnica 3. Ningún paciente ha precisado segunda infiltración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se pretendía demostrar la rentabilidad del uso de infiltración con guía ecográfica en Centros de Especialidades por el aumento la precisión y eficacia de la técnica. Los objetivos eran el disminuir el número de infiltraciones, el número de consultas y disminuir el número de derivaciones a otros servicios, al igual que disminuir el número de pruebas complementarias a solicitar.

Ha habido un error en la elección de los criterios de inclusión que ha supuesto que haya sido imposible tener una muestra de la que poder sacar unos resultados concluyentes. Pero también se han observado otras dificultades externas que sí podríamos estudiar para corregir en nuestra práctica diaria. Entre ellas:

- Gran número de pacientes acuden con más pruebas complementarias realizadas de las necesarias antes de ser valorados en nuestro Servicio. El resultado de las mismas no va a cambiar nuestra actuación o tratamiento.
- La organización de las revisiones sucesivas en centros de especialidades no está funcionando adecuadamente, siendo el tiempo de revisión de un paciente al que se le ha realizado técnica intervencionista muy superior a 2 meses (en nuestra muestra, la mitad de los pacientes infiltrados no había recibido cita de revisión pasados 5 meses).

Para conseguir una sostenibilidad del proyecto, se deberían de modificar los criterios de inclusión siendo más permisivos en la edad de los pacientes a estudio y en las alteraciones posibles en el estudio radiológico.

Antes de poder plantear una replicación del estudio habría que valorar un cambio en el funcionamiento de las unidades de musculo esquelético. Se está realizando un gran trabajo para conseguir valorar a los pacientes de primera visita en menos de 60 días, pero con este estudio observamos que no se están valorando adecuadamente los pacientes que precisan revisión.

Por otro lado, los pacientes acuden con más pruebas complementarias realizadas de las necesarias. Se debe informar a los médicos de atención primaria de los resultados observados e impartir talleres y definir de protocolos con los médicos de Atención Primaria sobre patología musculo esquelética, junto con los criterios y exploraciones básicas para derivar a UME.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1465 ===== ***

Nº de registro: 1465

Título
ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1465

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES

Autores:

ORELLANA GARCIA RAQUEL, PECES GONZALEZ NATALIA, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA, MELENDEZ LABORDA ANA, SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR, GARCIA GALAN MARIA JOSE, ALZUET LAZARO VANESA, DEL CAMPO FERNANDEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde hace unos años están en funcionamiento Unidades de Musculo-Esquelético (UME) con la función de valorar a pacientes con patología del aparato locomotor que no mejora con tratamiento farmacológico adecuado y/o tratamiento con fisioterapia en atención Primaria. Se dan pautas de ergonomía articular, se ajusta tratamiento farmacológico, se prescriben ayudas técnicas y/o se realizan técnicas invasivas (infiltraciones). En muchas ocasiones, se realizan técnicas intervencionistas guiadas mediante referencias anatómicas que pueden mejorar la intensidad del dolor y capacidad funcional del paciente. A veces, estas técnicas invasivas no son efectivas, precisando 2 o hasta tres infiltraciones. Este fracaso puede deberse a la no visualización correcta de la estructura a infiltrar o error por variabilidades anatómicas que puede tener el paciente. Está demostrado que las técnicas intervencionistas ecoguiadas permiten visualizar en tiempo real estas estructuras anatómicas y sirven para evitar lesionar paquetes y ramas vasculonerviosas, neumotorax en infiltraciones torácicas, lesiones en espacio epidural en infiltraciones de columna. Permiten realizar exploraciones dinámicas en patología osteomuscular. Se aumenta la precisión y eficacia de la técnica a realizar, ya que se evita el error de las variabilidades anatómicas que puedan aparecer y que no se consideran en las técnicas guiadas por referencias anatómicas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Comparar la eficacia de técnica de infiltración ecoguiada y no ecoguiada en una patología habitual en consulta de UME: patología de hombro (tendinopatía del manguito rotador/ bursitis subacromial sin rotura tendinosa)
2. Demostrar la rentabilidad de disponer de ecógrafo en Unidad de Musculo-esquelético en Centro de Especialidades:
 - Disminución de derivaciones a RHB Intervencionista del H. Miguel Servet en patologías de baja dificultad de realización y con seguridad clínica
 - Disminución de número de infiltraciones
 - Disminución de número de consultas
 - Mejora de escala EVA con la técnica ecoguiada

MÉTODO

Se realiza estudio multicéntrico:

- En UME (Unidad de Musculo Esquelético) de Centro Especialidades de Ramón y Cajal y UME de C. Especialidades San Jose donde se realizará infiltración no ecoguiada, por no disponer de ecógrafo, de hombro con tendinopatía de manguito rotador y/o bursitis subacromiosubdeltoidea sin signos de rotura tendinosa.
 - En Servicio de Hospital de Teruel y Hospital de Calahorra donde se realizará infiltración ecoguiada en la patología antes mencionada.
 - En RHB Intervencionista de Hospital Universitario Miguel Servet donde se realizará infiltración ecoguiada en la patología. Se descartarán los pacientes derivados a la Unidad que ya han sido infiltrados previamente por referencia anatómica.
- Criterios de inclusión:
1. Paciente mayor de 18 años y menores de 65 años con clínica de tendinopatía manguito rotador/bursitis subacromiosubdeltoidea sin signos de rotura tendinosa
 2. Balance articular conservado pero doloroso
 3. Maniobra de Jobe positiva
 4. No debilidad
 5. Radiografía de hombro sin alteraciones valorables.
 6. Las infiltraciones se realizarán con el mismo tratamiento farmacológico y misma dosis en los distintos centros mencionados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1465

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE TECNICA INTERVENCIONISTA ECOGUIADA FRENTE A TECNICA GUIADA POR REFERENCIAS ANATOMICAS EN PATOLOGIA DE HOMBRO. RENTABILIDAD DEL USO DE ECOGRAFO EN CENTROS DE ESPECIALIDADES

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con capacidad cognitiva deteriorada y/o trastornos psiquiátricos
2. Pacientes con EVA igual o menor a 3
3. Alergia a anestésicos y/o corticoides
4. Aquellos que rechacen la técnica

INDICADORES

Se recogerá:

1. Edad
2. Sexo
3. Patología a tratar: tendinopatía de manguito rotador/bursitis subacromiosubdeltoidea sin signos de rotura.
4. Brazo dominante: diestro/zurdo
5. Hombro afectado: derecho/izquierdo
6. EVA (escala analógica visual) antes y después de la técnica/s.
7. Número de infiltraciones para la patología (espaciadas 6-8 semanas).
8. Número de consultas por la misma patología.
9. Solicitud de pruebas complementarias: ecografía/RMN.
10. Derivación a otros Servicios por fracaso de la técnica.

Se evaluará:

1. Control del dolor con técnicas de bloqueo/infiltración ecoguiadas comparado con técnicas no ecoguiadas (EVA antes y después de la técnica)
2. Número de infiltraciones con técnicas ecoguiadas comparado con técnica no ecoguiada
3. Número de consultas por la misma patología.
4. Solicitud de pruebas complementarias: ecografía/RMN.
5. Derivación a otros Servicios por fracaso de la técnica

DURACIÓN

La recogida de datos se realizará durante 8 meses, desde mayo de 2019 hasta diciembre de 2019 incluido. Se estima que se recogerá una muestra de 100 a 150 pacientes

OBSERVACIONES

En Centro Especialidades Ramón y Cajal y San José: sala de curas con material específico para la infiltración.
En Hospital de Calahorra, Hospital de Teruel, RHB Intervencionista de Hospital Universitario Miguel Servet: sala de curas equipada con ecógrafo, fundas de ecógrafo, material específico para infiltración

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0667

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CANAL DE DERIVACION RAPIDA DE PATOLOGIA AUTOINMUNE DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS DEL Sº DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM)

Fecha de entrada: 20/03/2018

2. RESPONSABLE CARLOS VAZQUEZ GALEANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELTRAN AUDERA CHESUS
LESTA ARNAL ALVARO
MARZO GRACIA JESUS
MEDRANO SANILDEFONSO MARTA
MERIÑO IBARRA ERARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto de calidad como tal no se llegó a iniciar porque fue transformado en otro, en concreto en el que esta registrado con el número 2016_1432

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ninguno

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ninguna

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/667 ===== ***

Nº de registro: 0667

Título
IMPLEMENTACION DE UN CANAL DE DERIVACION RAPIDA DE PATOLOGIA AUTOINMUNE DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM)

Autores:
VAZQUEZ GALEANO CARLOS, CASORRAN BERGES MARTA, LESTA ARNAL ALVARO, PECONDON ESPAÑOL ANGELA, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, MARZO GRACIA JESUS, BELTRAN AUDERA CHESUS, MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología Autoinmune, debuta con sintomatología tanto articular, en un alto porcentaje de los casos, como extraarticular, siendo preciso un alto índice de sospecha para saber reconocer los signos y síntomas de debut. Siendo la Atención Primaria la primera línea de atención de nuestro Sistema Sanitario, parece coherente habilitar un canal de captación activa de pacientes con sospecha de Enfermedad Autoinmune Sistémica (EAS) por parte de los profesionales de este sector

RESULTADOS ESPERADOS
Reconocimiento y Detección precoz de la EAS desde el ámbito de la AP.
Derivación rápida y accesible a las Consultas especializadas en EAS del Sº de Reumatología (EAS-Reum) para implementar un estudio rápido, eficiente e integral del paciente target y coordinar tanto la solicitud de pruebas diagnósticas como la interconsulta con otros servicios potencialmente implicados en su tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0667

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CANAL DE DERIVACION RAPIDA DE PATOLOGIA AUTOINMUNE DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS DEL Sº DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM)

MÉTODO

Presentaciones inicialmente en 5 Centros de Salud pertenecientes a nuestro Sector, con proyección a otros ulteriormente, en función de los resultados; se pretende enfoque práctico focalizado en el reconocimiento de signos clínicos habituales en las EAS . Asimismo, dar a conocer la EAS-Reum en el ámbito de la AP, poniéndonos a su disposición para la recepción ágil y eficaz de los casos de sospecha de EAS .
Las presentaciones serán realizadas por miembros de la EAS- Reum desplazados a los propios centros de salud .

INDICADORES

- Índice de primeras visitas bajo epígrafe EAS -Reum/Total de primeras visitas
- Número de casos de sospecha EAS remitidos desde cada centro de Salud implicado en el proyecto.

DURACIÓN

- Comenzará a implementarse a primeros de 2017, inicialmente con idea de mantenerse a lo largo de este año .
- Se comenzaría en Enero con las charlas informativas por parte de los reumatólogos en los centros de salud correspondientes.
 - A partir de febrero se iniciaría período de implementación de derivaciones, de forma progresiva .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1432

1. TÍTULO

ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS. CANAL DE DERIVACION

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MANERO RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PECONDON ESPAÑOL ANGELA
VAZQUEZ GALEANO CARLOS
MEDRANO SANILDEFONSO MARTA
LESTA ARNAL ALVARO
HIGES HIGES ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos creado una vía de derivación/atención específica desde AP para pacientes con sospecha de enfermedades autoinmunes a través del sistema On Line de citaciones que empezó a funcionar a finales de diciembre 2017. La agenda/consulta a la que son remitidos para su estudio, es la denominada TREUM6, que tiene una frecuencia, de momento, de 1 día por semana.
Estamos dando a conocer dicha agenda a través de un documento informativo que se anexa en los contactos on line con los facultativos de AP.
Hemos creado una pequeña base de datos para poder evaluar los indicadores.
Y estamos ahora en el proceso de confección de protocolos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que se trata de un proyecto que acaba de arrancar, solo podemos dar de forma preliminar los siguientes resultados:
1-Desde la apertura de la agenda a finales de diciembre del 2017 hasta el momento presente, han sido remitidos por esta vía un total de 32 pacientes.
El tiempo de demora ha sido de <7 dias para los pacientes preferentes y de < 15 dias para las derivaciones normales.
El porcentaje de pacientes que ya han sido diagnosticados de alguna conectivopatía es del 16% (2 LES, 1 ESP, 1 Sínd CREST, 1 síndr antisintetasa).
Así mismo otro 16% de pacientes han sido alta (con informe en HP-Doctor) al descartarse proceso autoinmune. Están en proceso de estudio el resto, entre ellos un 29% que tenían como síntoma guía un sínd de Raynaud, precisando también capilaroscopia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pensamos que esta nueva forma (on line) de agendar a estos pacientes ha abierto una gran oportunidad para ordenar y mejorar la atención específica de estos pacientes en nuestro servicio.

Queda aun bastante trabajo por realizar y conclusiones a las que llegar porque estamos en una fase muy incipiente del proyecto. Entre otras cosas, están en fase de realización los protocolos de actuación y han quedado pendientes la evaluación de satisfacción de pacientes y facultativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1432 ===== ***

Nº de registro: 1432

Título
ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM). CANAL DE DERIVACION RAPIDA DESDE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, PECONDON ESPAÑOL ANGELA, VAZQUEZ GALEANO CARLOS, MERIÑO IBARRA ERARDO, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, HIGES HIGES ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1432

1. TÍTULO

ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS. CANAL DE DERIVACION

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La patología Autoinmune, debuta con sintomatología tanto articular en un elevado porcentaje de los casos, como extraarticular, siendo preciso un alto índice de sospecha para saber reconocer los signos y síntomas de debut. Siendo la AP la primera línea de atención en nuestro Sistema Sanitario, parece coherente habilitar un canal de captación activa de pacientes con sospecha de Enfermedad Autoinmune Sistémica (EAS) por parte de nuestro servicio de Reumatología.

RESULTADOS ESPERADOS

1. La consecución de una mejora continua de la comunicación y colaboración con Atención Primaria que ayude a reconocer y detectar precozmente las EAS en dicho ámbito. .
2. Derivación rápida y accesible a nuestras Consultas monográficas de (EAS-Reum), con el empeño inicial de hacerlo en menos de 10 días.
3. Realización eficiente de diagnóstico e inicio precoz del tratamiento de estas enfermedades, coordinando, si fuera preciso desde nuestra unidad, la asistencia con otras especialidades potencialmente implicadas en el manejo clínico-terapéutico de las manifestaciones clínicas de estos pacientes.
4. Aumentar de satisfacción de los pacientes
5. Conocer el grado de satisfacción con esta vía de los facultativos de AP

MÉTODO

OFERTA: Queremos mejorar la calidad de atención al pacientes con sospecha de EAS,

1. Creando una vía de derivación específica
2. Abriendo a AP la agenda de Capilaroscopia de Reumatología
3. Centralizando la atención en una consulta monográfica .
4. Coordinando la atención multidisciplinar del paciente.

ACTIVIDADES:

1. Llevar a cabo presentaciones, inicialmente en 5 Centros de Salud pertenecientes a nuestro Sector, con proyección a otros posteriormente en función de los resultados. Se pretende un enfoque práctico focalizado en el reconocimiento de signos clínicos habituales en las EAS . Las presentaciones serán realizadas por miembros de la EAS- Reum desplazados a los propios centros de salud .
2. Asimismo, dar a conocer la EAS-Reum en el ámbito de la AP, poniéndonos a su disposición para la recepción ágil y eficaz de los casos de sospecha de EAS .
3. Apertura a AP de agenda de Capilaroscopia
4. Colgar en intranet de AP la documentación apropiada
5. Apertura de la agenda para AP de citación para esta vía de canalización
6. Creación de una base de datos para estos pacientes
7. Confeccionar/modificar/mejorar protocolos de actuación para el manejo diagnóstico y terapéutico de estos pacientes en la consulta monográfica basados en guías y consensos.
8. Confección cuestionarios de satisfacción pacientes y facultativos AP
9. Realizar encuestas de satisfacción en médicos de AP
10. Realizar encuestas de satisfacción en pacientes

INDICADORES

Para este primer año realizaremos evaluaciones preliminares centradas en el funcionamiento del canal de derivación

1. Tiempo de demora en la asistencia desde la fecha en que es derivado el paciente (nº días demora: Fecha de remisión desde AP - Fecha de atención en EAS-Reum).
2. Conocer el porcentaje de los pacientes remitidos a esta consulta que presentan una enfermedad autoinmune (nº pacientes con EAS/nº total de pacientes derivados)
3. Frecuencia de las diferentes EAS
 - a. LES (nº LES/nº total EAS)
 - b. Esclerodermia-ESP (nº ESP/nº total EAS)
 - c. Miopatías inflamatorias (nº MI/nº total EAS)
 - d. Sjögren 1ª (nº Sjögren 1º/nº total EAS)
 - e. Vasculitis (nº vasculitis/nº total EAS).
4. Grado de satisfacción del paciente (% de pacientes satisfechos o muy satisfechos)
5. Grado de satisfacción del facultativo de AP con el proyecto (% de facultativos de AP satisfechos o muy

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1432

1. TÍTULO

ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS. CANAL DE DERIVACION

satisfechos)

DURACIÓN

- 1- Presentación canal de derivación/charlas inicialmente en 5 centros de AP en septiembre- octubre del 2017. Responsables: jefe de servicio (Dr Manero); Dres.Pecondón, Vazquez, Meriño, Medrano, Beltran,Lesta.
- 2- Colgar en Intranet de AP documentación en octubre 2017. Responsables: Dr Manero, Dra Pecondón.
- 3- Apertura de agenda capilaroscopias a AP en octubre 2017. Responsables: Dr Manero.
- 4- Apertura de nuestra agenda para la derivación de pacientes: en noviembre 2017. Responsable: Dr Manero.
- 5- Creación de base de datos diagnóstica : septiembre-octubre 2017. Responsables: Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.
- 6- Confección de encuestas de satisfacción, en octubre-noviembre 2017. Responsables: Dres. Pecondon, Vazquez y Meriño.
- 7- Revisar/confeccionar protocolos clinicos durante todo el periodo de duración del proyecto. Responsables: Dr Manero, Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.
- 8- Evaluación preliminar Tiempo de demora en febrero 2018. Responsables: Dra Pecondon, Dr Vazquez y Dr Meriño.
- 9- Evaluación preliminar porcentaje de pacientes correctamente remitidos en febrero 2018. Responsables: Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño
- 10- Evaluación preliminar % Dcos por patologías en febrero 2018. Responsables: Dres. Pecondón, Vazquez y Meriño
- 11- Evaluación grado de satisfacción del paciente en febrero-marzo 2018. Responsables: Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.
- 12- Evaluación grado de satisfacción de los facultativos de AP en abril-mayo 2018. Responsables Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1435

1. TÍTULO

APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ANGELA PECONDON ESPAÑOL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BELTRAN AUDERA CHESUS
MERIÑO IBARRA ERARDO
PEREZ BORAU MARIA ANTONIA
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Después de realizada una revisión bibliográfica hemos confeccionado protocolo donde hemos incluido datos metrológicos clínicos y las áreas articulares a explorar ecográficamente más representativas para valorar actividad.

También disponemos de registro donde los miembros del servicio incluyen datos básicos de los pacientes y que posteriormente serán citados por nuestra secretaria para hacerles la ecografía en fecha próxima a la revisión en la consulta de reumatología

El numero de días para hacer las ecografías ha sido reducido a un día a la semana, en vez de dos por asuntos organizativos internos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La selección de pacientes comenzó una vez terminado el grueso del periodo vacacional, ósea en septiembre del 2017, con los siguientes resultados :

- 1- En este periodo han sido seleccionados para la optimización de fármacos biológicos un total de 22 pacientes con AR establecida sin o con baja actividad clinica, mantenida durante al menos 6 meses.
 - 2- El porcentaje de pacientes en remisión clinica que presentaban señal vascular ecográfica y que por lo tanto no se han sido susceptibles de optimizar dosis ha sido de 65%
 - 3- El porcentaje de pacientes en remisión clinica y ecográfica en los que ha podido optimizarse la dosis del fármaco biológico ha sido del 45%.
- El impacto económico no ha sido aún establecido, porque nuestras expectativas son incluir un mayor numero de pacientes (alrededor de 50)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pensamos que no hemos alcanzado el número de pacientes adecuado, por lo que vamos a continuar con esta línea de calidad al menos durante 6 meses más

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1435 ===== ***

Nº de registro: 1435

Título
APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD

Autores:
PECONDON ESPAÑOL ANGELA, VAZQUEZ GALEANO CARLOS, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, MERIÑO IBARRA ERARDO, PEREZ BORAU MARIA ANTONIA, MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1435

1. TÍTULO

APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La optimización realizada actualmente en la artritis reumatoide tratada con terapia biológica, se basa exclusivamente en datos clínico-biológicos. Estos resultan insuficientes para la optimización de dichas terapias. Hay frecuentes recidivas que pueden ser favorecidas por la falta de remisión o baja actividad de la enfermedad. Un objetivo estratégico del servicio son las terapias biológicas, su optimización adecuada evita la intensificación de los tratamientos, disminuye efectos secundarios y consigue un menor gasto y una mayor satisfacción del paciente. Como addendum, el proyecto NATUC, pendiente de aprobar como cartera de servicios, para realizar anticuerpos antiTNF, permitirá una forma más lógica de optimizar.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera detectar pacientes que estén en remisión/no remisión ecográfica para mejor ajuste de dosis y valorar conseguir mayor eficiencia

MÉTODO

OFERTA DE SERVICIOS:

- 1- Mejora de la eficiencia en pacientes con artritis reumatoide (AR) en remision o baja actividad clinica en el area de terapias biologicas, a traves de estudio ecografico
- 2- Creación agenda de ecografia especifica para pacientes con AR.

ACTIVIDADES :

- 1- Presentación del proyecto en el servicio
- 2- Confeccionar protocolo de exploración ecografica y de seguimiento del paciente
- 3- Crear agenda especifica donde los miembros del servicio puedan citar a los pacientes
- 4- Realización de la ecografias por 2 de nuestros facultativos con ecografo del servicio
- 5- Recogida de datos
- 6- Reuniones trimestrales del servicio para valorar desarrollo del proyecto
- 6- Si es pertinente, prepara trabajos para reuniones o congresos.

INDICADORES

Definición de los indicadores:

1. Porcentaje de pacientes con AR en remisión clinica que no están en remisión ecográfica (nº pacientes con actividad ecográfica/ nº total pacientes remision clinica)x100 y que por lo tanto no se puede disminuir dosis.
2. Porcentaje de pacientes en remisión clinica que están en remisión ecográfica (nº pacientes sin actividad ecográfica/ nº total pacientes remision clinica)x100 y que por lo tanto requieren mayor optimización.

DURACIÓN

- 1- Presentación del proyecto al servicio en junio 2017. Responsable Dr Manero (jefe de Servicio).
- 2- Crear agenda especifica y confeccionar protocolos de exploracion ecografica y de seguimiento clinico: junio-julio 2017. Responsables: Dra Pecondón y Dr Vazquez .
- 3- Realización de ecografias durante junio, julio, septiembre, octubre, noviembre 2017. Responsables Dra Pecondon y Dr Vazquez
- 4- Recogida de datos en noviembre-diciembre 2017. Responsables: Dra Pecondon y el resto de los facultativos del servicio.
- 5- Analisis de impacto economico en diciembre 2017. Responsables Dr Manero, Dra Pecondón.
- 6- Comunicación de resultados a los miembros del servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1435

1. TÍTULO

APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0216

1. TÍTULO

ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VÍA DE DERIVACIÓN ON LINE DE PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ANGELA PECONDON ESPAÑOL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BELTRAN AUDERA CHESUS
LESTA ARNAL ALVARO
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER
MEDRANO SANILDEFONSO MARTA
MERIÑO IBARRA ERARDO
VAZQUEZ GALEANO CARLOS
NIETO VICENTE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La responsable de calidad del servicio confeccionó una plantilla, donde los facultativos que realizaban las consultas on line anotaban diariamente los datos correspondientes a los indicadores del proyecto y que posteriormente era pasada a una hoja de Excel por nuestra administrativa para poder hacer los análisis pertinentes.
Igualmente la Dra. Pecondón ha presentado los resultados parciales de forma cuatrimestral en sesión clínica, donde se comentaban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El nº total de consultas on line realizadas en nuestro servicio de reumatología han sido de 1.650 en el periodo de tiempo de 1 enero 2018 a 31 de diciembre 2018
2. De estas, los pacientes que han sido derivados o citados para visita presencial en alguna de nuestras consultas de reumatología general han sido un total de 855 pacientes, lo que supone el 51,8% con respecto a todas las consultas realizadas on line.
3. Así mismo han sido derivados para visita presencial a alguna de nuestras consultas monográficas un total de 164 pacientes, lo que representa el 10% de todas las consultas realizadas on line.
4. Han sido devueltos a MAP un total de 631 pacientes, que es el 38,2% del total de las consultas on line realizadas
5. De ellas han sido devueltas por no ser adecuadas un total de 314 pacientes (49,8% de los pacientes devueltos). Los resultados parciales de las causas han sido los siguientes:
 - a. Pacientes remitidos con información clínica insuficiente han sido un total de 84, lo que representa el 26,8% de los pacientes devueltos por no ser adecuada dicha información para resolverla on line.
 - b. Pacientes remitidos por esta vía para consultas de revisiones, han sido un total de 71 pacientes, lo que representa 22,6% de los pacientes devueltos por no ser adecuada esta vía on line, ya que estos pacientes se citan en los centros de las consultas.
 - c. Pacientes cuyas características no se ceñían a los protocolos previamente establecidos UME (unidad musculoesquelética) han sido un total de 159, lo que representa el 50,6% de las derivaciones inadecuadas.
6. El número de consultas resueltas correctamente solo por vía on line, sin precisar citación presencial, han sido 178, lo que representa el 10,8% con respecto al número total de consultas on line.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El sistema on line y la información que se deriva nos parece muy interesante

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/216 ===== ***

Nº de registro: 0216

Título
ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VÍA DE DERIVACIÓN ON LINE DE LOS PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Autores:
PECONDON ESPAÑOL ANGELA, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, MERIÑO IBARRA ERARDO, NIETO VICENTE MARIA JESUS, VAZQUEZ GALEANO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0216

1. TÍTULO

ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VÍA DE DERIVACIÓN ON LINE DE PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de salud aragonés ha puesto en marcha recientemente una vía de derivación de los pacientes desde atención primaria a especializada con el objetivo de aumentar la eficiencia y la calidad de la asistencia, a través de una interconsulta on line de los dos niveles. Para nosotros es una oportunidad de mejora en la organización funcional del servicio que nos va a permitir entre otras cosas dirigir de forma más específica determinadas patologías hacia consultas monográficas. Es por eso que queremos recabar información de distintos aspectos, algunos relativos a la actividad y otros para detectar deficiencias de funcionamiento y así poder subsanarlas en el futuro.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Conocer el nº de consultas online recibidas durante el año 2018
2. De ellas hacer un análisis para:
 - a. Saber qué proporción de pacientes han sido remitidos a las consultas de reumatología general
 - b. Conocer qué cantidad hacia las unidades monográficas (EAS, OP, artritis precoz...).
3. Detectar el porcentaje de pacientes cuya derivación no ha sido adecuada y por lo tanto devueltos a AP
 - a. Por falta de información clínica (no se le ha solicitado mínimas pruebas complementarias...)
 - b. Por uso inadecuado de la canalización como es el caso de solicitar revisiones.
 - c. Porque la derivación no se ciñe a los protocolos UME (desconocimiento)
4. Qué cantidad de consultas han sido resueltas completamente por esta vía, sin precisar cita presencial.

MÉTODO

1. Recogida diaria de los datos a través de una hoja de Excel por cada uno de los facultativos que realicen la tarea on line con ayuda de personal administrativo (secretaría), que será la persona encargada de trasladarlos a la hoja de cálculo.
2. Análisis de resultados cuatrimestralmente.
3. Información de los resultados a todos los miembros del servicio en sesión clínica cuatrimestralmente.
4. En relación a los resultados obtenidos, realización de propuestas de mejora por los miembros del servicio y del grupo de mejora.

INDICADORES

1. Nº total de consultas on line realizadas en el año 2018
2. % de pacientes remitidos a las consultas de reumatología general (nº pacientes remitidos a consultas de RG/nº total de consultas on line)
3. % de pacientes derivados a las consultas monográficas (nº pacientes remitidos a unidades monográficas/nº total de consultas on line).
4. Número total de derivaciones no pertinentes, devueltos a AP
5. % de pacientes cuya derivación no ha sido adecuada (nº pacientes devueltos a AP) /nº total de consultas on line)
 - a. % de pacientes remitidos sin información clínica relevante (pacientes remitidos sin información clínica relevante/ número total de derivaciones no adecuadas)
 - b. % uso de canal derivación para revisiones (nº pacientes remitidos por revisiones/ número total de derivaciones no adecuadas)
 - c. % derivaciones que no se ciñen a los protocolos UME (unidad musculo-esquelética) (nº de derivaciones que no se ciñen a los protocolos UME / número total de derivaciones no adecuadas)
6. Nº total de consultas on line resueltas completamente sin precisar citación presencial.
 - a. % de consultas resueltas completamente (nº de consultas resueltas on line /nº total de consultas on line)

DURACIÓN

1. La duración será de un año (2018)
2. Recogida diaria de la información. Responsables Srta. M^a Jesús Nieto Vicente (administrativa) y los facultativos encargados de la recepción de las consultas on line (Dres: Lesta Arnal, Medrano San Ildefonso, Meriño Ibarra, Vázquez Galeano, Pecondón Español)
3. Análisis de los resultados: abril, agosto y diciembre. Responsable Dra. A. Pecondón
4. Información de los resultados a los miembros del servicio cuatrimestralmente en horario de sesión clínica, donde se harán las propuestas de mejora (Responsable Jefe de servicio Dr. Manero).

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0216

1. TÍTULO

ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VÍA DE DERIVACIÓN ON LINE DE PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0217

1. TÍTULO

DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZACION ON LINE

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MANERO RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BELTRAN AUDERA CHESUS
LESTA ARNAL ALVARO
MEDRANO SANILDEFONSO MARTA
MERIÑO IBARRA ERARDO
PECONDON ESPAÑOL ANGELA
VAZQUEZ GALEANO CARLOS
NIETO VICENTE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. El Dr Beltrán, como experto en la materia realizó un documento sobre osteoporosis, que luego fue discutido en distintas reuniones en sesión clínica por el resto del equipo de facultativos y finalmente consensuado en julio del 2018. Dicho documento se realizó en base a las recomendaciones más recientes de diferentes sociedades científicas. En él se responde a las siguientes cuestiones:

- Población de riesgo. Screening DXA (densitométrica)
- ¿A quién tratar?. FRAX. Niveles de riesgo de fractura.
- Opciones terapéuticas
- Cuando remitir a especializada
- ¿Con qué frecuencia y cómo se recomienda hacer el seguimiento? DXA y utilidad de los marcadores de remodelado.

Este documento sirve de soporte de forma interna a nuestros facultativos para responder de forma uniforme a estas cuestiones cuando se realizan por vía on line.

2. Igualmente los Dres J Marzo (como especialista en la materia) y la Dra A. Pecondón realizaron un documento para el manejo de los pacientes con Fibromialgia en Atención Primaria, que fue finalmente consensuado por el resto de los facultativos en julio del 2018.

Dicho documento es el que estamos enviando a los médicos de atención primaria cuando nos solicitan interconsulta on line y que posteriormente en octubre 2018 se remitió a la consejería del Salud, donde están realizando un protocolo multidisciplinar sobre el tema.

3. Por último, la responsable de calidad del servicio confeccionó una plantilla, donde los facultativos que realizaban las consultas on line anotaban diariamente los datos correspondientes a los indicadores del proyecto y que posteriormente era pasada a una hoja de Excel por nuestra administrativa para poder hacer los análisis pertinentes. Los resultados parciales han sido presentados por la responsable de calidad de forma cuatrimestral en sesión clínica, donde se comentaban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El número total de consultas on line recibidas desde abril (momento en que empezamos a recoger información) a diciembre 2018 sobre cuestiones de osteoporosis a partir de abril del 2018 han sido un total de 18.

2. De las cuales se han resuelto sin citación presencial el 67% (un número total de 12).

3. El número total de consultas recibidas on line sobre Fibromialgia (momento en que empezamos a recoger información) desde abril a diciembre del 2018 han sido un total de 83

4. De las cuales se han resuelto sin citación presencial el 100% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora valora muy positivamente el tener documentos que uniformizan respuesta sobre los temas de fibromialgia y osteoporosis

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/217 ===== ***

Nº de registro: 0217

Título
DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZACION ON LINE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0217

1. TÍTULO

DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZACION ON LINE

Autores:
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, MERIÑO IBARRA ERARDO, NIETO VICENTE MARIA JESUS, PECONDON ESPAÑOL ANGELA, VAZQUEZ GALEANO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de salud aragonés ha puesto en marcha recientemente una vía de derivación de los pacientes desde atención primaria a especializada con el objetivo de aumentar la eficiencia y la calidad de la asistencia, a través de una interconsulta on line de los dos niveles.
Para nosotros es una oportunidad de mejora para disminuir la variabilidad en las respuestas a los facultativos de AP en cuanto al manejo de determinadas patologías muy prevalentes: Osteoporosis, Fibromialgia.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Aportar a los facultativos de AP información uniforme desde nuestro servicio sobre el manejo de los pacientes con OP y cuando derivarlos a Reumatología
2. Proporcionar a los facultativos de AP información uniforme desde nuestro servicio sobre el manejo de los pacientes ya diagnosticados de fibromialgia.

MÉTODO

1. Elaboración de documento para el manejo de pacientes con OP, que incluya: información precisa sobre:
 - a. Población de riesgo: Screening densitometría ósea (DXA).
 - b. ¿A quién tratar? FRAX. Niveles de riesgo de fractura
 - c. Opciones terapéuticas.
 - d. ¿Cuándo remitir a especializada?
 - e. ¿Con qué frecuencia y como se recomienda hacer el seguimiento? DXA, utilidad de los marcadores remodelado.
2. Realización de documento sobre el manejo en AP de los pacientes ya diagnosticados de fibromialgia
3. Evaluación del porcentaje de consultas on line que se resuelven correctamente con este formato de respuesta

INDICADORES

1. N° total de consultas on line sobre osteoporosis realizadas a partir de abril del 2018 (antes no disponemos de información)
2. % de consultas on line sobre OP que se resuelven correctamente (n° consultas on line que se resuelven/n° total de consultas on line sobre OP)
3. N° total de consultas on line sobre Fibromialgia realizadas a partir de abril del 2018 (antes no disponemos de información)
4. % de consultas on line sobre fibromialgia que se resuelven correctamente (n° consultas on line que se resuelven/n° total de consultas on line sobre fibromialgia)

DURACIÓN

1. La duración prevista será de marzo 2018 a diciembre 2018.
2. Elaboración del documento sobre manejo de la Osteoporosis que será consensuado después por el resto de los facultativos y el jefe de servicio. Marzo/abril 2018. Responsable de la elaboración Dr. Beltrán Audera.
3. Elaboración del documento sobre manejo de la Fibromialgia, que será consensuado después por el resto de los facultativos y el jefe de servicio. Marzo/abril 2018. Responsable de la elaboración Dr. Marzo Gracia.
4. Análisis de los resultados: junio y diciembre del 2018. Responsable Dra. A. Pecondón
5. Información de los resultados a los miembros del servicio en horario de sesión clínica, donde se harán propuestas de mejora si es caso. (Responsable Jefe de servicio Dr. Manero).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0217

1. TÍTULO

DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZACION ON LINE

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0334

1. TÍTULO

UTILIDAD DE REPETICION DE CRIBADO PARA DETECCION DE INFECCION LATENTE/ACTIVA DE TBC EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS AL REALIZAR CAMBIO DE BIOLOGICO (POR INEFICACIA O ACONTECIMIENTOS ADVERSOS)

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ANGELA PECONDON ESPAÑOL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELTRAN AUDERA CHESUS
LESTA ARNAL ALVARO
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER
MEDRANO SAN ILDEFONSO MARTA
MERIÑO IBARRA ERARDO
VAZQUEZ GALEANO CARLOS
PEREZ BORAU MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al igual que siempre, los facultativos de este servicio han solicitado estudio screening (Rx tórax e IGRA) para descartar infección latente de TBC (ILT) a todos los pacientes que iban a realizar cambio de fármaco biológico en el año 2019 y tenían screening ILT negativos con anterioridad a 1 año (realizados para la indicación/ cambio de biológicos previos).

Se han revisado todos los 42 cuadernillos de los protocolos y los resultados de IGRA/Rx tórax de la historia clínica electrónica de los pacientes de nuestro sector que realizaron cambio de biológico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Después de revisar todos los cuadernillos-protocolo así como información de intranet (historia clínica electrónica) de los pacientes, no se ha detectado que ninguno de los 42 pacientes que han realizado cambio de terapia biológica a lo largo del año 2019 y que previamente tuvieron negativo el estudio de ILT para la indicación de los biológicos anteriores, haya presentado positivización de dichas pruebas (ósea no se ha detectado falsos negativos ni infecciones infra-clínicas TBC) ni tampoco infección tuberculosa activa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El impacto del proyecto es importante, ya que a la vista de los resultados parece que no sería necesario realizar screening para ILT en ese subgrupo de pacientes, a no ser que el paciente tuviera alguna manifestación o contacto sospechoso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/334 ===== ***

Nº de registro: 0334

Título
UTILIDAD DE REPETICION DE CRIBADO PARA DETECCION DE INFECCION LATENTE/ACTIVA DE TBC EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS AL REALIZAR CAMBIO DE BIOLOGICO (POR INEFICACIA O ACONTECIMIENTOS ADVERSOS)

Autores:
PECONDON ESPAÑOL ANGELA, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, MEDRANO SAN ILDEFONSO MARTA, MERIÑO IBARRA ERARDO, VAZQUEZ GALEANO CARLOS, PEREZ BORAU MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0334

1. TÍTULO

UTILIDAD DE REPETICION DE CRIBADO PARA DETECCION DE INFECCION LATENTE/ACTIVA DE TBC EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS AL REALIZAR CAMBIO DE BIOLÓGICO (POR INEFICACIA O ACONTECIMIENTOS ADVERSOS)

PROBLEMA

El uso de terapias biológicas y más recientemente de pequeñas moléculas (Jakinib) en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias/autoinmunes (artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartritis, artritis idiopática juvenil, ...) ha supuesto un gran paso en el tratamiento por su eficacia, aunque su empleo como también pasa con otros fármacos inmunosupresores, implica un aumento del riesgo de infecciones, en particular tuberculosis (TB) sobre todo con fármacos anti-TNF, como se puso pronto en evidencia con la farmacovigilancia.

Es por eso que en pacientes, candidatos a tratamiento con fármacos anti-TNF, se estableció realizar un estudio obligatorio para detección de infección tuberculosa latente (ILT) que incluye anamnesis dirigida a dilucidar antecedentes de TB o infección latente (tratada o no con anterioridad), búsqueda de evidencias de TB previa en la Rx de tórax y realización de Tuberculina./IGRA.

En base a la vulnerabilidad de estos pacientes frente a la TB cuando se hallan en tratamiento con biológicos (sobre todo anti-TNF), podría parecer prudente repetir el cribado cada vez que se hace cambio de biológico (ya sea por ineficacia o por acontecimientos adversos), siempre y cuando haya pasado un periodo superior a 1 año con respecto al previo.

Según datos disponibles no estaría indicado como estrategia diagnostica repetirlo en los pacientes que han sido negativos en el screening del primer biológico y tampoco durante el tratamiento. Solo se aconseja repetir dicho cribado si se producen cambios en la sintomatología clínica o tras una posible exposición a M. tuberculosis en viajes a zonas de alta endemia. A pesar de lo cual continua cierto goteo de pacientes que estando con terapia biológica desarrollan una tuberculosis .

RESULTADOS ESPERADOS

Analizar si después de al menos 1 año de un cribado, la repetición, del estudio radiológico de tórax y el IGRA a los pacientes que precisen cambio de biológico y que fueron negativos para ILT en el anterior o anteriores biológicos, revela:

- 1º Falsos negativos: ósea el nuevo screening detecta positividad de IGRA o alteraciones en Rx tórax
- 2º Infecciones activas TBC infra-clínicas.

MÉTODO

- Durante el 2019, a todos los pacientes que precisen cambio de fármaco biológico y que tengan screening ILT negativo realizado con anterioridad a 1 año, se les realizara por protocolo, repetición de Rx tórax y el IGRA
- Se revisaran los cuadernillos de los protocolos y analizaran resultados 2 veces al año.
- Se presentaran los resultados a los componentes del servicio también 2 veces al año.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes que positivizan screening para ILT. Subanálisis por enfermedades
- Porcentaje de pacientes que desarrollan TBC. Subanálisis por enfermedades
- Relación entre resultado de la repetición del screening y el desarrollo de tuberculosis.

DURACIÓN

En principio la duración del proyecto será de 1 año, aunque podría ampliarse según los resultados.

Todos los facultativos del servicio serán los encargados de solicitar la repetición del screening a los pacientes anteriormente descritos.

La Dra Pecondon será la encargada de recoger la información, realizar los análisis, así como la presentación de los resultados a los componentes del servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0335

1. TÍTULO

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFILIXIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MANERO RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELTRAN AUDERA CHESUS
LESTA ARNAL ALVARO
MEDRANO SAN ILDEFONSO MARTA
MERINO IBARRA ERARDO
PECONDON ESPAÑOL ANGELA
VAZQUEZ GALDEANO CARLOS
ANDRES COLL ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Dr Manero ha sido y sigue siendo el encargado de recopilar y comunicar los acontecimientos adversos que informan los facultativos de nuestro servicio para la base de datos BIOBADASER (Registro Español de Acontecimientos Adversos de Terapias Biológicas en Enfermedades Reumáticas) de los pacientes que siguen tratamiento con fármacos biológicos (originales o biosimilares) o con otros como las pequeñas moléculas. La misión principal de este registro es conocer la seguridad de estos medicamentos en practica de vida real tanto a corto como a largo plazo.

Con el objetivo de conocer si hay diferencias en la aparición de acontecimientos adversos graves entre fármacos biológicos originales y biosimilares de etanercept, adalimumab, infliximab y rituximab, han sido analizados los comunicados en una muestra de 211 pacientes en el periodo comprendido entre el 1 de diciembre 2018 a 1 diciembre del 2019.

En sesión clínica, el Dr Manero, comunicó algunos resultados preliminares en junio 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. De una muestra de 211 pacientes expuestos con al menos una dosis de alguno de los biológicos biosimilares u originales de etanercept, adalimumab, infliximab o rituximab, han sido comunicados a Biobadaser un nº total de 10 acontecimientos adversos graves (AAG) en ese periodo (ninguno de ellos mortal), lo que supone un 4,7 % .

2. Por fármacos:

a. De los 72 pacientes que han llevado alguna dosis de Humira® (adalimumab original), han tenido algún AAG un total de 2 pacientes (2,8%), frente a cero de los 23 pacientes tratados con Hyrimoz® (biosimilar de adalimumab) (0%). Los 2 casos con Humira® han sido comunicados uno en Artritis Reumatoide y el otro en Espondilitis Anquilosante y han sido de naturaleza infecciosa (neumonía y artritis séptica).

b. De los 54 pacientes que han llevado alguna dosis de Enbrel® (etanercept original) han tenido algún AAG un total de 5 pacientes (9,2%), frente a 3 de los 33 pacientes tratados con Benepali® (biosimilar de etanercept) (9,1%). De los 5 casos de Enbrel®, 2 han sido en Artritis Reumatoide (neumonía, cardioversión), 2 en Espondiloartropatías (neumonía y arritmia) y 1 en Artritis Idiopática Juvenil (apendicitis). Así mismo de los 3 casos comunicados con Benepali®, 2 han sido en Artritis Reumatoide (neumonía, infección respiratoria) y 1 en artropatía psoriásica (carcinoma basocelular)

c. De los 2 pacientes tratados con Remicade®(infiximab original) no ha habido ninguna comunicación de AAG (0%). Y tampoco con respecto a los 9 pacientes tratados con Inflecta® (biosimilar de infliximab) (0%)

d. De los 14 ciclos administrados de Mabthera®(rituximab original), no ha habido ninguna comunicación de AAG (0%). Y tampoco con respecto a los 4 pacientes tratados con Rixathon® (biosimilar de rituximab) (0%).

3. Por enfermedades: 5 pacientes (50%) tenían A Reumatoide, 1 artropatía psoriásica (10%), 3 Espondiloartritis (30% y 1 AIJ (10%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestros pacientes:

1.- No hay diferencias significativas entre biológicos originales y biosimilares de etanercept, adalimumab, infliximab y rituximab

2.- La mayor frecuencia de acontecimientos adversos con etanercept (original o biosimilar) muy probablemente se debe al hecho de que es el anti-TNF recomendado y por lo tanto que hemos prescrito en pacientes con mas comorbilidades o de mayor edad, osea los más proclives a tener problemas.

3.- Por enfermedades los pacientes con A Reumatoide, (de acuerdo con la literatura) son los que mas procesos infecciosos suelen tener.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0335

1. TÍTULO

ANALISIS COMPARATIVO DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFILIXIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/335 ===== ***

Nº de registro: 0335

Título
ANALISIS COMPARATIVO DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFILIXIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA

Autores:
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, MEDRANO SAN ILDEFONSO MARTA, MERIÑO IBARRA ERARDO, PECONDON ESPAÑOL ANGELA, VAZQUEZ GALEANO CARLOS, ANDRES COLL ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

ANALISIS COMPARATIVO DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFILIXIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA.

Las terapias biológicas han tenido un gran impacto en el tratamiento de muchas enfermedades inflamatorias/autoinmunes. Su elevado coste es una preocupación para las autoridades sanitarias. El desarrollo, aprobación e introducción en la practica clinica de las versiones biosimilares de algunos de los biológicos más empleados, supone un significativo disminución del coste, lo que en algunas sociedades, además puede determinar un aumento a su accesibilidad. Según la Agencia Europea del Medicamento (EMA), un biosimilar es un medicamento biológico que contiene una versión del principio activo de un producto biológico original o producto de referencia cuya patente ha expirado, frente al cual demuestra que las leves diferencias fisicoquímicas y biológicas no afectan a la calidad, eficacia y seguridad, lo que en ultima instancia permite su autorización. Es importante resen-ar que el término biosimilar tiene un carácter regulador y se utiliza en la Unión Europea (UE) para evidenciar la comparabilidad entre el biológico de referencia y el biosimilar. Actualmente los biosimilares en el área de enfermedades inflamatorias de Reumatología que están autorizados en la UE son: Etanercept, infliximab, adalimumab y rituximab .

RESULTADOS ESPERADOS

Comparar la frecuencia de aparición de acontecimientos adversos (entre ellas las infecciones..) en pacientes con fármacos originales de etanercept, adalimumab, infliximab y rituximab frente a la de pacientes que estén siendo tratados con sus biosimilares (biosimilar versus original).

MÉTODO

- Se van a recoger durante al menos 1 año (en el periodo comprendido entre noviembre del 2018 y noviembre del 2019) los acontecimientos adversos graves, en pacientes de nuestro medio que sigan tratamiento con etanercept, adalimumab, infliximab y Rituximab, ya sean originales o biosimilares.
- La fuente de esta información será de una parte los cuadernillos/protocolo, donde se guardan las comunicaciones que hacen todos los facultativos y de otra la base multicentrica nacional Biobadaser, donde nuestro servicio comunica dichos acontecimientos
- Se analizaran los resultados 2 veces al año.
- Se presentaran los resultados a los componentes del servicio también 2 veces al año.

INDICADORES

- Porcentaje de acontecimientos adversos graves en pacientes con biosimilares y en pacientes con biológicos originales. Subanálisis por enfermedades y fármacos si procede.

DURACIÓN

- En principio la duración del proyecto será de 1 año, aunque podría ampliarse según los resultados.
- El Dr Manero, como responsable del área de terapias biológicas recogerá de forma centralizada los acontecimientos adversos cuya documentación luego guardara en los cuadernillos/protocolo
- La Dra Pecondón será la encargada de realizar los análisis, así como la presentación de los resultados a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0335

1. TÍTULO

ANALISIS COMPARATIVO DE LOS FARMACOS BIOSIMILARES FRENTE A LOS DE LOS ORIGINALES DE ETANERCEPT, ADALIMUMAB, INFILIXIMAB Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATICAS DEL SECTOR 2 DE ZARAGOZA

los componentes del servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0702

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION Y EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SESIONES DE FORMACION CONTINUADA ENTRE TRABAJADORES SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR II

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ALMUDENA BOROBIO LAZARO
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD BABIER MARIA ROSARIO
AYARZA IZAGUERRI CARMEN
BABIANO CASTELLANO BELEN
ECHEVARRIA BURILLO MARIA JOSE
NOTIVOL HERNANDEZ MARIA DEL ROSARIO
RUIZ VECINO TERESA
BURRO DAL ADORACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades programadas:
1-Formación del grupo para el desarrollo del proyecto.
2-Elaboración del calendario de reuniones.
3-Diseño del programa de sesiones.
4-Realización de las sesiones (según calendario previsto).

Todas las actividades se han llevado a cabo según el calendario previsto:
1-Se constituye grupo de trabajo en reunión especializada -primaria (11 de noviembre de 2016)
2-Se elaboró programa de sesiones (reunión 11 de noviembre de 2016)
3-Se han realizado las diferentes sesiones programadas:
10 de febrero de 2017 "Actualización en materia de dependencia"
12 de mayo de 2017 "Violencia en el ámbito familiar"
15 de septiembre de 2017 "Detección de delitos de odio"
17 de noviembre de 2017 "Dispositivos de atención a TMG"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según los indicadores establecidos:
Nº Reuniones: 5 de las 6 programadas.
Nº Sesiones: 4. Una más de las programadas.
Asistencia >70% en todas las sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración transmitida por todo el equipo es positiva, ya que el proyecto, ha permitido crear un espacio de formación; comunicación y coordinación profesional entre dos niveles de atención, espacio previamente inexistente.

Los temas abordados han sido de gran interés para la actividad profesional. El horario y lugar eran adecuados

Como aspectos pendientes, valoran que sería necesario afianzar el espacio con la implicación, en la asistencia y participación, de un mayor número de miembros de los dos niveles. Y aumentar algo la frecuencia de las sesiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/702 ===== ***

Nº de registro: 0702

Título
GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION Y EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SESIONES DE FORMACION CONTINUADA ENTRE TRABAJADORES SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR II

Autores:
BOROBIO LAZARO ALMUDENA, ABAD BABIER MARIA ROSARIO, AYARZA IZAGUERRI CARMEN, BABIANO CASTELLANO BELEN, BURRO DAL ADORACION, ECHEVARRIA BURILLO MARIA JOSE, NOTIVOL HERNANDEZ MARIA DEL ROSARIO, RUIZ VECINO TERESA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0702

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION Y EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SESIONES DE FORMACION CONTINUADA ENTRE TRABAJADORES SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR II

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sin especificar
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La coordinación entre la atención primaria y la especializada es de especial importancia en la atención al paciente en general, y en lo referente al ámbito social es fundamental. El crear mecanismos de coordinación, y trabajar de manera conjunta y en pos de un objetivo común es necesario para mejorar la calidad en la asistencia al paciente.

Al mismo tiempo, la creación del grupo de trabajo entre primaria y especializada, nos permitirá compartir conocimientos, y de esta manera ampliar nuestra formación, diseñando un programa de sesiones formativas en el ámbito del trabajo social.

RESULTADOS ESPERADOS

-Optimizar la intervención social en la atención al paciente.
-Mejorar la coordinación entre atención primaria y atención especializada en el ámbito social.
-Favorecer la continuidad asistencial en la atención al paciente.
-Adquirir conocimientos, ampliando la formación de los trabajadores sociales del sector II, así como de los estudiantes en prácticas en el sector.

MÉTODO

Crear grupo de trabajo entre trabajadores sociales de atención primaria y atención especializada.
Elaborar calendario de reuniones.
Diseño de un programa de sesiones formativas dentro del ámbito del trabajo social.

INDICADORES

Nº Trabajadores sociales que se impliquen en el proyecto = 70%
Nº de Reuniones que se lleven a cabo = 6 anuales
Nº de sesiones que se incluyen en el programa = 3 anuales (1 por trimestre).

DURACIÓN

4º Trimestre 2016: 1ª Reunión: creación grupo de trabajo.
1º Trimestre 2017: Elaboración del calendario de sesiones con los temas seleccionados
2º 3º y 4º Trimestre de 2017: 3 sesiones formativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ROY JIMENEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN
SANCHEZ CHUECA PILAR
ZAPATERO DE CASTILLA MAYA
LAPRESTA MOROS CARLOS
VILLABONA RESANO JULIA
OLMOS PEREZ FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El sistema informático, base fundamental del estudio para la recogida de datos, se ha estado actualizando y modificando de forma continúa durante este pasado año 2018, para mejorar todos los parámetros medibles referentes a los pacientes ingresados. Por este motivo, ha sido imposible realizar la exportación de datos tal y como estaba previsto y no se ha podido realizar el proyecto.

El grupo de trabajo creado para el proyecto, decidió intensificar la formación continuada al personal de forma dinámica, adaptándose a las modificaciones dentro del programa informático, con el objetivo de identificar las debilidades y fortalezas del proyecto.
Durante el periodo vacacional, debido a la alta rotación de personal, se impartió de forma programada un curso de actualización para todo el personal de la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido a que no se ha podido concluir el proyecto, los resultados del mismo se mostrarán en la memoria 2.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La dificultad de crear una base de datos adecuada y específica para las necesidades de nuestro estudio, así como la dificultad en la homogeneización de criterios en la recogida de las variables demandadas para el estudio, por parte de todo el personal. Todo ello es debido, a que va a ser la primera vez que se realiza una exportación de datos de estas características.

7. OBSERVACIONES.

En el momento que se dé por finalizado la reestructuración del programa informático se iniciará la recogida de datos de acuerdo al proyecto presentado.
Independientemente de la imposibilidad de la recogida de datos se ha seguido trabajando en la formación del personal y en los cuidados de los pacientes según el protocolo UPPZERO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/43 ===== ***

Nº de registro: 0043

Título
UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

Autores:
ROY JIMENEZ MARIA, RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN, ROYO MARTINEZ MARIA, FERNANDEZ ABAD NURIA, CASANOVA CARTIE NATALIA, VILLABONA RESANO MARIA JULIA, SERON ARBELOA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología que lleve a un paciente a ingresar en UCI
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Prevención/disminución del evento adverso: Úlceras por presión en UCI-PC.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO

PROBLEMA

Pese a que la aparición de las úlceras por presión (UPP) se puede prevenir, no es infrecuente la aparición de este tipo de heridas en los pacientes ingresados, especialmente si éstos se encuentran en estado crítico o si su enfermedad supone un alto grado de inmovilidad.

Este es el caso de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca, donde los que se complican, con Norton menor o igual a 14, permanecen en unas circunstancias en las que el riesgo se ve aumentado ya que han sufrido una intervención quirúrgica grave y están tratados, generalmente, con medicamentos vasoactivos, que disminuyen la perfusión periférica.

Por otro lado, no es posible la aplicación de los protocolos de prevención utilizados en otras unidades del hospital, puesto que la mayoría de nuestros pacientes, que presentan una esternotomía reciente, tienen contraindicados los cambios posturales en decúbito lateral y, por el contrario, indicada la posición de semi-Fowler

a 35°, lo que dificulta el alivio de la presión en las zonas de mayor riesgo de padecer úlceras por presión. Sin embargo, la confianza en que es posible adecuar los cuidados de enfermería a este tipo de pacientes y sus condiciones reales, nos lleva a analizar la situación de estos pacientes y a aplicar todas las medidas posibles de prevención, personalizadas de una manera sistemática y organizada.

Esta sistemática de trabajo incluye:

- La formación y motivación del personal de enfermería implicado.
- La elaboración de un protocolo de prevención exclusivo para pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca que incluya:
 - o La valoración continua del riesgo de los pacientes ingresados.
 - o La adecuación de las medidas de prevención disponibles al riesgo real de cada paciente.
 - o El registro estandarizado de las acciones llevadas a cabo

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar al personal de enfermería en relación a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- Mejorar el diagnóstico diferencial de las úlceras por presión con otro tipo de lesiones asociadas a la dependencia.
- Disminuir la variabilidad en la aplicación de medidas preventivas frente a las úlceras por presión.
- Disminuir la incidencia de úlceras por presión originadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Vigilar el estado nutricional de los pacientes con riesgo, como factor clave en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

MÉTODO

- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Grupo de trabajo.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Grupo de trabajo.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: Grupo de trabajo.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algoritmo de prevención: Grupo de trabajo.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Grupo de trabajo

INDICADORES

- Número de Enfermeras y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería formadas en úlceras por presión.
- Existe un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Porcentaje de pacientes de riesgo a los que se ha realizado un control nutricional semanal.
- Existen un registro informático adecuado para el seguimiento de las medidas preventivas y del tratamiento las lesiones

DURACIÓN

- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Septiembre-Octubre 2016.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Octubre 2016.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: A partir de Noviembre de 2016.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algoritmo de prevención: Noviembre 2016.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Último trimestre de 2016 y primer trimestre de 2017.
- Evaluación del proyecto: Mayo 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ROY JIMENEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN
ROYO MARTINEZ MARIA
FERNANDEZ ABAD NURIA
CASANOVA CARTIE NATALIA
VILLABONA RESANO MARIA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de 3 cursos-talleres sobre prevención, identificación, valoración y tratamiento de Úlceras por presión y Lesiones por humedad, para el personal de enfermería, en el aula de docencia de la Unidad. El total de asistentes fue de 46 profesionales.
 - Información y sensibilización, al personal médico de la unidad, de la necesidad de valorar el estado nutricional de nuestros pacientes para prevenir y/o mejorar la evolución de las lesiones por presión.
 - Creación de un Algoritmo de prevención de Úlceras por presión, que está presente en la unidad, para consulta de todo el equipo, en forma de póster.
 - Realización de un póster en DINA-4 de la Escala Norton Modificada, que se ha colocado en cada uno de los boxes de los pacientes, para que el personal de enfermería lo pueda consultar cuando realiza la valoración con dicha escala.
 - Modificación del documento de Registro de UPP en el que se incluye la escala PUSH para evaluar la evolución de las lesiones.
 - Modificación del documento de Prevención de UPP.
- Todas las actividades se han realizado dentro del calendario previsto.

* Los documentos que mencionamos, se han enviado al correo facilitado: javierquintin@gmail.com

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número de Enfermeras y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería formadas en úlceras por presión en 2016.
FECHA DE REALIZACIÓN: Marzo 2016 Tarde / N° ASISTENTES: 19
FECHA DE REALIZACIÓN: Noviembre 2016 Mañana / N° ASISTENTES: 17
FECHA DE REALIZACIÓN: Noviembre 2016 Tarde / N° ASISTENTES: 10
- Existe un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
Sí. Se adjuntará al correo (*).
- Se realizan controles nutricionales, semanales, a los pacientes con riesgo
Del total de pacientes con un Norton < 14 (82) se realiza el estudio nutricional para aplicar la escala CONUT a 49 pacientes. Por lo tanto se le ha realizado al 60% de los pacientes.
- Existen documentos de registro que estandarizan las medidas preventivas y el seguimiento de las lesiones.
Sí. Se adjuntará al correo (*).

Los resultados obtenidos se han ajustado todos a los estándares marcados; se han realizado los cursos de formación planeados, se ha creado un algoritmo preventivo y se han modificado todos los registros informáticos del CARE relacionados con UPP. Los estudios nutricionales, a pesar de no estar en nuestras manos la petición analítica, se han realizado en un 60% de los pacientes.
La fuente de la que se han obtenido todos los datos, es el programa informático que se utiliza en la UCI llamado CARE.

* Los documentos que mencionamos, se han enviado al correo facilitado: javierquintin@gmail.com

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Destaca el alto porcentaje de profesionales que han mostrado interés recibiendo la formación realizada con tal fin.

Esa formación ha incidido muy positivamente en su motivación e involucración en la consecución de los objetivos del proyecto.

Pese a no disponer de un registro numérico, la percepción sobre el número total de lesiones ha disminuido. Así mismo, cabe destacar que la severidad de las lesiones ha descendido de tal forma que únicamente han aparecido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

lesiones de grado I y II, desapareciendo las más severas, de grado III y IV.

Dado que el personal de enfermería de la UCI varía frecuentemente, consideramos que sería necesario repetir la formación de forma periódica, sobre todo en los periodos en los que abunda el personal de nueva incorporación, como son los periodos vacacionales. En este sentido, existe el compromiso por parte de las autoras de este proyecto de continuar impartiendo la formación.

7. OBSERVACIONES.

* Los documentos que mencionamos, se han enviado al correo facilitado: javierquintin@gmail.com

*** ===== Resumen del proyecto 2016/43 ===== ***

Nº de registro: 0043

Título

UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

Autores:

ROY JIMENEZ MARIA, RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN, ROYO MARTINEZ MARIA, FERNANDEZ ABAD NURIA, CASANOVA CARTIE NATALIA, VILLABONA RESANO MARIA JULIA, SERON ARBELOA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología que lleve a un paciente a ingresar en UCI
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)

Otro Enfoque.....: Prevención/disminución del evento adverso: Úlceras por presión en UCI-PC.

PROBLEMA

Pese a que la aparición de las úlceras por presión (UPP) se puede prevenir, no es infrecuente la aparición de este tipo de heridas en los pacientes ingresados, especialmente si éstos se encuentran en estado crítico o si su enfermedad supone un alto grado de inmovilidad.

Este es el caso de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca, donde los que se complican, con Norton menor o igual a 14, permanecen en unas circunstancias en las que el riesgo se ve aumentado ya

que han sufrido una intervención quirúrgica grave y están tratados, generalmente, con medicamentos vasoactivos, que disminuyen la perfusión periférica.

Por otro lado, no es posible la aplicación de los protocolos de prevención utilizados en otras unidades del hospital, puesto que la mayoría de nuestros pacientes, que presentan una esternotomía reciente, tienen contraindicados los cambios posturales en decúbito lateral y, por el contrario, indicada la posición de semi-Fowler

a 35°, lo que dificulta el alivio de la presión en las zonas de mayor riesgo de padecer úlceras por presión. Sin embargo, la confianza en que es posible adecuar los cuidados de enfermería a este tipo de pacientes y sus condiciones reales, nos lleva a analizar la situación de estos pacientes y a aplicar todas las medidas posibles de prevención, personalizadas de una manera sistemática y organizada.

Esta sistemática de trabajo incluye:

- La formación y motivación del personal de enfermería implicado.
- La elaboración de un protocolo de prevención exclusivo para pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca que incluya:
 - o La valoración continua del riesgo de los pacientes ingresados.
 - o La adecuación de las medidas de prevención disponibles al riesgo real de cada paciente.
 - o El registro estandarizado de las acciones llevadas a cabo

RESULTADOS ESPERADOS

- Sensibilizar al personal de enfermería en relación a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- Mejorar el diagnóstico diferencial de las úlceras por presión con otro tipo de lesiones asociadas a la dependencia.
- Disminuir la variabilidad en la aplicación de medidas preventivas frente a las úlceras por presión.
- Disminuir la incidencia de úlceras por presión originadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Vigilar el estado nutricional de los pacientes con riesgo, como factor clave en la prevención y tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

de las úlceras por presión.

MÉTODO

- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Grupo de trabajo.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Grupo de trabajo.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: Grupo de trabajo.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algoritmo de prevención: Grupo de trabajo.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Grupo de trabajo

INDICADORES

- Número de Enfermeras y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería formadas en úlceras por presión.
- Existe un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Porcentaje de pacientes de riesgo a los que se ha realizado un control nutricional semanal.
- Existen un registro informático adecuado para el seguimiento de las medidas preventivas y del tratamiento las lesiones

DURACIÓN

- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Septiembre-Octubre 2016.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Octubre 2016.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: A partir de Noviembre de 2016.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algoritmo de prevención: Noviembre 2016.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Último trimestre de 2016 y primer trimestre de 2017.
- Evaluación del proyecto: Mayo 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0148

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD AL INGRESO EN UCI, DURANTE EL MISMO Y AL ALTA DE LA UNIDAD

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL OSTABAL ARTIGAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARANDA MOLINOS OLGA
LOPEZ HERRERO PILAR
ANDRES CASTILLO EVA
ANDRES CASTELL NOELIA
SANCHO BAYONA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó un registro de la situación nutricional del enfermo al ingreso, durante el ingreso y al alta en UCI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido cribar un porcentaje de pacientes ingresados en UCI superior al 50%. Haciéndose una valoración nutricional adecuada y un seguimiento de las complicaciones asociadas al soporte nutricional de estos enfermos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se debe realizar cribaje nutricional al ingreso. El soporte nutricional se asocia a muchas complicaciones por lo cual se debe hacer un seguimiento analítico reglado. Un alto porcentaje de los pacientes que ingresan en UCI tienen riesgo elevado de sufrir desnutrición relacionada con la enfermedad. Y a consecuencia de ello un porcentaje elevado salen con severa debilidad asociada a UCI, conocer estos hechos motiva a potenciar un adecuado manejo y seguimiento del soporte nutricional

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/148 ===== ***

Nº de registro: 0148

Título
REGISTRO DE LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD AL INGRESO EN UCI, DURANTE EL MISMO Y AL ALTA DE LA UNIDAD

Autores:
OSTABAL ARTIGAS ISABEL, SANCHO BAYONA ISABEL, VILLANUEVA FALO CASIMIRO, LINARES CASTRO ANA, BERNI RUIZ CRISTINA, BERNI RUIZ ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) constituye un problema de alta prevalencia y elevados costes económicos para la sanidad española. Países más concienciados que el nuestro en este tema como es Holanda llevan décadas estableciendo estrategias en todos los niveles sanitarios para detectar los casos y tratarlos. Se calcula que entre el 25 y el 35% de los pacientes la padecen en el momento del ingreso hospitalario, hecho no asumible si pensamos que estos enfermos ingresan en el hospital ya desnutridos y se les va a someter a terapias intervencionistas o cirugías que producen una reacción inflamatoria sistémica severa, mermando todavía más su situación inicial. También se sabe que un 9,6% del total de pacientes que son egresados del hospital, sufren desnutrición moderada o severa, que previamente no tenían y que merma su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0148

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD AL INGRESO EN UCI, DURANTE EL MISMO Y AL ALTA DE LA UNIDAD

recuperación y su calidad de vida.

La desnutrición puede ser la causa y consecuencia de la enfermedad y lleva peores resultados en salud en todos los niveles asistenciales. El riesgo nutricional tiene consecuencias:

- Para el paciente que pierde calidad de vida, y aumenta su morbilidad y mortalidad por complicaciones como las dehiscencias de suturas, las úlceras de decúbito, las infecciones, la insuficiencia respiratoria y la sarcopenia.

- Para el profesional, que se tiene que enfrentar a un paciente más frágil, complicado y con menos garantías de éxito.

- Para la institución, el tratamiento de un paciente desnutrido puede costar hasta un 50% y la estancia media prolongarse.

Actualmente, la Unión Europea junto con todos sus países miembros incluidos España, han liderado el proyecto alianza más nutridos, cuya misión es concienciar a todos de este grave problema, de sus consecuencias, establecer métodos de cribado en todos los niveles asistenciales, valorar al paciente desnutrido y tratarlo, para mejorar resultados y reducir gastos. Un paciente para el cual conservar un buen estado nutricional es fundamental es el paciente crítico, dado que durante su estancia en Uci se somete a riesgos de desnutrición que terminan en muchos casos depauperando al paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

REALIZAR UN REGISTRO DE LA DRE AL INGRESO, DURANTE EL INGRESO Y AL ALTA, PARA PODER DISPONER DE UNA BASE DE DATOS QUE NOS DE INFORMACIÓN DEL PROBLEMA

MÉTODO

-APLICACION DE DISTINTAS ESCALAS Y CONTROL DE PARAMETROS NUTRICIONALES

INDICADORES

Nº DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA EL REGISTRO DE DRE/Nº DE PACIENTES INGRESADOS

DURACIÓN

DESDE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1203

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE GRAN QUEMADO INGRESADO EN UCI

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE MONTSERRAT DE TERA MUÑOZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MOYA CALVO ALBERTO
APARICIO JUEZ SARAY
PEREZ ROMERO CRISTINA
ANDRES GINES LAURA
MORON MORENO RAQUEL
DELGADO DEZA SILVIA
ANDREU VAZQUEZ MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Definición del grupo de trabajo (Abril 2019)
- Diseño del proyecto de mejora (Abril 2019)
- Identificación de la información pertinente (Abril- Mayo 2019)
- Elaboración del tríptico (Junio-Julio 2019)
- Entrega de información (Julio-Noviembre 2019)
- Valoración inicial de indicadores (Noviembre 2019)
- Propuestas de mejora (Noviembre 2019)
- Evaluación final (Diciembre 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras revisar bibliográficamente publicaciones científicas recientes y protocolos actualizados se han sintetizado y señalado los aspectos más importantes para elaborar un tríptico informativo para familiares de pacientes ingresados en UCI con diagnóstico Gran quemado.

Se elaboró un primer borrador que fue revisado por el jefe de servicio de UCI de Traumatología y realizado un seguimiento por la supervisora de la unidad. Una vez hechas las modificaciones pertinentes, se obtuvo la versión definitiva y se imprimieron varios ejemplares para dar a las familias en el momento del ingreso.

El indicador marcado ha sido el porcentaje de familias de pacientes grandes quemados a los que se les entrega el tríptico, se ha cumplido el estándar prefijado desde el inicio de >80%, aunque han ingresado pocos casos durante el año 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el periodo de implantación del proyecto ha quedado constancia en las encuestas de valoración general de la unidad una mayor satisfacción por parte de la familia en cuanto a la información recibida. Además, se ha observado una disminución del nivel de ansiedad-estrés de la familia al ingreso al verse reforzada la información verbal con la información escrita.

El proyecto ha sido realizado en un año en el que se han producido pocos casos gran quemados ingresados en UCI, por lo que seguiremos valorando la respuesta e impacto en la familia de la información dada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1203 ===== ***

Nº de registro: 1203

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE GRAN QUEMADO INGRESADO EN UCI

Autores:
DE TERA MUÑOZ MONTSERRAT, MOYA CALVO ALBERTO, APARICIO JUEZ SARAY, PEREZ ROMERO CRISTINA, ANDRES GINES LAURA, MORON MORENO RAQUEL, DELGADO DEZA SILVIA, ANDREU VAZQUEZ MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1203

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE GRAN QUEMADO INGRESADO EN UCI

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El paciente gran quemado ingresa en nuestra Unidad en función del tipo, profundidad y localización de la quemadura, pero siempre conllevando un importante riesgo vital. Implica una importante carga para enfermería: medidas de soporte respiratorio, hemodinámico; una vigilancia a posibles complicaciones, así como las dirigidas al control del dolor y manejo de la sedación.
Creemos que la enfermería de Medicina Intensiva debe dirigir también su atención hacia los familiares más íntimos del paciente, especialmente en las primeras horas de su estancia en UCI. Los familiares padecen en muchos casos una de las peores situaciones de su vida, por su angustia, su miedo y muy frecuentemente por la incompreensión y desconocimiento de lo que trata el proceso que afecta a su familiar, de lo que es una UCI y de las actuaciones que se pueden seguir allí.
Por ello, la enfermería en Intensivos no solo debe proceder a un simple acompañamiento familiar sino también a ayudar a proporcionar una información adecuada, en cantidad, pero sobre todo, haciéndola comprensible en relación con todos los aspectos relacionados con la patología que motiva el ingreso en UCI.
Por eso, además de las explicaciones verbales, consideramos pertinente entregar un tríptico informativo recalcando la información más relevante en relación con su proceso, de manera básica, esquemática y visual para que la familia pueda comprenderlo mejor y consultar en caso de duda.
Sin duda, una adecuada información inicial logrará reducir el nivel de ansiedad-estrés de los familiares ayudando a comprender el proceso asistencial en todo su recorrido.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar la transmisión de la información reforzando con un tríptico la información dada de manera clara y visual para resaltar los aspectos más importantes en relación con complicaciones y riesgos inherentes a un paciente quemado.
- Disminuir el nivel de ansiedad-estrés de la familia relacionado con falta de información.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo y diseño de proyecto.
- Definir la población diana según diagnóstico al ingreso a la que se facilita la información.
- Definición de un formato estándar de información consensuada por la unidad que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo muy sencilla y comprensible.
- Entrega del documento.
- Valoración de indicador.
- Propuestas de mejora.

INDICADORES

- INDICADOR. Porcentaje de familiares de pacientes grandes-quemados a los que se les entrega el díptico correspondiente.
- ESTANDAR. >80%. Evaluación anualmente.
- Adicionalmente, de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes.

DURACIÓN

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora
 - Abril
2. Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo
 - De abril a julio
3. Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente quemado
 - De abril a julio
4. Entrega de información
 - De julio a noviembre
5. Valoración inicial de indicadores. Propuestas de mejora
 - Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1203

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE GRAN QUEMADO INGRESADO EN UCI

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1219

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U. MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE PABLO MARTINEZ CRESPO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES GINES LAURA
MARTINEZ PELLICER ANA ISABEL
APARICIO JUEZ CAROLINA
MORON MORENO RAQUEL
GARRIDO VILLANUEVA ANA
MARTINEZ DEARTH REBECA
GARCES FERRANDO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora (Abril 2019)
- Identificación de la información pertinente (Abril-Mayo 2019)
- Elaboración de tríptico (Junio - Julio 2019)
gráfica y al mismo tiempo comprensible para entregarlo a los familiares de los ingresados.
- Entrega del documento (Julio - Noviembre 2019)
- Valoración inicial de indicadores (Noviembre 2019)
- Propuestas de mejora (Noviembre 2019)
- Evaluación final (Diciembre 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado una revisión bibliográfica de publicaciones científicas recientes y protocolos actualizados de otros centros hospitalarios, extrayendo la información más adecuada para la elaboración de un tríptico informativo para las familias del paciente ingresado en UCI con diagnóstico de Hemorragia Subaracnoidea (HSA)
Se elaboro un primer borrador que fue revisado por el jefe de la UCI de Traumatología y supervisado su seguimiento por la supervisora de la unidad.
Una vez realizadas las correcciones y modificaciones pertinentes, se obtuvo una versión definitiva y se imprimieron varios ejemplares para entregar a la familia del paciente diagnosticado de HSA en el momento del ingreso
El indicador marcado ha sido el porcentaje de familias de pacientes diagnosticados de HSA e ingresados en UCI Traumatología, a las que se les ha entregado el tríptico informativo y como resultado observamos que se ha cumplido el objetivo prefijado desde su inicio de >80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conclusión principal que hemos encontrado es que la familia tiene un papel fundamental en la recuperación de los enfermos hospitalizados en el servicio de UCI. Además un ambiente sosegado y tranquilo ayuda en el proceso de cuidado.
Entendemos que es un requisito indispensable que las familias reciban una buena información. Es por ello que se ha elaborado este tríptico sobre los aspectos generales relacionados con la propia enfermedad y del ingreso de su familiar en el Servicio de UCI.
En conclusión, ha quedado constancia, a través de las encuestas, que si queremos una visión integral del paciente, debemos establecer una buena relación con la familia y que es posible con una comunicación e información correcta y fluida, y de esta forma, reducimos los estados de angustia, estrés y depresión que esta situación les genera.
Observamos pues, una mayor satisfacción de la familia en cuanto a la información recibida y una disminución de su nivel de estrés y ansiedad, en el momento del ingreso y durante el ingreso en UCI del paciente, al verse reforzada la información verbal con el apoyo de la información escrita a través del tríptico.
Viendo los buenos resultados obtenidos, seguiremos ofreciendo dicha información y seguiremos valorando su impacto en las familias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1219 ===== ***

Nº de registro: 1219

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1219

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U. MIGUEL SERVET

MEJORA DE LA INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U. MIGUEL SERVET

Autores:

MARTINEZ CRESPO PABLO, ANDRES GINES LAURA, MARTINEZ PELLICER ANA ISABEL, APARICIO JUEZ CAROLINA, MORON MORENO RAQUEL, GARRIDO VILLANUEVA ANA, MARTINEZ DEARTH REBECA, GARCES FERRANDO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Hemorragia Subaracnoidea (HSA) es una emergencia neurológica muy grave, representa el 5% de los ictus, afecta a población de todas las edades y requiere la coordinación de diferentes especialistas para su adecuado abordaje. El objetivo de este documento es ayudar al diagnóstico y manejo de dicha patología. Además, nuestro centro actúa desde hace años de hecho como hospital de referencia para dicha patología, asumiendo el ingreso y tratamiento de la gran mayoría de los casos de la Comunidad dado que en nuestro centro dispone de los profesionales y de los medios para tratarlos, y además con una casuística y una gran experiencia.

La UCI es el servicio de referencia del porcentaje mayor de estos pacientes, especialmente de los más graves en términos de mayor afectación neurológica o radiológica.

Se trata de una urgencia vital y se caracteriza por una alta morbi-mortalidad, afectando en muchas ocasiones a personas jóvenes, previamente sanas y completamente independientes. De ello se desprende que tengan un mayor impacto sus consecuencias en la vida de estos pacientes en términos de secuelas, afectación a la vida laboral, familiar, etc.

Esta gravedad junto con la necesidad casi habitual de procedimientos neurorradiológicos y neuroquirúrgicos provoca situaciones de extrema ansiedad en los familiares agravada, en nuestra opinión, por la incomprensión de lo que supone esta patología y de los procedimientos que se van a seguir dentro y fuera de UCI.

Creemos que la enfermería de Medicina Intensiva debe de prestar sus cuidados tanto al enfermo ingresado como a los familiares y allegados del mismo, especialmente en las primeras horas de su estancia en UCI donde la angustia, los miedos y la incertidumbre de no saber qué va a pasar se unen a la incomprensión y el desconocimiento de la patología, los términos médicos y de las posibles secuelas de la enfermedad.

Las actuaciones asistenciales deben ir acompañadas de una adecuada información a los familiares en cantidad y haciéndola comprensible. Consideramos que la realización de un tríptico informativo que esquematice con la información más relevante de esta patología, de manera básica, esquemática y visual puede servir de gran ayuda y reducir el nivel de ansiedad-estrés de los familiares.

RESULTADOS ESPERADOS

- Complementar la información médica que se le da a las familias mediante un tríptico, para que queden resaltados de manera clara y visual los aspectos más importantes de esta patología: complicaciones y riesgos, actuaciones que se van a seguir, etc.
- Disminuir el nivel de ansiedad-estrés de la familia relacionado con la falta de información, mejorando ésta.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Definir la población diana a la que se le va a facilitar la información según diagnóstico (HSA) al ingreso en la unidad.
- Definición de un formato estándar de información, consensuada por la unidad, que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo comprensible para entregarlo a los familiares de los ingresados.
- Entrega del documento
- Valoración de indicador
- Propuestas de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1219

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U. MIGUEL SERVET

INDICADORES

INDICADOR: Porcentaje de familiares de pacientes diagnosticados de HSA a los que se les entrega el tríptico correspondiente.

ESTANDAR > 80%. Evaluación anual.

- Adicionalmente de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes

DURACIÓN

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora: abril 2019

- Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo: abril-julio 2019

- Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente con Ictus: abril-julio 2019

- Entrega de información: julio-noviembre 2019

- Valoración inicial de indicadores. Propuestas de mejora: diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1244

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE SEPTICO INGRESADO EN UCI

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CASAUS MARGELI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BADIA ROMANO ELENA
MARTINEZ DEARTH REBECA
GUERRERO TRENADO ELISA
GARCES FERRANDO CARMEN
ANDRES GOMEZ NOELIA
LAVIÑA LARDIES BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Definición del grupo de trabajo (abril 19)
-Diseño del proyecto de mejora(abril 19)
-Identificación de la información necesaria (abril - junio19)
-Elaboración del tríptico (junio-julio 19)
-Entrega de la información (julio - diciembre 19)
-Valoración inicial de indicadores (noviembre 19)
-Propuestas de mejora (noviembre 19)
-Evaluación final(diciembre 19)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Después de revisar protocolos actualizados y publicaciones científicas se han esbozado y delimitado los aspectos más importantes para preparar un tríptico informativo para los familiares de pacientes sépticos ingresados en uci. Tras varias reuniones se elaboró un primer borrador que fue revisado por el jefe de servicio de uci de traumatología y realizado un seguimiento por la supervisora de la unidad. Tras las modificaciones pertinentes en el mismo; se consiguió la versión definitiva que se imprimió para entregar a las familias de dichos pacientes al ingreso.
El indicador marcado ha sido el porcentaje de familias de pacientes con sepsis que reciben el tríptico, se ha obtenido el estándar prefijado desde el inicio de >80%.
El número de casos registrados ha sido bajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el periodo de entrega de la información y con apoyo de la encuesta del servicio de valoración general, se ha podido corroborar una mayor satisfacción en los familiares del paciente debido al aumento de información dada, antes sólo oral por parte del facultativo y actualmente con la entrega extra del tríptico, al que pueden recurrir tras los difíciles momentos iniciales.
Debido a que en el periodo de realización del proyecto hemos tenido un reducido número de casos, seguimos entregando y evaluando la respuesta e impacto que genera.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1244 ===== ***

Nº de registro: 1244

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE SEPTICO INGRESADO EN UCI

Autores:
CASAUS MARGELI MARIA ANGELES, BADIA ROMANO ELENA, MARTINEZ DEARTH REBECA, GUERRERO TRENADO ELISA, GARCES FERRANDO CARMEN, ANDRES GOMEZ NOELIA, LAVIÑA LARDIES BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SEPTICEMIA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1244

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE SEPTICO INGRESADO EN UCI

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sepsis, en relación con cualquiera de sus focos es un motivo de ingreso frecuente en UCI. La podemos definir como una disfunción orgánica que amenaza la vida por una respuesta descontrolada a una grave infección. En sus casos más severos provoca un fallo orgánico agudo y/o shock y finalmente muerte. Por otro lado es también una de las complicaciones asociadas a la asistencia en UCI de la mano de las infecciones nosocomiales intra-UCI.

El equipo sanitario de la UCI intenta tratar la infección, mantener o suplir el funcionamiento de los órganos vitales y estabilizar la situación hemodinámica.

El papel de la enfermería en UCI es clave en el manejo del paciente, en la administración de fármacos y manejo de dispositivos técnicos asociados para su monitorización y tratamiento, en una vigilancia activa de cualquier signo o síntoma significativo. Y también en la atención de la familia del paciente ingresado, especialmente en un primer momento.

La familia obviamente vive la enfermedad de su familiar, su gravedad y su ingreso en UCI con gran ansiedad en gran parte debido al desconocimiento e incomprensión de lo que supone su enfermedad y de los procedimientos que se van a seguir.

Por este motivo creemos que es beneficioso y necesario proporcionar información adecuada, esquemática y visual a las familias que les ayuden en la comprensión de todo ello y disminuya en parte su ansiedad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Proveer a la familia de conocimientos e información sobre el proceso que está padeciendo su familiar o allegado de manera sencilla y gráfica a través de un tríptico.
- Disminuir, secundariamente, la ansiedad asociada al desconocimiento de todo lo relacionado.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo y diseño de proyecto
- Definir la población diana según diagnóstico al ingreso a la que se facilita la información.
- Definición de un formato estándar de información consensuada por la unidad que contenga información verídica, gráfica y al mismo tiempo comprensible.
- Entrega del documento
- Valoración de indicador
- Propuestas de mejora

INDICADORES

- INDICADOR: Porcentaje de familiares de pacientes con diagnóstico de sepsis a los que se les entrega el tríptico correspondiente.
- ESTANDAR: >80%. Evaluación anual.

-Adicionalmente de forma paralela, valoraremos indirectamente la satisfacción de los familiares con esta actuación a través de las encuestas que habitualmente se entregan a todos los familiares de nuestros pacientes.

DURACIÓN

CRONOGRAMA 2019

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora: abril.
- Identificación de la información pertinente a incluir en el tríptico informativo: abril a julio.
- Elaboración del tríptico de información al familiar del paciente séptico: abril a julio.
- Entrega de información: julio a noviembre.
- Valoración inicial de indicadores: diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1244

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LAS FAMILIAS DEL PACIENTE SEPTICO INGRESADO EN UCI

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0743

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 02/02/2020

2. RESPONSABLE TRINIDAD PIQUER GOMEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI CORONARIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE DE VERA BELLOSTAS MARIA BELEN
ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL
ESTEBAN ESCOLANO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Primer semestre

Durante los meses de marzo y abril de 2019, los supervisores de las cuatro unidades del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Miguel Servet: UCI Coronarias, UCI Post-operatorio Cardiaco, UCI Polivalente y UCI Traumatología y Grandes Quemados, se reunieron para el diseño de un plan de formación de las competencias enfermeras y del personal TCAE, necesarias para el cuidado del paciente crítico.

Se identificaron:

- Contenidos formativos: Qué conocimientos teóricos y prácticos se deberían impartir para adquirir las capacidades suficientes para el cuidado del paciente crítico, una vez detectadas las necesidades de formación.

Para enfermeras:

? Identificación de los conocimientos sobre el enfermo crítico relacionados con los cuidados y sus fundamentos fisiopatológicos.

? Cuidados que requieren las tecnologías propias de la UCI:

a. Técnicas de Monitorización en el Paciente crítico.

b. Electrocardiografía básica y RCP básica

c. Manejo de los dispositivos de Soporte respiratorio

d. Manejo de fármacos de utilización compleja.

e. Valoración al ingreso del enfermo crítico y control de post- operatorios quirúrgicos o traumatológicas que requieren ingreso en la UCI.

f. Manejo avanzado de los procesos informáticos de la UCI.

Para TCAE:

a. Montaje de BOX en UCI.

b. Funciones propia del personal TCAE en UCI:

- Higiene y movilización del paciente crítico.

- Limpieza y desinfección de material en UCI.

- Montaje y limpieza de aparataje habitual en UCI.

- Técnicas de almacenaje y reposición de material en UCI: Sistema Kanban.

- Población destinataria: Personal de enfermería (enfermeras y TCAE), de nueva incorporación en UCI.

- Cronograma: Se determinó en qué período del año se producen más incorporaciones de plantilla nueva para su organizar su asistencia a las actividades formativas.

Principalmente los periodos vacacionales, en junio y diciembre, junto con otros periodos de incorporación de personal por traslados, procesos selectivos...

- Duración: Qué duración máxima deberían tener las sesiones. Teniendo en cuenta la turnicidad de todo el personal, formadores y alumnos, se decidió una duración de tres horas.

- Jornada: Qué horario sería el más adecuado teniendo en cuenta las características de la plantilla: turnos rotatorios.

Las sesiones serían en horario de mañanas: 11,30-14,30 horas

- Docentes: enfermeras y TCAEs, con experiencia asistencial y docente en UCI, que estuvieran dispuesta a participar en el programa de formación.

- Lugar de las sesiones: El aula del Servicio de Medicina Intensiva del HUMS, que dispone de medios audiovisuales y que por su ubicación en el mismo servicio, facilitaría el transporte del aparataje necesario para la formación: Carro de RCP, sistemas de soporte respiratorio, monitorización...

- Difusión de la oferta formativa al personal de nueva incorporación: Los supervisores de enfermería de cada unidad, serían los encargados de transmitir la información pertinente, mediante carteles en la unidad, telefónicamente o vía email. Así mismo, se intentaría dentro de lo posible, adaptar los turnos de trabajo para facilitar el acceso a dichas sesiones.

En el mes de mayo de 2019, una vez seleccionados los docentes, la responsable de la línea de mejora realizó una reunión con dicho personal para consensuar y detallar los contenidos de cada una de las sesiones.

Una vez organizadas las sesiones, para evaluar el desarrollo del plan y los resultados de las acciones de formación, se elaboró la Encuesta de Satisfacción con el programa de acogida realizado en el Servicio de Medicina Intensiva, dirigida a los profesionales de nueva incorporación.

La Encuesta de Satisfacción consta de cinco preguntas:

- 4 preguntas cerradas, cuya valoración oscila entre 1, poco adecuada y 5, muy adecuada.

- 1 pregunta abierta, para darnos sugerencias sobre actividades formativas relacionadas con los cuidados de enfermería en UCI que les gustaría realizar,

Con esta encuesta se pretende medir el grado de adecuación entre objetivos y resultados formativos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0743

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

Segundo semestre

En el mes de Junio- Diciembre de 2019, se realizaron dos programas formativos coincidiendo con la contratación de personal para la cobertura de vacaciones y débitos horarios del personal de todas las unidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El porcentaje de enfermeras que realizaron las sesiones formativas fue del 83%.

- El periodo formativo del personal TCAE, se realizó solamente en junio, el porcentaje de asistencia bajo a un 63%.

Los resultados de las encuestas, reflejan un alto grado de satisfacción con la formación recibida:

1. En cuanto a la valoración sobre las Sesiones de Enfermería del proceso de acogida al personal de nueva incorporación:

Un 94% le parecía muy adecuada (Puntuación:5), al 5,6% restante, su respuesta fue adecuada (Puntuación :4).

2. Respecto a la segunda pregunta: ¿los conocimientos adquiridos durante las diferentes sesiones serán útiles para tu desarrollo profesional?

Un 92% opinaba muy adecuada (Puntuación: 5), el 8% restante su respuesta fue adecuada (Puntuación: 4).

3. A la pregunta: ¿Consideras adecuada la duración de la actividad formativa?

Un 65% opinaba muy adecuada(Puntuación:5), al 35% restante opinaba que era adecuada(Puntuación :4).

4. En cuanto a la valoración sobre la capacidad de los docentes para transmitir los conocimientos : el 99% dieron la puntuación máxima.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación al personal de nueva incorporación en las unidades de pacientes críticos ayuda a desarrollar las competencias profesionales para llevar a término de forma eficaz las funciones propias del puesto de trabajo contribuyendo, de esta manera, a conseguir los objetivos organizativos y estratégicos, así como la mejora en el servicio de atención al paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/743 ===== ***

Nº de registro: 0743

Título
PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

Autores:
PIQUER GOMEZ TRINIDAD, VICENTE DE VERA BELLOSTAS MARIA BELEN, ESTEBAN ESCOLANO SARA MARIA, ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LAS UNIDADES DE CRITICOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA COMPETENCIAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los planes de acogida a personal de nueva incorporación se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.

En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral y a la integración en el equipo, a la par que sirven como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.

Dentro de los planes de acogida, las necesidades de formación se deben de llevar a cabo con un método liderado por los responsables de formación pero basado en la detección de las dificultades y /o problemas que los responsables asistenciales, junto con sus equipos profesionales detectan en sus servicios / unidades y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0743

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

que son prioritarios para mejorar o solucionar esas necesidades formativas.

La enfermería de cuidados intensivos desarrolla su actividad en un entorno sumamente dinámico y cambiante, caracterizado por la aparición de nuevas tecnologías asistenciales que modifican profundamente sus puestos de trabajo, la formación en los diferentes cuidados, procedimiento habituales y de nueva implantación va a contribuir de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

RESULTADOS ESPERADOS

- Proporcionar a los nuevos profesionales de enfermería de cuidados intensivos la formación necesaria para desarrollar sus funciones en el cuidado del paciente crítico.
- Proporcionar información sobre el manejo de las tecnologías necesarias para cuidado y tratamiento del paciente crítico
- Reducir el estrés que supone para las enfermeras el incorporarse a las unidades de intensivos facilitando la integración en el equipo asistencial.

MÉTODO

- Elaboración de un curso de formación para el personal de nueva incorporación en las Unidades de Cuidados Intensivos.
- Identificación de los conocimientos sobre el enfermo crítico relacionados con los cuidados y sus fundamentos fisiopatológicos.
- Cuidados que requieren las tecnologías propias de la UCI:
- ? Valoración al ingreso del enfermo crítico y control de post operatorios quirúrgicos o traumatológicas que requieren ingreso en la UCI.
- ? Manejo de los dispositivos de Soporte respiratorio
- ? Manejo de fármacos de utilización compleja.
- ? Manejo avanzado informática adecuada a la UCI
- ? Técnicas de Monitorización en el Paciente crítico.
- ? Electrocardiografía básica y RCP básica.

INDICADORES

1. Elaboración del programa de acogida para el personal de nueva incorporación.
2. Información de la oferta formativa al personal de nueva incorporación:
 - El 90% de los profesionales realiza el programa de acogida.
3. N° de sesiones realizadas.
 - El 50%. Para este año se realizan el programa de acogida para el personal del enfermería que se incorpore antes del periodo vacacional.
4. Satisfacción de los profesionales de nueva incorporación con el programa de acogida recibida en el centro
 - El 80% de los profesionales están satisfechos

DURACIÓN

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
 - Marzo 2019
2. Identificación de las áreas a trabajar en el programa de acogida.
 - 1º semestre 2019
3. Definición de un formato estándar para la acogida del personal de enfermería de nueva incorporación.
 - 1º semestre 2019
4. Satisfacción en la acogida de los profesionales de nueva incorporación en las unidades de cuidados intensivos
 - Se valorará tras la realización del programa de acogida.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0743

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H.U.MIGUEL SERVET

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0794

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICIÓN DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL H.U.M.S

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA BELEN VICENTE DE VERA BELLOSTAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ
LAVIÑA LARDIES BEATRIZ
GONZALEZ QUILEZ ELENA
GUERRERO TRENADO ELISA
AGUDO MOLETA RUT
BORJA VALIENTE PATRICIA
NADAL BARBERIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

OBJETIVO PRINCIPAL: Organizar un proceso óptimo de transición del paciente, que garantice la continuidad asistencial y contribuya a disminuir la ansiedad asociada al traslado, tanto en el paciente como en sus familiares, además de contribuir al incremento de la satisfacción del enfermo y su familia.

1.- DEFINICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO Y DISEÑO DEL PROYECTO:

Primer Semestre 2019:

Las supervisoras de enfermería de UCI Traumatología y Neurocirugía organizaron el grupo de trabajo con enfermeras y TCAEs pertenecientes mayoritariamente al Grupo de Calidad de ambos servicios.

Los objetivos de la primera reunión fueron:

1. Definición de la población diana:

- Este programa asistencial incluye a los pacientes de UCI con ingreso prolongado, considerado como tal una estancia en la unidad superior a 20 días, pacientes que por su evolución y complicaciones clínicas aumentan las cargas de trabajo del equipo de enfermería.

Su patología principal es neuroquirúrgica, TCE y pacientes con complicaciones neurológicas que requieran tratamiento quirúrgico.

2. Identificación de las necesidades de comunicación entre los dos servicios.

Se definieron las áreas a protocolarizar:

- Informe de continuidad de cuidados para el paciente de larga estancia en UCI para mejorar la comunicación entre los profesionales de UCI y los de la planta de hospitalización de Neurocirugía.

- Hoja de Información para los familiares del paciente crítico de alta a planta de Neurocirugía, para fomentar la confianza de pacientes y familias en la continuidad de cuidados y disminuir la ansiedad asociada al traslado, además de contribuir al incremento de la satisfacción del enfermo y su familia.

Para facilitar la elaboración del informe de alta de enfermería para el personal de enfermería de UCI, y adecuarlo al sistema informático del Servicio de Medicina Intensiva, se elaboró un formato estándar de registros de enfermería en cuanto a Cuidados específicos, que incluye:

ESTADO RESPIRATORIO, CARDIOVASCULAR, NEUROLÓGICO, INGESTA NUTRICIÓN, ELIMINACIÓN, PIEL Y MUCOSAS, ACTIVIDAD/REPOSO, SEGURIDAD Y APOYO FAMILIAR.

Por parte del personal de enfermería del Servicio de Neurocirugía, se elaboró la Hoja de información al familiar del paciente en proceso de transición, para proporcionarles datos necesarios sobre esta área de hospitalización y facilitar el acompañamiento de la familia o personal de ayuda durante las siguientes fases del proceso asistencial.

La estancia prolongada en una unidad de cuidados intensivos puede provocar el riesgo de producirse el «fenómeno de la dependencia del equipo», cuyo sentimiento es directamente proporcional al tiempo de ingreso. Por todo ello, cuando el equipo médico de UCI, plantea la posibilidad de traslado del paciente al Servicio de Neurocirugía, es en estos días previos a la salida del paciente de la unidad de cuidados intensivos, cuando se hará entrega a los familiares del paciente de la hoja de información, por la supervisora de UCI y se ayudará a aclarar dudas que puedan surgirles.

2º semestre de 2019.

Una vez consensuados y elaborados los protocolos de actuación, la puesta en marcha del proyecto consistió en informar a todo el personal de enfermería de ambos servicios de los objetivos de esta línea de mejora, para lo cual se realizaron, por parte de las supervisoras de enfermería, sesiones informativas en cada unidad.

Así mismo en UCI, a petición del personal de enfermería de la unidad, se instaló una planilla del informe de continuidad de cuidados en cada ordenador, para facilitar su elaboración.

Una vez realizada la formación, para evaluar los objetivos planteados se procedió a confeccionar la encuesta de satisfacción dirigida tanto al personal de enfermería de Neurocirugía como al familiar del paciente.

En el mes de diciembre se realizó la evaluación de los resultados obtenidos a través de las encuestas de satisfacción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0794

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICIÓN DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL H.U.M.S

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Exceptuando dos enfermeras de noches fijas, la totalidad de las enfermeras de turno rotatorio (10) de la Planta de Neurocirugía contestaron la encuesta, cuya valoración oscila entre: 1, poco adecuada y 5 muy adecuada.

- A la pregunta: El informe de continuidad de cuidados en el paciente de larga estancia en UCI, ¿te resulta útil? : el 90% de la plantilla lo consideraba muy adecuada (Puntuación:5), el 10% restante adecuada (Puntuación:4) .

- El 100%, Considera que el informe de continuidad de cuidados facilita la comunicación entre la UCI y la Planta de Neurocirugía (Puntuación: 5)

- El 70 % opina Considera muy adecuada (5) y el 30 % (4) adecuada que la información previa sobre la Planta de Neurocirugía a los familiares del paciente de larga estancia en UCI, puede contribuir a disminuir la ansiedad del familiar relacionada con el cambio de entorno.

- En cuanto a la utilidad del nuevo informe de cuidados para el paciente de larga estancia en UCI, oscilaba entre muy adecuada (Puntuación: 5) 4 personas, 3 adecuada (Puntuación: 4) y una puntuación: 3, dos personas.

- No hubo sugerencias a la pregunta: Consideras que la información es insuficiente ¿Qué añadir-ías?.

En los días siguientes al traslado del paciente a la Planta de Neurocirugía, y una vez identificados los cuidadores principales, se realizó la encuesta de satisfacción cuyos resultados fueron:

El 100% recibió folleto informativo de la atención que iba a recibir en planta, así mismo les resultó útil al 100%, en cuanto a la información, 90% consideraba que la información dada se correspondía con la atención recibida posteriormente en la planta de hospitalización, el 90% considera que la información recibida era muy necesaria y por último, la totalidad de los familiares opinaba que dicha información había disminuido el estrés/ansiedad producido por el cambio de Unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todo el equipo de mejora estuvo de acuerdo en considerar que este proyecto de mejora, promueve la seguridad del paciente al garantizar una mejor de comunicación entre los dos servicios.

La valoración integral del paciente neurocrítico y de su familia es importante para su mejor adaptación a la planta de hospitalización.

Los cuidados de enfermería al paciente trasladado de UCI, no se ven afectados por el cambio de equipo asistencial. El personal de enfermería está plenamente cualificado para atender la necesidad de información respecto a los cuidados que recibe el paciente, aunque la habitual sobrecarga de trabajo puede mermar el tiempo disponible para ello.

Las integrantes del grupo de mejora pertenecientes al equipo de enfermería de UCI, considera que el nuevo informe de cuidados, servirá de guía para la elaboración del informe de continuidad de cuidados de todos los pacientes de media/larga estancia, de alta a otras unidades de hospitalización.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/794 ===== ***

Nº de registro: 0794

Título
MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE PROFESIONALES DE ENFERMERIA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICION DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL H.U.MIGUEL SERVET

Autores:
VICENTE DE VERA BELLOSTAS MARIA BELEN, HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ, LAVIÑA LARDIES BEATRIZ, GONZALEZ QUILEZ ELENA, GUERRERO TRENADO ELISA, AGUDO MOLERA RUT, PATRICIA BORJA VALIENTE, NADAL BARBERIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Pacientes criticos de alta al area hospitaliría

Línea Estratégica .: Otras

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos: Calidad: continuidad de cuidados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0794

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICIÓN DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL H.U.M.S

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La planificación óptima del proceso de transición del paciente, desde una Unidad de Cuidados Intensivos a otra Unidad, se define como "el cuidado proporcionado antes, durante y después de la transición con el objetivo de asegurar la mínima interrupción posible y la continuidad en el cuidado del paciente".
Un proceso de transición adecuado contribuye al incremento de la satisfacción de los pacientes y familiares, la continuidad en el cuidado, la disminución de la estancia hospitalaria.
El informe de continuidad de cuidados estándar elaborado en Cuidados Intensivos contiene información relativa a datos de identificación del paciente, la enfermedad motivo de ingreso en la UCI, constantes vitales del paciente al alta de la UCI, medicación intravenosa (incluida nutrición parenteral), tolerancia gástrica (indicando si es portador de SNG y tipo de alimentación enteral), estado del cuidado de escaras o heridas, tipos de drenajes, fechas de inserción de vías e identificación del profesional que cumplimenta el informe.
Sin embargo, cuando la situación clínica del paciente requiere una larga estancia en UCI, es importante resaltar como uno de los factores determinantes del proceso de transición, la "comunicación" entre los miembros del equipo de UCI con el equipo del área de hospitalización al que va a ser trasladado. Esta comunicación debe abarcar diferentes aspectos: nivel de dependencia, de apoyo familiar, aspectos psicosociales, e implicación de otros profesionales en la recuperación del paciente: como fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, logopedia...
En este traspaso de información también se debe incluir las necesidades de los familiares del paciente, en diferentes estudios publicados en relación a este tema, se han identificado varias necesidades prioritarias: la "necesidad de información" y la "necesidad de reducir la ansiedad" relacionada con el cambio de entorno, la incertidumbre, el miedo a lo desconocido y la disminución de la monitorización.

RESULTADOS ESPERADOS

- Garantizar una continuidad asistencial a pacientes de larga estancia en UCI cuya situación clínica requiera una mayor comunicación entre el personal de enfermería de ambos servicios.

MÉTODO

- Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
- Definir la población diana sobre la que se va a realizar un seguimiento en la continuidad de cuidados UCI-Hospitalización.
- Definición de un formato estándar de continuidad de cuidados consensuado entre los profesionales de enfermería de UCI Traumatología y Planta de Neurocirugía del H.U.M.S.
- Definición de un formato estándar de información para los familiares del paciente durante el proceso de transición.
- Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.

INDICADORES

1. Garantía de continuidad de cuidados con criterio de inclusión en el proyecto.
2. Definir la población diana a la que se realizara el seguimiento del proyecto de continuidad de cuidados. 100% de los criterios de inclusión están definidos.
3. Definir el proyecto de continuidad de cuidados.
4. Elaborar encuesta de satisfacción dirigida al personal de Neurocirugía.
5. Elaborar encuesta de satisfacción dirigida Familia/Paciente.

DURACIÓN

1. Definición del grupo de trabajo y diseño del proyecto de mejora.
 - Marzo 2019.
2. Identificación de las necesidades de comunicación entre las dos servicios, áreas a protocolarizar en cada una de las consultas
 - 1º semestre 2019
3. Elaboración de un folleto de información al familiar del paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0794

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE TRANSICIÓN DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL H.U.M.S

- 1º semestre 2019
- 4. Consenso y elaboración de los protocolos de actuación.
- 2º semestre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1050

1. TÍTULO

APRENDE DE LAS MEJORES: TUTORIZACION DE NUEVAS INCORPORACIONES EN EL AREA DE ENFERMERIA POR PARTE DE PROFESIONALES DE RECIENTE JUBILACION

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE GUSTAVO PADILLA ARAGÜES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI NEONATAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUERTES ARAGÜES MARIA ELENA
LARENA FERNANDEZ ISRAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PRESENTACIÓN

La jubilación de profesionales de Enfermería con amplio bagaje en sus respectivas unidades produce, con frecuencia, una pérdida de conocimientos y de habilidades técnicas que al personal de nueva incorporación le resulta complicado de suplir. Además, en unidades de alta complejidad y con una plantilla no especialmente extensa, esta circunstancia conlleva una sobrecarga para el personal experto al tener que asumir, simultáneamente, funciones asistenciales y docentes.

Desde el área de competencia de esta Supervisión, gestión de personal tanto de la Unidad de Cuidados Críticos Pediátricos (UCI-P) como de la Unidad de Cuidados Críticos Neonatales (UCI-N), se trasladó a Dirección la idea de poder reclutar a profesionales (Enfermeras y TCAE) de reciente jubilación para tutorizar al personal de nueva incorporación. Una medida a "coste 0" y que dependía de la voluntad e implicación institucional de las profesionales ya retiradas. Tras su visto bueno se puso en marcha este proyecto, incluido en Contrato de Gestión 2019.

METODOLOGÍA

- En la fase de RECLUTAMIENTO se contactó con las profesionales más recientemente jubiladas: 4 Enfermeras y 2 TCAE, a fin de explicar el proyecto, escuchar sus aportaciones y definir objetivos.
- En la fase de PLANIFICACIÓN se diseñó un programa formativo que abarca las competencias prioritarias en las que las nuevas profesionales deben ser formadas. A su vez, fue fijado el personal diana de esta actividad: Enfermeras y TCAE contratadas para cobertura de vacaciones estivales del año 2019.
- En la fase de IMPLEMENTACIÓN se llevó a cabo la tutorización, con soporte continuo de esta Supervisión.
- En la fase de EVALUACIÓN se midió mediante encuesta la satisfacción de las profesionales tutorizadas, así como las impresiones y sugerencias del personal formador mediante entrevista personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS

Tras varios contactos realizados, UNA ENFERMERA jubilada aceptó formar parte del proyecto, mostrando ilusión por la posibilidad de preservar parte del conocimiento que posee y participando activamente tanto en el posible cronograma y en el programa teórico-práctico a impartir. Las 2 profesionales de Enfermería que comenzaban a trabajar en Junio/2019 y que no contaban con experiencia previa en nuestra unidad, fueron tutorizadas por nuestra enfermera jubilada, mediante el soporte formativo planificado, en 4 áreas:

- Introducción al paciente crítico pediátrico y empleo de gráfica específica
- Actuación ante emergencias: carro de parada, desfibrilación y medicación de urgencia. Diluciones de fármacos.
- Atención integral al paciente postquirúrgico cardiovascular
- Atención integral al paciente postquirúrgico neurológico

Cabe decir que esta formación fue realizada fuera de la jornada laboral, a fin de no dificultar la labor asistencial del personal de la unidad.

Al finalizar su relación contractual con nosotros, las enfermeras tutorizadas cumplimentaron una encuesta de satisfacción (5 preguntas, tipo Likert, con opción de añadir comentarios): ambas califican como "muy útil para su labor profesional" el hecho de haber participado en el proyecto junto a la profesional jubilada. Además se constata una disminución del estrés que se produce al empezar a trabajar en una unidad altamente especializada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

1. El hecho de contar con una profesional experta que, sin carga asistencial, tutorice en el inicio al personal que se incorpora a nuestras unidades y que no poseen experiencia previa, ha puesto en evidencia las fortalezas de este proyecto:
 - a. Disminución de la ansiedad que produce empezar en una unidad de alta complejidad.
 - b. Capacidad de ejercer el trabajo habitual con menor dependencia del resto de compañeras.
 - c. Transferencia de conocimiento que, de otra manera, sería perdido.
 - d. Disminución relativa en la carga de trabajo del resto de profesionales, que suelen tener que realizar tareas asistenciales a la vez que docentes.
 - e. Mínimo coste para la institución.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1050

1. TÍTULO

APRENDE DE LAS MEJORES: TUTORIZACION DE NUEVAS INCORPORACIONES EN EL AREA DE ENFERMERIA POR PARTE DE PROFESIONALES DE RECIENTE JUBILACION

2. Pero también encontramos debilidades. Y amenazas. El reclutamiento de profesionales jubiladas no está exento de dificultades. Pese a disponer de 6 personas con una fecha de jubilación y condiciones físicas y mentales apropiadas para desempeñar la tarea sólo una de ellas accedió a realizar el programa. En cuanto a las dificultades planteadas:

- a. NO DISPONIBILIDAD temporal. La fecha de comienzo del personal contratado condiciona el margen temporal para realizarlo.
- b. Es muy significativo que el 50% de las profesionales contactadas expresen que no van a participar porque tienen la sensación de "explotación" institucional hacia ellas. Coincide con que son profesionales que consideran que la institución no se ha preocupado por ellas durante su vida laboral, han tenido sobrecarga asistencial en numerosas ocasiones sin compensación de ningún tipo (no ya económica, sino de necesidades formativas, gestión de personal localizado, aumento importante del número de personal con reducción de jornada, ratios enfermera/TCAE - paciente) y por ello muestran un DESALINEAMIENTO con los objetivos de la institución, muy a tener en cuenta.
- c. Puede existir una ALTA VARIABILIDAD en el número de profesionales jubiladas de un año para otro, así como de la percepción subjetiva del proyecto y la voluntad de llevarlo a cabo.

Expuesto esto, desde esta Supervisión se aboga por la NO INCLUSIÓN en próximos Contratos de Gestión de un programa como el aquí planteado. El alcance de los puntos fuertes logrados no compensa la INCERTIDUMBRE de las debilidades que presenta. Recalcar que la desmotivación expresada por parte de las profesionales sondeadas debe ser tenida en cuenta como AMENAZA para futuros proyectos que avancen en esta dirección.

Sin embargo, el hecho de no quedar incluido en los acuerdos de gestión no implica que no exploremos la opción de programar una nueva tutorización para el periodo estival de 2020, dado que, pese al alcance parcial, se han obtenido unos buenos resultados a través de una intervención de estas características.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1050 ===== ***

Nº de registro: 1050

Título
APRENDE DE LAS MEJORES: TUTORIZACION DE NUEVAS INCORPORACIONES EN EL AREA DE ENFERMERIA POR PARTE DE PROFESIONALES DE RECIENTE JUBILACION

Autores:
PADILLA ARAGÜES GUSTAVO, FUERTES ARAGÜES ELENA, LARENA FERNANDEZ ISRAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dirigido, en primera instancia, a la prestación de cuidados en edad pediátrica y neonatal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La llegada del periodo estival vuelve a traer a las unidades de trabajo especializado personal que no reúne los requisitos competenciales ideales para llevar a cabo un trabajo de Enfermería que cumpla los estándares de calidad y seguridad que consideramos óptimos. Esta situación genera un estrés adicional en el personal estable de plantilla, teniendo que asumir más cuidados especializados y la formación "in situ" del personal de cobertura estival. Enlazando con el lema "Personas para personas", que define la labor de esta Dirección, consideramos que sería de gran utilidad la aportación que las profesionales recién jubiladas, y aún con buena motivación, pueden aportar con la tutorización de las nuevas profesionales durante los primeros días de su etapa en nuestras unidades.

RESULTADOS ESPERADOS
- Formación cualificada a personal de nueva incorporación
- Disminución del estrés en la plantilla estable de las unidades
- Impulso a los cuidados especializados de calidad
- Aumento de la seguridad en la prestación de cuidados en nuestras unidades
- Aprovechamiento del conocimiento acumulado, evitando su pérdida tras la jubilación de nuestras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1050

1. TÍTULO

APRENDE DE LAS MEJORES: TUTORIZACION DE NUEVAS INCORPORACIONES EN EL AREA DE ENFERMERIA POR PARTE DE PROFESIONALES DE RECIENTE JUBILACION

profesionales

MÉTODO

- Tutorización tanto de Enfermeras como de TCAE en los primeros días de su relación profesional en las unidades, a cargo de las profesionales de reciente jubilación que mantengan el interés y la motivación adecuadas
- Programa dirigido tanto a orientar en cuidados y técnicas "in situ" como a realizar talleres con casos prácticos (montaje de equipos de Ventilación Asistida, diluciones especiales de fármacos...)
- Reunión previa a la llegada del personal nuevo con las profesionales voluntarias para establecer horarios, turnos y dinámicas a seguir desde el primer día

INDICADORES

- Nivel de satisfacción del personal de nueva incorporación, medido mediante encuesta (estándar de "muy satisfecho" > 80%)
- Nivel de satisfacción del personal estable de la unidad, medido mediante encuesta y entrevista personal, una vez observado el aprovechamiento al finalizar el periodo de tutorización (estándar de "muy satisfecho" > 80%)
- Disminución de errores registrados al finalizar el periodo estival comparando con los años anteriores

DURACIÓN

- Inicio a 1 de Junio/19, coincidiendo con el inicio de la contratación estival
- Plan inicial de 5 días de formación, adaptable según los turnos de trabajo asignados
- Inicio escalonado en dependencia de diferentes fechas de inicio de contratos (15 de Junio, 1 de Julio)
- Evaluación a las nuevas profesionales a la semana de su tutorización
- Evaluación con encuesta a la plantilla al mes de la tutorización, a fin de poder observar resultados
- Evaluación de errores registrados al finalizar el periodo estival

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0261

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE JUAN PABLO GARCIA IÑIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI PEDIATRIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOMINGUEZ CAJAL MARIA DE LAS MERCEDES
MADURGA REVILLA PAULA
FUERTES ARAGÜES ELENA
LIPE CLARES MARIA MAR
ROYO LUCIA ANA JESUS
MARTIN RUIZ ANA ISABEL
GIL HERNANDEZ IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- En diciembre de 2016 se finalizó con éxito la realización de toda la documentación de los procesos que se realizan en la Unidad: Disponemos de un Procedimiento General Complementario, 8 Procedimientos Operativos, 49 Instrucciones Técnicas, 50 Formatos y 6 Procedimientos Generales de Soporte.
- El 20 de marzo de 2017 se superó la auditoría interna.
- El 29 de marzo se realizó la Revisión por la Dirección.
- El 21 de abril de 2017 se superó la auditoría externa realizada por la empresa Bureau Veritas.
- Con fecha de 17 de junio de 2017 se obtuvo satisfactoriamente la ACREDITACIÓN DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001.
- En la actualidad estamos en proceso de reacreditación habiendo superado la auditoría interna con fecha de 7 de febrero de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 17 de junio de 2017, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza está oficialmente acreditada en la NORMA UNE-EN ISO 9001.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La plantilla de la Unidad, tanto médicos, DUEs y TCAEs están plenamente convencidos de la conveniencia de trabajar en un sistema de gestión por procesos y basado en la Calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/261 ===== ***

Nº de registro: 0261

Título
IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO, DOMINGUEZ CAJAL MARIA DE LAS MERCEDES, MADURGA REVILLA PAULA, FUERTES ARAGÜES MARIA ELENA, LIPE CLARES MARIA MAR, ROYO LUCIA ANA JESUS, MARTIN RUIZ ANA ISABEL, GIL HERNANDEZ IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Las que requieran ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el año 2007, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Infantil Miguel Servet de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0261

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Zaragoza dispone de un grupo de mejora de Calidad Asistencial. Desde entonces, el grupo se ha mantenido vigente celebrando reuniones trimestrales, solucionando problemas según su aparición y realizando, todos los años, 2 líneas de mejora de calidad.

Creemos que éste es el momento de dar un paso más en la apuesta de esta Unidad por la Calidad Asistencial. Por ello, gracias al apoyo y visto bueno de la Unidad de Calidad Asistencial, al del Jefe de Servicio de Pediatría y a la Dirección del Centro, queremos comenzar este año el proceso para que nuestra Unidad reciba la certificación en Calidad UNE-EN ISO 9001.

RESULTADOS ESPERADOS

El resultado que se espera obtener al finalizar el proceso es que la Unidad reciba la certificación UNE-EN ISO 9001 en junio de 2017.

MÉTODO

Guiados por la Unidad de Calidad del Centro (UCA) compuesta por Juan Ramón García Mata, Víctor Manuel Solano Bernad y Marisa Vela Marquina, disponemos de un equipo humano ilusionado y estable en el que están representados diferentes estamentos de la Unidad.

Los principales responsables del grupo de trabajo son Juan Pablo García Iñiguez (Responsable de Calidad de UCIP), María Mercedes Domínguez Cajal (FEA), Paula Madurga Revilla (FEA), María Elena Fuertes Aragüés (Supervisora de Enfermería) y María Mar Lipe Clarés (Supervisora de Enfermería).

El proceso estará dirigido por la UCA con reuniones semanales/quincenales con los principales responsables del grupo de trabajo. En estas reuniones, la UCA expondrá líneas de trabajo y tareas a realizar que se realizarán por el equipo de la Unidad y serán corregidos en las siguientes reuniones.

INDICADORES

El principal Indicador será la obtención de la certificación UNE-EN ISO 9001 por parte de la Unidad.

Como otros Indicadores se establecen:

- Documentación de los procesos finalizada.
- Superación de Auditoría interna.
- Visto bueno de la Dirección.
- Superación de Auditoría externa por empresa especializada.

El seguimiento será realizado directamente por la UCA y por los responsables principales del proyecto en las citadas reuniones.

DURACIÓN

El objetivo final es recibir la certificación UNE-EN ISO 9001 en junio de 2017. Evidentemente, una vez recibida la acreditación, el grupo de trabajo seguirá activo con el objetivo de mantener y mejorar dicha acreditación año a año.

El calendario establece los siguientes puntos intermedio antes de la obtención de la acreditación:

- Diciembre de 2016. Fecha límite para tener escrita toda la documentación de los procesos.
- Febrero/Marzo de 2017. Auditoría interna.
- Abril/Mayo 2017. Visto bueno de la Dirección.
- Junio 2017. Auditoría externa por empresa especializada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0052

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE VICTOR SOLANO BERNAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARCELONA TRIVEZ ANA
JUSTA ROLDAN MARIA LUISA
ROYO CRESPO IGNACIO
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO
LANZUELA VALERO MANUELA
SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Septiembre 2016: Se entrega memoria unificada pediatria (año 2015)
Octubre 2016: Se entrega itinerario-guía 2016 unificado
Las EIR asisten a la sesión diaria
Se ha planificado y realizado sesión docente conjunta
Las EIR participan en los casos clínicos semanales
Las tutoras EIR forman parte de subcomisiones de trabajo
Enero 2017: Existencia calendario de sesiones hospitalarias para 2017=SI

Enero 2017: Sesiones hospitalarias realizadas en 2016=6

Marzo 2017: Auditoria interna realizada el 15 de Marzo de 2017

Revisión por la dirección realizada el 30 de Marzo de 2017

Junio 2017: Sesiones hospitalarias realizadas en 2017=5

Junio 2017: Programa de auditorías internas aprobado = SI

Septiembre-Diciembre 2017: En todas las comisiones de docencia se realiza el seguimiento de la documentación necesaria para el desarrollo del proceso formativo de posgrado.

Septiembre 2017: Se entrega itinerario-guía 2017 unificado

Noviembre 2017: Se entrega memoria unificada pediatria (año 2016)

Diciembre 2017: Revisión No Conformidades SGC

Diciembre 2017: Registro actividades formativas tutores

Diciembre 2017: Sesiones hospitalarias realizadas en 2017=8

Diciembre 2017: Número de auditorías internas realizadas = 0

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Objetivos año 2017 establecidos en Enero de 2017

- Auditoria interna y revisión por la dirección realizadas de acuerdo con lo previsto

- La certificación ISO 9001 se mantiene tras la auditoría externa de Mayo de 2017. No se detectan desviaciones menores ni mayores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Los objetivos, con sus actividades asociadas para lograrlos, se han conseguido con la implicación de todos los miembros que participan en el proceso formativo. No obstante, existen dos aspectos pendientes:

a) Escasa participación de los tutores en la oferta formativa, salvo en las Jornadas de tutores, que tienen el inconveniente de no ser anuales.

b) No se ha desarrollado el programa de auditorías internas, al estar suspendido el programa de auditorías externas docentes del ministerio. No ha afectado al resultado de la certificación, pero debería retomarse en caso de constatar la previsión de una auditoría docente.

- La certificación ISO 9001 constituye un instrumento de mejora imprescindible para mantener la excelencia en el proceso formativo de posgrado hospitalario.

- Esta certificación puede mantenerse en el tiempo e incluso replicarse en otras comisiones de docencia de la Comunidad Autónoma.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0052

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/52 ===== ***

Nº de registro: 0052

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO

Autores:
SOLANO BERNAD VICTOR MANUEL, BARCELONA TRIVEZ ANA, JUSTA ROLDAN MARIA LUISA, JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES, ROYO CRESPO IGNACIO, DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, LANZUELA VALERO MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: N/A
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proceso de docencia de posgrado (Comisión de Docencia) del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente descritos y documentados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores de calidad que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
Nuestro planteamiento es mantener la certificación, abordando las oportunidades y deficiencias detectadas en las auditorias (interna y externa) y la revisión por la dirección

RESULTADOS ESPERADOS
Tras el análisis de los objetivos de calidad del año 2015, el cuadro de mandos y los resultados de las auditorias (docentes y del sistema de calidad), así como la revisión por la dirección de 2016, se plantean las siguientes objetivos de mejora:

- Implantar sesiones clinicas generales.
 - Garantizar el cumplimiento de los requisitos para el desarrollo del proceso formativo de postgrado
 - Desarrollar adecuadamente las acciones correctivas definidas en las NC abiertas
 - Fomentar la existencia de más tutores acreditados, así como el nombramiento de tutores de apoyo en unidades docentes con tutor único
 - Incluir trimestralmente en el programa formativo los cursos propuestos a los tutores, registrando como evidencia el correo con la propuesta.
 - Registrar semestralmente los tutores asistentes a los mismos, así como la evaluación del curso.
 - Elaborar el itinerario-guía del 2016 y 2017 de la UDM Pediatría unificando actividades de médicos y enfermeras.
- Se elaborará la memoria de 2015 recogiendo las actividades docentes de ambos colectivos.

MÉTODO
- Se utilizará toda la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua, revisada mensualmente a través de la Comisión de Docencia.
- Se establecerán como objetivos para el año 2017 las áreas de mejora detectadas a través de las auditorias y los resultados de los indicadores del cuadro de mandos

INDICADORES

1. Existencia calendario de sesiones hospitalarias para 2017 (S/N)
 - a. Fecha prevista: Octubre 2016
 - b. Responsable: JA Domingo, MA Javierre
2. Sesiones hospitalarias realizadas en 2016 (N=6)
 - a. Fecha prevista: Marzo-Diciembre 2016
 - b. Responsable: JA Domingo, MA Javierre
3. Programa de auditorías internas aprobado (S/N)
 - a. Fecha prevista: Septiembre 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0052

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO

- b. Responsable: V Solano, I Royo, AP Soriano
- 4. Número de auditorias internas realizadas (N=3)
- a. Fecha prevista: Octubre-Noviembre 2016
- b. Responsable: V Solano, ML Justa, M Lanzuela.
- 5. Registro correcto de actividades formativas realizadas por tutores en el F12_CD (S/N)
- a. Fecha prevista: Diciembre 2016
- b. Responsable: A Barcelona
- 6. Documentación única de la UDM Pediatría, integrando las actividades de médicos y enfermera (S/N)
- a. Fecha prevista: Diciembre 2016
- b. Responsable: ML Justa

DURACIÓN

Evaluacion objetivos SGC 2016: Diciembre 2016
Establecimiento objetivos SGC 2017: Enero 2017
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... : 4 Mucho  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... : 3 Bastante  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... : 3 Bastante  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... : 3 Bastante
```

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1387

1. TÍTULO

REALIZACION D E INSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA TRILLO MARTINEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO ESCRIBANO MERCEDES
BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL
GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA
SOLANO BERNAD VICTOR
PABLO CEREZUELA FRANCISCO
NOYA CASTRO CARMEN
MONREAL HIJAR ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizamos el cronograma y varias reuniones para establecer las líneas y el diagrama de solicitud de certificados. Los impresos de solicitud e informe se han colgado y se pueden descargar de la intranet. Se han realizado las instrucciones que ya son aplicadas por la unidad, han sido aprobadas por Dirección y van a ser colgadas próximamente en la intranet. El formulario para realizar la solicitud online está realizado y se ha enviado a colgar en la web recientemente, aún no ha sido utilizado. Se dará publicidad enviando correos a personas clave e informando en el banner de la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En relación al calendario previsto no ha sido cumplido en su último trimestre por la situación de la unidad, con cambio de personal y nueva distribución de funciones.
El indicador número de reuniones se ha cumplido.
El indicador certificados realizados cumpliendo estándares se ha cumplido con un seguimiento de las instrucciones por parte del personal que los realiza muy comprometido.
Dentro del indicador solicitudes realizadas online, contabilizamos las solicitudes por correo electrónico ya que todavía no es posible realizar la solicitud propiamente online, ha tenido mucha aceptación y se ha llegado a cumplir el objetivo del 30% propuesto para el primer año, por lo que esperamos que se alcance la solicitud mayoritaria sin papel en el próximo año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos terminando la implantación del proyecto ya que todavía falta poder realizar la solicitud online y darle publicidad, la elaboración de las instrucciones ha servido para establecer el cauce y requisitos claros, dando transparencia y evitando discriminaciones.
Proyecto sostenible ya que marca el principio de actuación de la unidad para emitir certificados, siendo replicable en otros ámbitos en los que también se realizan como ej. personal.
El siguiente paso será incorporar la firma electrónica que dará un punto de inflexión siendo entonces cuando se descarte el papel al ser todo el procedimiento electrónico y mucho más eficiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1387 ===== ***

Nº de registro: 1387

Título
REALIZACION DE INSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD

Autores:
TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA, MORENO ESCRIBANO MERCEDES, BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL, GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA, SOLANO BERNAD VICTOR, PABLO CEREZUELA FRANCISCO, SANCHEZ GARCIA DOLORES MERCEDES, NOYA CASTRO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1387

1. TÍTULO

REALIZACION D EINSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los procesos de selección y provisión de puestos de trabajo en la C.A. han multiplicado los requerimientos de certificados. Al no existir unas instrucciones previas, se han detectado problemas para tener evidencias que permitan realizar una valoración objetiva, por tanto, es necesario realizarlas, estableciendo un protocolo con criterios explícitos y objetivos que eviten discriminaciones y facilitando la labor al personal que debe realizarlos. La Resolución 11/4/18 de la D.G. de asistencia sanitaria del Dpto. de Sanidad del Gob. de Aragón regula las comisiones clínicas y grupos de trabajo en los centros sanitarios y aporta criterios que deberán incorporarse, además la tramitación electrónica según la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de procedimiento, debe constituir la actuación habitual de las AAPP, sirve mejor a los principios de eficacia y eficiencia, y refuerza las garantías de los interesados. La constancia de documentos y actuaciones en un archivo electrónico facilita el cumplimiento de las obligaciones de transparencia, y permite ofrecer información puntual, ágil y actualizada. Por ello se van a informatizar los modelos de solicitud de la UCA, dando así a los solicitantes mayor facilidad para su obtención.

RESULTADOS ESPERADOS

Realización de instrucciones consensuadas con la Dirección para su conocimiento por todo el personal para realizar certificados con seguridad, objetividad y transparencia. Facilitar al personal de la Unidad la confección de certificados, consiguiendo un mejor aprovechamiento del tiempo y una mayor calidad de la actividad. Mejorar el cauce de solicitud con la eliminación progresiva del papel y el consiguiente ahorro que conlleva: espacio para almacenar documentación, en trabajos de administración, tiempo y dinero. Acercar a los solicitantes la Unidad facilitando los impresos, la descarga del documento, cumplimentación y envío que se podrá realizar durante las 24 h. Conseguir mayor eficacia en la realización de los certificados al tener toda la información digital.

MÉTODO

Reuniones periódicas del equipo para establecer las líneas y el diagrama de solicitud de certificados. Despliegue de los requisitos a solicitar para la justificación de la emisión de los certificados. Archivo de documentación en Base de datos. Creación de instrucciones disponibles en la web detallando el proceso de solicitud y las formas de contacto con la UCA. Incorporación a la web de los informes y solicitudes en formato Word y un acceso de solicitud electrónico. Reestructuración del contenido web del Sector II en el apartado de Calidad. Acuerdo con Dirección. Publicidad en intranet y correos a personas clave para su difusión.

INDICADORES

A partir de la realización será necesario su cumplimiento para todos los certificados. Se utilizarán como indicadores: Número de reuniones del grupo de trabajo en los 12 meses. Estándar: 6. Certificados realizados cumpliendo los requisitos necesarios / total de certificados. Grado de cumplimiento 100%. Solicitudes realizadas "on line" / total de solicitudes. El estándar a alcanzar sería obtener un porcentaje superior al papel con su desarrollo (60%), aunque al ser el primer año se establece un porcentaje del 30% como éxito de la implantación. Seguimiento diario con las recepciones de solicitudes (100%). Encuesta de satisfacción en último trimestre. Satisfacción global de los solicitantes >80%.

DURACIÓN

Junio 2018: inicio de las reuniones periódicas del grupo de trabajo
Julio-Septiembre 2018: realización de borrador de instrucciones y de los modelos normalizados y reestructuración contenido web.
Octubre 2018: evaluación del trabajo y consenso del equipo de trabajo.
Noviembre 2018: difusión de las instrucciones en Intranet y por correo, e implantación de las mismas así como de los catálogos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1387

1. TÍTULO

REALIZACION D EINSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1306

1. TÍTULO

MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ELISA CIVITANI MONZON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE DIABETES PEDIATRICA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO ABELLA MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas tienen como base el programa estructurado del proceso formativo de los protocolos de consenso de la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP). Para su realización se estableció el siguiente programa:

FASE 1:
-Durante el mes de abril se elaboraron los cuestionarios pre y post test para valorar los conocimientos generales sobre diabetes, y otro más exclusivamente sobre Terapia ISCI de 10 ítems. Al no encontrar cuestionarios validados para nuestra población diana, se optó por elaborarlos en la Unidad.
-Se elaboró el contenido teórico de las 2 primeras sesiones y su apoyo visual con proyección de imágenes en powerpoint. Elaborado exclusivamente para estas sesiones.
Esta fase se realizó en menos tiempo del previsto, lo que facilitó empezar la siguiente fase 1 mes antes.

FASE 2:
En el mes de mayo se inició el programa, a partir de este momento cada mes se citó a un máximo de 2 familias para entrar en el programa ISCI. Los pacientes incluidos en este programa cumplieron con los requisitos establecidos en las instrucciones del Gobierno de Aragón.

Las actividades siguieron el siguiente programa:

1ª semana (Sesión 1 y 2)

SESIÓN 1: Sesión teórica impartida por la educadora de aproximadamente 2h. Versó sobre aspectos relacionados con "Conocimientos de nivel avanzado". Previo a su inicio, se distribuyó un cuestionario de 10 ítems sobre conocimientos de la diabetes. Lo respondieron ambos padres y si el paciente era mayor de 10 años de forma individualizada. Se utilizó presentación de Powerpoint elaborada específicamente para este proyecto.
SESIÓN 2: Sesión teórica impartida 1-2 días después de la primera, el contenido es específico de la "Terapia con sistema ISCI". Impartida por la educadora, de unas 2h de duración y con apoyo visual de la presentación en Powerpoint.

2ª semana (Sesión 3 y 4):

SESIÓN 3: Impartida por la educadora sobre el "Manejo e implantación sistema ISCI". Los endocrinos pediátricos son los encargados de pautar la dosis de insulina y se programa de forma conjunta. Duración aproximada 2h
SESIÓN 4: Sesión práctica que tiene lugar 3 días después de la anterior, para realizar el "1º cambio de catéter" junto a educadora y endocrinos pediátricos. Duración aproximada 1h
Al finalizar las sesiones, se volvió a pasar el mismo cuestionario de conocimientos de diabetes y otro distinto de 10 ítems específico sobre la terapia ISCI

Tras esta sesión, se realiza seguimiento (telefónico y vía correo electrónico de la unidad de diabetes), al día siguiente del inicio de la Terapia ISCI durante 2-3 días para ajuste de dosis y resolución de dudas.

En la 3ª semana, se programa visita presencial conjunta pediatra y educadora para continuar con el ajuste de dosis, afianzamiento de conocimientos y resolución de dudas. duración de unos 30 min.
En la 4ª semana del mes se programa otra visita presencial conjunta, de unos 30 minutos de duración. A partir de este momento, el seguimiento se realizará en función de las necesidades de la familia hasta que consigan suficiente autonomía. Posteriormente, entrarán en el programa de seguimiento trimestral de la Terapia ISCI

FASE 3:
En el mes de noviembre se evaluaron las encuestas. 10 familias participaron en el proyecto.

FASE 4 : En el mes de diciembre, se replantearon diversas mejoras que se señalan en el punto 7.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todas las familias contestaron los cuestionarios. Consideramos asimilados los conceptos con una puntuación en ambos test de 7 ítems correctos en cada uno de ellos al menos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1306

1. TÍTULO

MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

Todos obtuvieron una puntuación mayor a 7, por lo que el estándar alcanzado fue del 100%

PORCENTAJE DE NIÑOS PORTADORES DE SISTEMA ISCI

Área relevante: Continuidad de cuidados
Dimensión: Efectividad
Tipo de indicador: Proceso
Objetivo/justificación: Valorar la asimilación de conceptos transmitidos en las sesiones de la educadora en diabetes para implantar el sistema ISCI
Fórmula :
Nº niños y/o cuidador principal con ISCI que reciben ETD y han asimilado conceptos esenciales (10) x100/
Nº niños con diabetes portadores de ISCI que reciben ETD (10) = 100%

Explicación de términos: Se entiende por ISCI, los sistemas de infusión subcutánea continua de insulina
Estándar: 90%. ESTÁNDAR ALCANZADO 100%
Fuente de datos: Corte semestral en unidad de diabetes
Población: Niños con diabetes y sus cuidadores principales
Responsable de la obtención: Enfermera educadora en diabetes pediátrica
Periodicidad de obtención: Semestral
Observaciones: Se medirá la asimilación de conceptos al finalizar las sesiones de ETD de ISCI con cuestionario

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El primer cuestionario sobre conocimientos generales refleja un alto conocimiento tanto por parte de los padres como de los niños.
El segundo cuestionario tiene un mayor número de fallos, y suelen coincidir en las mismas preguntas, lo cual nos hace plantearnos modificar la forma de transmitir esos conocimientos en la parte teórica de la segunda sesión para que queden afianzados.
Deberíamos pasar el segundo cuestionario al mes de iniciar la terapia con ISCI, para valorar los conocimientos específicos de este nuevo tratamiento para los pacientes y sus familias.
Este sistema de trabajo estructurado resulta útil para profesionales y familias, ya que permite organizar la información, establecer tiempos y evaluar el programa. Por este motivo se decide implantarlo dentro de la Unidad de forma sistemática.
Debido al rápido avance de estas nuevas tecnologías y a los nuevos dispositivos financiados por el Gobierno de Aragón, decidimos aumentar en 2 sesiones más el programa: "Inserción de sensor de monitorización de glucosa" y "descarga de datos en plataforma software e interpretación" durante el año 2020.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1306 ===== ***

Nº de registro: 1306

Título
MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

Autores:
CIVITANI MONZON ELISA, RUBIO ABELLA MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1306

1. TÍTULO

MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere un autocuidado las 24 horas del día. La atención al niño con diabetes persigue dos objetivos principalmente: mejorar el control glucémico y ayudar al niño y a sus cuidadores principales a convivir con la diabetes.

El número de personas con diabetes tipo 1 subsidiarias de tratamiento con bomba de insulina es cada vez mayor. En los últimos dos años se ha triplicado el número de pacientes portadores de ISCI (Infusor Subcutáneo Continuo de Insulina) en nuestra unidad. Actualmente, se realiza el seguimiento y control de más de 60 niños portadores de ISCI.

Se requiere un equipo multidisciplinar y programas educativos estructurados específicos con el fin de optimizar la implementación de la terapia así como el seguimiento. Es necesario contar con un equipo especializado de profesionales en esta materia, donde la enfermera educadora en diabetes tiene un papel fundamental al ser la encargada de realizar la formación necesaria al niño y a su cuidador principal.

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar una educación terapéutica adecuada y eficiente a través de la enfermera educadora en diabetes adaptando los recursos que están a nuestro alcance.

POBLACIÓN DIANA: Pacientes atendidos en la Unidad de Diabetes Pediátrica con criterios de terapia ISCI.

MÉTODO

Las actividades realizadas tienen como base el programa estructurado del proceso formativo de los protocolos de consenso de la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP).

1. Sesiones formativas: las dos primeras serán teóricas y las dos siguientes prácticas

SESIÓN 1: Control de la diabetes

SESIÓN 2: Terapia con sistema ISCI

SESIÓN 3: Manejo e implantación sistema ISCI

SESIÓN 4: Realización 1º cambio de catéter

2. Posttest tras el programa educativo:

Tras la última sesión formativa se realizará el test al paciente o a su cuidador principal en función de su edad, para valorar la asimilación de conceptos.

3. Citas sucesivas: serán programadas, a demanda, telefónicas, etc... para resolver dudas y afianzar los conceptos que les permitan adquirir la autonomía necesaria.

INDICADORES

PORCENTAJE DE NIÑOS PORTADORES DE SISTEMA ISCI

Área relevante Continuidad de cuidados

Dimensión Efectividad

Tipo de indicador Proceso

Objetivo/justificación Valorar la asimilación de conceptos transmitidos en las sesiones de la educadora en diabetes para implantar el sistema ISCI

Fórmula

Nº niños y/o cuidador principal con ISCI que reciben ETD y han asimilado conceptos esenciales x100

Nº niños con diabetes portadores de ISCI que reciben ETD

Explicación de términos Se entiende por ISCI, los sistemas de infusión subcutánea continua de insulina

Estándar 90%

Fuente de datos Corte semestral en unidad de diabetes

Población Niños con diabetes y sus cuidadores principales

Responsable de la obtención Enfermera educadora en diabetes pediátrica

Periodicidad de obtención Semestral

Observaciones Se medirá la asimilación de conceptos al finalizar las sesiones de ETD de ISCI con cuestionario

DURACIÓN

FASE 1 o de elaboración de:

- el contenido de las sesiones teóricas a través de un power point: abril - mayo
- el test de valoración de la asimilación de conceptos pre y post la formación: mayo
- el material de apoyo y la cartilla de seguimiento de cuidados y citas: mayo

FASE 2 o puesta en marcha de la mejora:

- realización de las sesiones formativas: junio (según se produzcan las inclusiones de niños en el programa por criterios clínicos)

FASE 3 o de evaluación de la mejora:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1306

1. TÍTULO

MEJORA EN EDUCACION AL NIÑO Y/O CUIDADORES PRINCIPALES PARA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFUSION SUBCUTANEA CONTINUO DE INSULINA (ISCI) EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA EDUCADORA DE DIABETES PEDIATRICA

- evaluación de indicadores: semestral

FASE 4 o replanteamiento e introducción de otras mejoras, si procede: diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0858

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DEL SECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE EVA GALVEZ ALVAREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE FORMACION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONREAL HIJAR ANTONIO
ASCASO MARTORELL MARIA
PABLO CEREZUELA FRANCISCO
BALFAGON ROMEO MARIA
BARCELONA TRIVEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Formación en la versión 2015 de la norma ISO 9001: En diciembre de 2016 participamos en el curso sobre la nueva versión de la norma la responsable de calidad y una administrativo de la Unidad: Explicamos al equipo en qué va a consistir la adaptación a la nueva versión en Comisión de Formación continuada.

- Revisión de la documentación y adaptaciones pertinentes a la versión 2015 progresivamente, y hasta tenerlo preparado en 2018, como exige la norma, pero el contexto actual de creación de una nueva unidad que incluirá las áreas de Innovación, Calidad y Formación supone una reestructuración total que no soporta el mantenimiento de nuestro SGC .

- Preparación para la auditoría interna de 2017. Auditoría interna superada

- Preparación para la auditoría externa de 2017. Auditoría externa superada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Superada Auditoría Externa en 2017

Por indicación de la Gerencia del Sector II, se conforma una nueva unidad de Innovación, Calidad y Formación, en la que aún desconocemos si se va a poder mantener algo de la anterior estructura.
Por tanto, en 2018 consideramos que no tiene sentido mantener el SGC en una unidad que, o bien desaparece, o se modifica su estructura notablemente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Unidad de Formación y Desarrollo Profesional ha obtenido la certificación ISO 9001:2008 durante los años 2015, 2016 y 2017, apreciando una franca mejora en la gestión de calidad de la Formación.
Sentimos enormemente no poder continuar con la misma en la ya antigua Unidad de Formación y Desarrollo Profesional del Sector Zaragoza II

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/858 ===== ***

Nº de registro: 0858

Título

CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DEL SECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015

Autores:

GALVEZ ALVAREZ EVA, MONREAL HIJAR ANTONIO, ASCASO MARTORELL MARIA, ABRIL ZAERA MARIA PILAR, PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR, PABLO CEREZUELA FRANCISCO, BALFAGON ROMEO MARIA, BARCELONA TRIVEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: formación en diferentes estrategias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0858

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DEL SECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Unidad de Formación y Desarrollo profesional del Sector Zaragoza II se halla certificada según la norma ISO 9001:2008 desde mayo de 2015.

La nueva versión ISO 9001:2015 se publicó el 23 de septiembre de 2015. Ahora es necesario comenzar con los trabajos de transición.

La nueva ISO 9001 2015 trae cambios muy importantes, aunque el más destacado es la incorporación de la gestión del riesgo o el enfoque basado en riesgos en los Sistemas de Gestión de la Calidad. Aunque es una técnica normalmente aplicada en las organizaciones hasta ahora no estaba alineada con el SGC.

La norma ISO 9001 versión 2015 ya puede ser implantada en una organización, aunque existe un periodo de transición de 3 años.

Es muy importante no dejar todo el trabajo para el final del citado periodo, pues puede ponerse en riesgo el certificado de calidad de la organización.

En septiembre de 2018 los certificados de ISO 9001:2008 ya no serán válidos

RESULTADOS ESPERADOS

? Adaptación del actual sistema de gestión de la calidad a la nueva versión ISO 9001:2015, fundamentalmente en los aspectos: 4. Contexto de la organización 6. Planificación y 9. Evaluación del desempeño

? Recertificación en 2017.

MÉTODO

Fase I: Formación en la versión 2015 de la norma ISO 9001

Fase II: Revisión de la documentación y adaptaciones pertinentes:

Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades.

El objetivo que se persigue es asegurar que el Sistema de Gestión de la Calidad funciona de forma correcta y que se obtienen todos los resultados que se esperan, además se tiene que realizar una planificación de las acciones que harán frente a todos los riesgos y las oportunidades.

La gestión del riesgo planteada sustituye a la que se han conocido hasta ahora cómo acciones preventivas. La norma ISO 9001:2015 no establece la metodología que se debe utilizar para identificar, analizar y evaluar todos los riesgos ligados a procesos. Para reducir o eliminar todos los fallos que derivan de los riesgos se gestionarán de una manera proactiva.

Fase III: Preparación para la auditoría interna de 2017

Fase IV: Preparación para la auditoría externa de 2017

INDICADORES

Recertificación: Si/No

Indicadores CG 2016

DURACIÓN

Fase I: noviembre - diciembre de 2016

Fase II: diciembre de 2016 - febrero de 2017

Fase III: abril de 2017

Fase IV: mayo - junio de 2017

OBSERVACIONES

Certificación ISO 9001:2008 de la Unidad de Formación del Sector Zaragoza II desde mayo de 2015.

Superadas sendas auditorías internas: 2015 y 2016

Cumplimiento de Contratos de Gestión anuales (>95%)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1134

1. TÍTULO

FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA LOURDES DE TORRES AURED
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD FUNCIONAL DE DIETETICA Y NUTRICION
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ MOLINA CONSUELO
FRANCES PINILLA MARINA
VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN
GOMEZ JULIAN CRISTINA
LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-7 Reuniones en la práctica, para ir introduciendo en la herramienta OMI de AP los parámetros necesarios para la introducción informática de los items utilizados en el cribado nutricional del paciente en riesgo de desnutrición.
-Entrega a la Coordinadora Asistencial de Enfermería del Departamento, para su conocimiento e implementación.
-Presentación a las direcciones de Enfermería del HUMS, y a las de AP de los Sectores Zaragoza 1,2,3,
-Presentación a profesionales en la 9ª Jornada Aragonesa de Nutrición, con una buenísima acogida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-El resultado de la primera parte del proyecto presentado, ha sido muy bien recibido entre la enfermería de los CS, aunque por ser la primera parte no se ha hecho evaluación numérica. Esta parte es imprescindible para obtener el objetivo principal que es la Formación y ejecución del Cribado nutricional en AP, paso previo para cerrar el circuito AP-Hospital-Alta hospitalaria-AP.
-El método de obtención de parámetros y la fuente, ha sido la adaptación de lo existente para pie diabético y para seguimiento de la diabetes, en el OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Se ha conseguido adaptarlo sin que el Departamento haya de invertir ni un euro en la obtención de nuevas licencias para ampliación del OMI.
-Este sistema de adaptación sin costo, se ha diseñado para el OMI, pero con vistas a poder ser introducido del mismo modo en la futura historia electrónica lo que lo convierte en un sistema sostenible en su totalidad.

7. OBSERVACIONES.

Nuestro propósito es prorrogar este Proyecto de formación en cribado nutricional, al menos un año más hasta completar el circuito.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1134 ===== ***

Nº de registro: 1134

Título
FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)

Autores:
DE TORRES AURED MARIA LOURDES, PEREZ MOLINA CONSUELO, FRANCES PINILLA MARINA, VIÑAS VIAMONTE CARMEN, PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR, GOMEZ JULIAN CRISTINA, ZUECO OLIVAN GEMMA, LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La DRE puede ser transversal a cualquier patología, incluso patología en sí misma
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1134

1. TÍTULO

FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es uno de los problemas de salud que más encarece la atención a todos los SNS. De hecho, la CE ha planteado a los Estados miembros, que se arbitren fórmulas para paliar la DRE, tanto de prevención como de atención de manera que en 2025 la DRE sea prácticamente 0. El papel de la enfermera es vital en la prevención y/o seguimiento de la DRE debido a que los sistemas de cribado son parte esencial de las intervenciones y cuidados enfermeros. Aprovechando que la coordinadora de este grupo de mejora, es miembro de la Junta de Gobierno de la Alianza másnutridos (como delegada del Consejo General de Enfermería) e integrante de la Delegación Española en la Alianza Europea, hemos visto la oportunidad de mejora de la formación enfermera en el cribado nutricional, como contribución de esta Comunidad a la Lucha contra la DRE. Además, este Departamento de Sanidad actual, apuesta por la consolidación de las intervenciones enfermeras y por todos los aspectos de la nutrición.

RESULTADOS ESPERADOS

Dado que contamos con la implicación y colaboración activa de las tres direcciones de enfermería de AP de los Sectores I-II-III, así como con las de los hospitales Royo Villanova y Universitario Miguel Servet, se espera llegar a que el 80% de las enfermeras de AP y el 80% de las enfermeras de Unidades claves hospitalarias, estén formadas en la metodología del cribado

MÉTODO

Para la formación, se utilizará el método de seminario teórico sobre la DRE (causas, síntomas y consecuencias); más un taller práctico corto, en el manejo de los test de cribado MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) y MNA-SF (Mini-Nutritional Assessment Short Form). De esta manera, las enfermeras estarán adiestradas en cómo deben explicar al paciente las características e importancia de la valoración nutricional, así como sus consecuencias en la mejora de calidad de vida.

La coordinadora de este proyecto será la responsable de la primera formación a los miembros del equipo (formador de formadores) para que sean las enfermeras formadas, junto con alguna del grupo, las que vayan expandiendo la metodología al resto de compañeras de cada CS. Las dos enfermeras de hospital, serán las encargadas de la formación sucesiva de la enfermería de sus respectivos centros.

Todas las sesiones de formación estarán debidamente acreditadas por la CFC.

INDICADORES

El indicador a medir, es la aplicación correcta del manejo de cada una de los dos test de cribado elegidos, para población adulta (MUST) y población anciana (MNA-SF).

Evaluación: Mensualmente la coordinadora del grupo de mejora de la calidad, recibirá la cuantificación de test que se han hecho en cada CS con un resumen de las situaciones de DRE encontradas.

Seguimiento: Trimestralmente la coordinadora del grupo de mejora, presentará en la Dirección General de Asistencia Sanitaria (en la sección que se le indique al efecto) los resultados de situaciones de DRE encontradas y cuál ha sido la deriva de ese paciente.

Trimestralmente, habrá reunión del grupo, para la puesta en común y seguimiento del proyecto.

DURACIÓN

Este proyecto es un modelo para la implementación generalizada -entre la enfermería aragonesa- de la metodología del cribado, hasta que seamos capaces de detectar la DRE en el 95%. En este primer año se pondrán en marcha todos los métodos de formación detallados ut supra con el calendario descrito en el apartado 7).

OBSERVACIONES

El planteamiento de este proyecto, es que tenga continuidad al menos dos-tres años más, hasta que el objetivo esté cumplido y la valoración nutricional al ingreso en el hospital, o la aplicación del cribado nutricional en pacientes en riesgo, sea una herramienta más dentro de las intervenciones enfermeras de AP.

Este trabajo se centra en ancianos, institucionalizados o no, pero también en adultos con riesgo de desnutrición.

Antigua línea: Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE HECTOR SANMARTIN ALLUE
 · Profesión ENFERMERO/A
 · Centro H MIGUEL SERVET
 · Localidad ZARAGOZA
 · Servicio/Unidad .. URGENCIAS
 · Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 HERRER CASTEJON ANA
 GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS
 GARCIA SERRANO CONCEPCION
 BOSQUE MORENO ANA ISABEL
 PLANA FERNANDEZ BLANCA
 MARRON TUNDIDOR RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto de implantación de reevaluación protocolizada, de pacientes triados a la espera del inicio de la asistencia, en el SUH del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, se realizó a propuesta del Grupo de Mejora de Triage del mismo.

Esta implantación, se encontraba entre los objetivos iniciales del Grupo, tras su recuperación y puesta de nuevo en marcha, en el año 2015.

Para poder llevar a cabo la reevaluación, ya hemos comentado la necesidad de que esté dotada de personal. Así pues, se aprovechó la consolidación en el servicio como estructural, de una plantilla eventual, para asignar a ese puesto de enfermería la reevaluación, lo cual nos permitiría, por una parte, tener asegurado su desarrollo durante 24/7/365 y por otra evitar que esa nueva plantilla estructural, al carecer de funciones definidas y ser considerada sólo de apoyo, en periodos con menor carga asistencial, fuese movilizaba para realizar otras funciones por el resto del hospital.

Una vez asegurada la dotación de personal, el siguiente paso fue definir a qué pacientes, cuándo, cómo y dónde se iba a reevaluar.

Nuestro SUH, está distribuido en cuatro áreas de asistencia principales, más otras cuatro de derivación a especialistas.

Las áreas principales con los niveles de triaje admitidos y sus porcentajes de derivación (en 2015) son:

- VITALES (VT): niveles I y II, de compromiso vital y asistencia inmediata
- BOXES GENERAL (BG): niveles II, III y IV de medicina interna y cirugía general
- BOXES TRAUMA (BT): niveles II, III, IV y V de patología traumática, neuroquirúrgica y cirugía plástica
- CONSULTA AMBULATORIA (CA): III, IV, y V de patología leve

n=	123139	%	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV	NIVEL V
VT	3	12,76	84,13	2,91			
BG	39		34,74	57,58	7,17	0,49	
BT	27		12,92	64,44	21,900,73		
CA	20		48,74	47,04	3,92		

Tras analizar la demora habitual de la asistencia de nuestros pacientes, se decidió reevaluar sólo a aquellos derivados a BG y a los que se asignase un nivel III de la CA, al considerar que la enfermera de triaje, ya había descartado la posibilidad de complicación durante la espera de los niveles IV y V derivados a esa área. Los pacientes derivados a VT son asistidos inmediatamente a la llegada y en los derivados a BT con complicaciones potenciales (fracturas desplazadas, luxaciones o quemaduras graves), no se evidenció demora en su asistencia. Como los tiempos de reevaluación aconsejados por el SET son:

- Nivel I: Han de recibir cuidados de enfermería continuamente.
- Nivel II: Reevaluación cada 15 minutos.
- Nivel III: Reevaluación cada 30 minutos.
- Nivel IV: Reevaluación cada 60 minutos.
- Nivel V: Reevaluación cada 120 minutos.

Con nuestra huella digital y la demora en la asistencia de ese momento, siguiendo la recomendación del SET, habría supuesto realizar una primera reevaluación en las áreas seleccionadas a los siguientes porcentajes de pacientes derivados:

1ª REEVALUACIÓN	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
BG	45,90	52,40	33,45
CA	44,90		

Y a una segunda reevaluación a:

2ª REEVALUACIÓN	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
BG	18,18	30,48	13,97
CA	24,88		

Como se puede observar, haber seguido literalmente la recomendación de reevaluación del SET, habría supuesto una carga de trabajo para la enfermera de reevaluación imposible de asumir, que, por ejemplo, en el nivel III de BG, sumando la primera y segunda reevaluación, alcanzaría más del 80% de pacientes de esa área.

Por ello, se decidió comenzar la reevaluación, con una adaptación de la recomendación propuesta por el SET, con el compromiso de, una vez conseguido el objetivo simultáneo de adecuar nuestra huella digital al grado de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

urgencia real de los pacientes que nos visitan, intentar acercarnos a la recomendación original del SET. Por último, se definió donde realizar la reevaluación, dependiendo esto de la movilidad de los pacientes; si podían desplazarse ellos, se reevaluaría en el cuarto box de triaje (con, generalmente, menor ocupación) y si estaban en camilla o silla, se haría a pie de camilla/silla en la propia sala de espera. Todos los SUH de la red SALUD, trabajamos con un programa de historia clínica electrónica, denominado Puesto Clínico Hospitalario (PCH), cuyo mantenimiento se realiza por un departamento específico, dentro de Gestión de Proyectos Integrados, a través de la empresa EVERIS. Debido a la cantidad de pacientes esperados a reevaluar, se solicitó una modificación del programa, consistente en una ayuda que cambiaría de color la grafía de los pacientes en el panel general, cuando hubiese llegado el tiempo subsidiario de realizar la reevaluación para cada nivel, consistente en:

- Cambiar el color de la fila del paciente a reevaluar por enfermería a MAGENTA, que se activaría en aquellos pacientes en los que, una vez transcurrido el tiempo designado para cada nivel, no hubiese comenzado la asistencia ningún facultativo. Se aplicó para los niveles de gravedad II, III y IV.
- Cambiar el color de la fila del paciente a reevaluar por segunda vez por enfermería y/o facultativo responsable a AZUL, que se activaría en aquellos pacientes en los que, una vez transcurrido el tiempo designado para cada nivel, no hubiese comenzado la asistencia ningún facultativo. Se aplicaría para los niveles de gravedad II, III y IV.
- Ejecutar el sobretriaje automático, consistente en subir automáticamente al nivel IV a los pacientes con nivel V que, transcurrido el tiempo designado, no hubiese comenzado la asistencia médica, cambiando además el color de la fila a AZUL.

También se incluyó una nueva pantalla para registrar la reevaluación de los pacientes, que incluía constantes vitales un acceso al web e-PAT y un cuadro de texto libre.

Por último, se creó dentro del módulo estadístico de PCH, un apartado de triaje/reevaluación para facilitar la explotación de los datos.

Los tiempos de reevaluación finalmente adoptados y los responsables de su realización fueron:

- 1ª REEVALUACIÓN (ENFERMERA DE REEVALUACIÓN Y CA): magenta
- Nivel II: Reevaluación a los 30 minutos de finalizado el triaje inicial (SÓLO EN EL ÁREA DE BOXES; EN EL AREA AMBULATORIA NO HAY II)
 - Nivel III: Reevaluación a los 90 minutos de finalizado el triaje inicial
 - Nivel IV: Reevaluación a los 150 minutos de finalizado el triaje inicial (SÓLO EN BG)
 - Nivel V: Aviso de demora a los 210 minutos de finalizado el triaje inicial (no se realiza reevaluación sistemática)

Una vez registrada la reevaluación, los pacientes vuelven al color original que tienen en el panel general que es el negro.

2ª REEVALUACIÓN (ADJUNTO Y ENFERMERA RESPONSABLES DEL EQUIPO): azul

- Nivel II: Reevaluación a los 60 minutos de finalizado el triaje inicial
- Nivel III: Reevaluación a los 180 minutos de finalizado el triaje inicial.
- Niveles IV: Aviso de demora a los 210 minutos de finalizado el triaje inicial (no se realiza reevaluación de manera sistemática)

Los pacientes que cambian a color azul, permanecen con él, aunque se registre la reevaluación, como alerta de haber excedido todos los tiempos recomendados, debiendo entender todo el personal, que la atención a ese paciente debe priorizarse, por delante incluso de pacientes del nivel inmediatamente superior.

El proyecto se ha implementado en dos fases, la primera en Octubre de 2015, sin la ayuda informática en la que sólo se reevaluaban los niveles II de BG y la segunda en Mayo de 2016, ya con la adaptación de PCH, en la que se comenzaron a reevaluar el resto de pacientes propuestos.

Previa a la puesta en marcha, se realizó la difusión del proyecto, entre el personal de la unidad, dentro de las sesiones de formación continuada en triaje.

Asimismo, se incluyó el nuevo procedimiento en la actualización del "Manual de PCH para usuario enfermero", que se facilita al personal de nueva incorporación al servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la fase de evaluación del proyecto, se incluían como pacientes reevaluados a aquellos en los que, a pesar de no estar registrada la reevaluación, se había iniciado la asistencia en un breve espacio de tiempo (10 minutos para los niveles II y 15 minutos para los niveles III) tras activarse la ayuda a la reevaluación. Ya que se observó que, en una cantidad considerable de pacientes, la alerta se activaba mientras estaba esperando el inicio de la asistencia médica, una vez el paciente ya había sido llamado al box. Considerándose qué en estos pacientes al llamarse al box, ya se había reevaluado su estado físico, a pesar de no haberse registrado la reevaluación, por no ser subsidiarios todavía de realizarse.

Posteriormente se decidió suprimir la excepción realizada en el criterio de reevaluación de los niveles III, disminuyendo consiguientemente el estándar al 50 %, por considerarse más adecuado, para una primera fase de implantación de un proyecto y que carecía de interés realizar esta excepción para este tipo de episodios.

La evaluación se realizó mediante el estudio de la huella digital proporcionada por la propia aplicación y no se pudo iniciar hasta no estar implementada la estadística de reevaluación, en el módulo de gestión de datos de PCH. Por lo tanto, ésta comienza en Junio de 2016, continuando en la actualidad.

La reevaluación de los pacientes de nivel II en Boxes de HG ha alcanzado unos buenos niveles, superando en la mitad de los meses evaluados el estándar marcado, si bien hay que decir que en su mayor parte es debido a la excepción fijada en el propio indicador.

No obstante, y aun a pesar de este hecho, consideramos como positivos los niveles alcanzados, siendo deseable, eso si, invertir la dinámica y aumentar las reevaluaciones efectivamente realizadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

Es en la reevaluación de los niveles III de boxes en la parte del proyecto donde más satisfechos podemos encontrarnos, porque a pesar de no cumplir en todos los meses con el estándar propuesto en el indicador, cuando esto no se produce es por un pequeño porcentaje de pacientes, superando siempre la realización de la reevaluación el 40% de los episodios en los que era necesaria.

Podemos afirmar que en esta área el proyecto de implantación de la reevaluación en la consulta ambulatoria, ha fracasado totalmente. La reevaluación de los pacientes de nivel III, apenas se realiza, hasta llegar a ser prácticamente anecdótica su cumplimentación.

Hay que hacer constar las especiales características con las que cuenta la consulta ambulatoria, qué, sin lugar a duda, han influido en este fracaso.

En primer lugar, la reevaluación de pacientes, tal como se planteó en el proyecto, debe de ser realizada por enfermeras que realizan triaje de manera habitual, y por lo tanto con experiencia en el servicio. Ocurre que, al tratarse la consulta ambulatoria de un área asistencial de previsible menor complejidad, en no pocas ocasiones, se destina a ese puesto a enfermeras con menor experiencia en urgencias y que, por lo tanto, no realizan triaje, así que tampoco reevalúan a los pacientes y quedan sin ser reevaluados.

Por otra parte en la consulta ambulatoria, consideramos que existe un claro problema de sobretriaje de pacientes, motivado por muchas causas, entre las que se están, que se trata de un área en la que comparten su actividad asistencial facultativos de atención primaria (en un "punto de atención continuada") y facultativos del propio servicio de urgencias y no existe una clara directriz de que tipo de pacientes debe de atender cada uno (o en la mayoría de los casos no se cumple), lo que influye negativamente en la enfermera de triaje, que con buena voluntad para no colapsar al facultativo de atención primaria, pero de manera claramente errónea, acaba sobretriajeando a un alto número de pacientes, que serán subsidiarios finalmente de ser reevaluados cuando por su estado clínico no lo precisarían.

Por otra parte, se produce un efecto rebote, motivado por el obvio bajo ritmo de asistencia a pacientes de ciertos facultativos destinados a esa área, que eleva la necesidad de reevaluación y hacen que la enfermera se niegue a tener que reevaluar a un paciente, por el claro hecho de que el facultativo, que indiscutiblemente pudo iniciar la asistencia, antes de ser necesaria la reevaluación, no lo ha realizado.

Esta posición de la enfermera, aunque no sea defendible, pues su obligación es cumplir con el protocolo de la unidad, independientemente del resto del personal y además su realización, es una medida de seguridad para su propio trabajo, es en cierto modo entendible.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El número de pacientes susceptibles de ser reevaluados depende, tanto de los picos de demanda asistencial de éstos, como del nivel asignado, puesto que cuanto mayor es el nivel de triaje, antes es necesario ser reevaluado. Por lo tanto, en los servicios en la que la huella digital muestra un sobretriaje (como es nuestro caso), aun cuando existe personal asignado a la reevaluación, resulta insuficiente para cumplir con los estándares calidad establecidos por los ST estandarizados, por su elevada exigencia, al estar desarrollados, de nuestro punto de vista, para una realidad diferente, a la del día a día de estos SUH con sobretriaje.

Consideramos muy importante a la hora de implementar una nueva actividad en la cartera de servicios de cualquier unidad, plantear objetivos los cuales sea posible lograr dentro de la actividad normal del servicio, de poco sirve marcarse altas metas, si antes de finalizar el diseño del proyecto de mejora, sabemos con certeza que no será posible alcanzarlas.

Así pues, siendo nuestro servicio, uno de estos SUH antes mencionados con un marcado sobretriaje, para el cual ya se habían diseñado medidas destinadas a disminuirlo (recuperación de comisión triaje, programa de formación continuada, establecimiento y cumplimiento de los requisitos previos de la enfermera de triaje,...) y a la espera de reducir el mismo, se optó por adaptar los tiempos de reevaluación para definir objetivos asumibles, teniendo siempre presente que en un futuro, habría que ir aproximándolos a los exigidos por el SET, que es el ST implantado en la red SALUD.

Creemos necesario mejorar la estrategia de comunicación de resultados, hacia el conjunto del equipo asistencial respecto a la reevaluación, en especial hacia las enfermeras, para concienciar de la importancia de registrar la reevaluación una vez realizada y lograr invertir los valores apreciados en reevaluación registrada y "no registrada" (aquellos con inicio de asistencia próximo a la activación de la alerta de reevaluación).

En el área de CA, parece claro que existe un déficit en la reevaluación y se deben evaluar las causas por lo que está ocurriendo.

Pensamos que hay destacar dos aspectos que nos parecen muy importantes de cara a mejorar la dinámica de nuestro SUH, y no sólo en cuanto a la reevaluación.

El primero es que, cuanto mayor fue la huella digital en el nivel II, porcentualmente menos se reevaluó, a pesar de haber aumentado la necesidad. Con lo cual, nuestros pacientes estuvieron menos seguros, en contraposición con el objetivo que debería pretender, la enfermera de triaje, al asignar un nivel alto del ST. Ello debe hacernos reforzar la formación continua en triaje y probablemente la estrategia para llevarla a cabo, para intentar disminuir el elevado sobretriaje que presenta el servicio.

El segundo es la consolidación en nuestro SUH, de la función de la enfermera reevaluadora, lo que apreciamos en los niveles III en BG, en los que a pesar de haber cuadruplicado la necesidad de reevaluación, el registro de la misma se ha elevado al mismo ritmo, a pesar de en no pocas ocasiones haber destinado, por parte de la gestión del centro, a esa enfermera de reevaluación a atender, además o en exclusiva, la saturación presente en el SU, sobre todo en los últimos meses del año.

Por ello y aun a pesar de que queda mucho camino por recorrer y no pocas mejoras que realizar en nuestro SUH (y no sólo en cuanto a la reevaluación), pensamos que podemos mostrarnos parcialmente satisfechos con la implantación de este nuevo (aunque para nada novedoso) procedimiento en nuestro SUH, que mejora y esperamos lo haga aun más en un futuro, la seguridad de los pacientes que diariamente requieren de nuestros cuidados.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/255 ===== ***

Nº de registro: 0255

Título
IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

Autores:
SANMARTIN ALLUE HECTOR, HERRER CASTEJON ANA, GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS, BOSQUE MORENO ANA, GARCIA SERRANO MARIA CONCEPCION, PLANA FERNANDEZ BLANCA, MARRON TUNDIDOR RAFAEL, PES LAGUNA MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología (exceptuando la pediátrica y obstétrico-ginecológica, traumatología)
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atención a tiempo

PROBLEMA

La saturación de los servicios de urgencias, conlleva en muchas ocasiones, que los tiempos recomendados para el inicio de la asistencia de los pacientes, no puedan cumplirse. En estas situaciones, para poder garantizar su seguridad y que las necesidades básicas de los pacientes se vean cubiertas, es precisa la implantación de un sistema de reevaluación protocolizado.
En nuestro servicio desde la implantación del Sistema Español de Triage (S.E.T.) en el año 2004, a pesar de la recomendación que hace el propio sistema, ésta reevaluación no se había implementado, cuando se hacía era de manera no formal y en la mayoría de los casos para satisfacer la queja de algún paciente, que no necesariamente era el que mayor riesgo entrañaba.
Para poder implementar este sistema de reevaluación, eran necesarios unos recursos tanto humanos como materiales, que tras la consolidación de plantilla de enfermería en el servicio, que se produjo en el año 2015, creímos suficientes para comenzar con su desarrollo.

RESULTADOS ESPERADOS

La implantación del proceso de reevaluación de los pacientes ya triados pretende mejorar el control del riesgo de los pacientes a la espera del inicio de la asistencia, aumentado así su seguridad dentro esta fase de la asistencia en urgencias.
Esperamos reducir, en consecuencia, la presencia de incidentes y de efectos adversos en relación a este periodo asistencial, así como de las reclamaciones de pacientes ligadas a la demora en urgencias

MÉTODO

Para poder desarrollar el procedimiento de reevaluación de manera eficiente, consideramos necesario actuar en varios aspectos:

- Creación de los circuitos de reevaluación por áreas de asistencia, cuya responsable es la Dra. Ana Herrer.
- Implementación en el programa de historia clínica electrónica PCH de unas alertas, que reflejen que pacientes son subsidiarios de ser reevaluados una vez pase el tiempo recomendado sin haberse iniciado la asistencia. Ésta modificación se solicitó a Soporte PCH y el responsable de su desarrollo es el Dr., Rafael Marrón.
- Formación al personal de la unidad en el procedimiento de reevaluación.
- Evaluación de la implantación del procedimiento. El responsable de estas dos últimas áreas será Héctor Sanmartín

INDICADORES

Mediante la revisión de los registros de PCH obtendremos los indicadores propuestos:
Reevaluación de pacientes de nivel II en el área de Boxes HG. Valoración de la 1ª reevaluación realizada en pacientes con inicio de asistencia >30´/Total de pacientes con inicio de asistencia > 30´ (Se incluirán los pacientes con inicio de asistencia = 40´, aunque no esté registrada la reevaluación) considerando un estándar del 80%
Reevaluación de pacientes de nivel III en el área de Boxes HG.
Valoración de la 1ª reevaluación realizada en pacientes con inicio de asistencia >90´/Total de pacientes con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

inicio de asistencia > 90´ (Se incluirán los pacientes con inicio de asistencia = 105´, aunque no esté registrada la reevaluación) considerando un estandar del 80%
Reevaluación de pacientes de nivel III en el área de Consulta Ambulatoria
Valoración de la 1ª reevaluación realizada en pacientes con inicio de asistencia >90´/Total de pacientes con inicio de asistencia > 90´ (Se incluirán los pacientes con inicio de asistencia =105´, aunque no esté registrada la reevaluación), considerando un estandar del 80%

DURACIÓN

ENERO 2016

Análisis de la situación actual

FEBRERO 2016

Diseño del procedimiento de reevaluación

Presentación a la Comisión de Calidad del servicio

MARZO-MAYO 2016

Solicitud a Soporte PCH de los cambios informáticos necesarios para implantar el procedimiento de reevaluación en PCH e implantación

ABRIL-JUNIO 2016

Comunicación al personal de la unidad de la implantación de la primera fase del proyecto e inicio de la misma sin soporte informático y formación del mismo

JUNIO 2016

Implantación de segunda fase de reevaluación de pacientes

SEPTIEMBRE 2016

Evaluación y seguimiento de la implantación del proyecto

Propuesta de mejoras y/o cambios en el proyecto

OCTUBRE 2016

Comunicación de las mejoras propuestas al personal

DICIEMBRE 2016

Evaluación de las mejoras propuestas y valoración de los resultados obtenidos hasta la fecha

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0303

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ANA MEILING DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIETE BLANCO MARIA PILAR
ALCALDE LOPEZ SILVIA
FERNANDEZ LETAMENDI MARIA TERESA
NAVARRO PARDO IRENE
SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado la integración de PCH-Farmatools, que incorpora de manera automática la introducción del valor de creatinina sérica, calculando mediante la fórmula de Crockcroft-Gault el aclaramiento renal. Farmatools dispone de herramientas que avisan cuando se prescriben fármacos que requieren ajuste posológico por insuficiencia renal. Se ha programado la realización de una sesión formativa a todo el persona de Urgencias que utiliza Farmatools sobre la importancia valoración de aclaramiento renal. Por último, la inclusión de las recomendaciones de ajuste posológico en los medicamentos más relevantes y/o frecuentes en Farmatools se encuentra en proceso, realizándose por consenso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1: Porcentaje de pacientes en los que se ha cumplimentado el aclaramiento renal. (Nº de pacientes con valoración/Nº de pacientes revisados) x 100. Objetivo: >50%: 100% de los pacientes, se realiza de forma automática desde 21 de Noviembre de 2017 (integración PCH-Farmatools)

INDICADOR 2: Porcentaje de pacientes con valor de aclaramiento renal cumplimentado cuyo ajuste posológico del tratamiento fue correcto. Nº de pacientes con valoración efectuada y ajuste del tratamiento correcto/ Nº de pacientes atendidos con valoración efectuada) x 100. Objetivo: >50%: Dado que no han transcurrido los 6 meses desde la implantación de la mejora, se aplaza el cálculo de este indicador.

INDICADOR 3: Porcentaje de pacientes con valor de aclaramiento renal cumplimentado en tratamiento con fármacos nefrotóxicos con alternativa terapéutica. Nº de pacientes con fármacos nefrotóxicos/ Nº de pacientes atendidos con valoración efectuada) x 100. Objetivo: <20%: Dado que no han transcurrido los 6 meses desde la implantación de la mejora, se aplaza el cálculo de este indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a la integración de PCH con Farmatools, se modificó el proyecto, dado que era preferible que la información de aclaramiento renal apareciera en la misma ventana que el tratamiento (Farmatools). Debido a esta integración se han producido retrasos en la ejecución del proyecto, pero el impacto se estimó que sería superior que realizando las modificaciones en PCH. El consenso de los ajustes posológicos por insuficiencia renal y su posterior introducción en el programa Farmatools, está requiriendo más tiempo del esperado y por tanto aún no se puede calcular el impacto real del proyecto, si bien, a medida que la alerta de aclaramiento de creatinina aparece en Farmatools, se observan intervenciones farmacéuticas de este tipo en los registros de farmatools.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto se encuentra en estado avanzado, pero aún quedan acciones por finalizar y calcular impacto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/303 ===== ***

Nº de registro: 0303

Título
IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS

Autores:
DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN ANA MEILING, OLIETE BLANCO MARIA PILAR, ALCALDE LOPEZ SILVIA, FERNANDEZ LETAMENDI MARIA TERESA, NAVARRO PARDO IRENE, GRACIA MATILLA ROSA, SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0303

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La seguridad del paciente es un objetivo fundamental en el entorno sanitario. El riesgo de cometer errores en los servicios de Urgencias aumenta todavía más debido a las características del trabajo en estas unidades. Los eventos adversos que más frecuentemente se producen en estos servicios son aquellos derivados de la medicación, siendo una de las principales causas de daño prevenible. Es preciso desarrollar herramientas de trabajo que permitan a los médicos, independientemente de su experiencia, actuar de manera segura.

Valorar la función renal es crucial en pacientes atendidos en Urgencias, dado que por su situación aguda o crónica reagudizada, pueden presentar insuficiencia renal, que condiciona un cambio en el enfoque diagnóstico así como terapéutico.

La creatinina en sangre suele utilizarse para verificar el estado de la función renal, pero se ha puesto de relieve que no es buen indicador del grado de insuficiencia renal, particularmente en el anciano. No estima con fiabilidad la función renal, sobretodo en pacientes de edad avanzada o en los estadios iniciales de la insuficiencia renal. Por ello, para valorar la función renal se aconseja medir o estimar el aclaramiento de creatinina.

El aclaramiento de creatinina (Ccr) se utiliza básicamente para ajustar a dosis de fármacos que se excretan por vía renal, y debe de calcularse en orina de 24 horas. Sin embargo, al no disponer de este dato en Urgencias, se aplican una serie de ecuaciones que estiman la tasa de filtrado glomerular. De ellas, una de las más utilizadas y validadas es la de Cockcroft-Gault: $Ccr (ml/min) = (140 - años de edad) \times kg \text{ de peso} / Creatinina \text{ plasmática} \times 72$. En mujeres, se multiplica este cociente por 0.85. Valor normal 85-120 ml/min.

La implementación de dicha fórmula auto calculada en la Historia Clínica Electrónica de Urgencias (PCH-Urgencias) ayudaría a estimar el filtrado glomerular con mayor precisión de forma rápida, sencilla y objetiva, lo que condicionaría la selección de tratamientos para evitar la nefrotoxicidad, así como ajustar con mayor precisión la dosis diaria de fármacos (mediante reducción de dosis por toma, aumento del intervalo de administración o ambos procedimientos).

Por ello proponemos incorporar a la Historia Clínica Electrónica de Urgencias, el cálculo del aclaramiento de creatinina, estimado por la fórmula de Cockcroft-Gault, para ayudar a los profesionales de Urgencias en su práctica clínica habitual.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el proceso de evaluación de pacientes con elevación de creatinina sérica, sobretodo en ancianos, al estimar el aclaramiento de creatinina.
- Evitar complicaciones derivadas de los fármacos, al ajustar dichos tratamientos, así como evitar fármacos nefrotóxicos.
- Promover el desarrollo de prácticas clínicas de efectividad reconocida en la prevención y minimización de los efectos adversos.

MÉTODO

- Implantación en la Historia Clínica Electrónica de Urgencias (PCH-Urgencias) de la fórmula de Cockcroft-Gault para facilitar a los profesionales la estimación del filtrado glomerular de los pacientes atendidos en Urgencias y así poder evitar efectos adversos derivados de los fármacos.
- Sesión formativa a los facultativos de Urgencias y residentes sobre importancia de valoración de aclaramiento renal.
- Incluir recomendaciones de ajuste posológico en los medicamentos más relevantes y/o frecuentes.
- Revisión de efectividad de la medida implantada y difusión resultados.

INDICADORES

- Se revisarán historias clínicas de pacientes ingresados en Urgencias que en el diagnóstico tengan un código de insuficiencia renal, para valorar la efectividad de la actuación durante un período de 6 meses.
- Porcentaje de pacientes en los que se ha cumplimentado el aclaramiento renal. (Nº de pacientes con valoración/Nº de pacientes revisados) x 100. Objetivo: >50%
- Porcentaje de pacientes con valor de aclaramiento renal cumplimentado cuyo ajuste posológico del tratamiento fue correcto. Nº de pacientes con valoración efectuada y ajuste del tratamiento correcto/ Nº de pacientes atendidos con valoración efectuada) x 100. Objetivo: >50%
- Porcentaje de pacientes con valor de aclaramiento renal cumplimentado en tratamiento con fármacos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0303

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS

nefrotóxicos con alternativa terapéutica. N° de pacientes con fármacos nefrotóxicos/ N° de pacientes atendidos con valoración efectuada) x 100. Objetivo: <20%

DURACIÓN

Octubre - Diciembre de 2016: Planteamiento teórico del proyecto.
Enero- Marzo de 2017: Implantación en el PCH de fórmula de Cockcroft-Gault.
Abril - Septiembre de 2017: Valoración de la efectividad de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0362

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL USO DE LA ECOGRAFIA Y REGISTRO INFORMATICO EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE VICTORIA ESTABEN BOLDOVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LITAGO CORTES ANA ISABEL
MORENO DIAZ JAVIER
OLIETE BLANCO MARIA PILAR
CABISTANY ESQUE ANA CRISTINA
LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL
PARRILLA HERRANZ PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
COMO ACTIVIDAD PRINCIPAL DE ESTE PROYECTO SE INCLUYE EL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ECOGRÁFICA QUE SE REALIZA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, PARA ELLO, SE AÑADIRÁ EN EL PCH (PROGRAMA INFORMÁTICO DEL SERVICIO) UNA NUEVA PANTALLA DONDE REGISTRAREMOS LOS DATOS OBTENIDOS.
(DATOS RECOGIDOS HASTA EL MOMENTO EN PAPEL).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
QUEDA PENDIENTE LA INCLUSIÓN DE DICHA PANTALLA EN PCH (YA COMENTADO CON LA PERSONA RESPONSABLE DE REALIZAR LA MODIFICACIÓN EN EL PROGRAMA).
EN EL MOMENTO DE LA INCLUSIÓN EN PCH DE LA PANTALLA, SE AÑADIRÁN A LOS NUEVOS DATOS LOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
AL PRECISAR MODIFICACIONES INFORMÁTICAS EN EL PROGRAMA QUE ESTAN FUERA DE NUESTRO ALCANCE, NO HA SIDO POSIBLE FINALIZARLO EN EL PLAZO PREVISTO, A PESAR DEL REGISTRO MANUAL DE LOS MISMOS.

7. OBSERVACIONES.
A SER POSIBLE, AGRADECERÍA QUE MANDARAN EL CERTIFICADO ANTES DEL 25 DE FEBRERO. GRACIAS. UN SALUDO.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/362 ===== ***

Nº de registro: 0362

Título
PROTOCOLIZACION DEL USO DE LA ECOGRAFIA Y REGISTRO INFORMATICO EN URGENCIAS

Autores:
ESTABEN BOLDOVA MARIA VICTORIA, LITAGO CORTES ANA ISABEL, MORENO DIAZ JAVIER, OLIETE BLANCO MARIA PILAR, CABISTANY ESQUE ANA CRISTINA, LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL, PARRILLA HERRANZ PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA URGENTE
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS COMO HERRAMIENTA CLÍNICA ES UNA PRÁCTICA YA ESTABLECIDA EN ESTADOS UNIDOS Y CADA VEZ EN MÁS PAÍSES EUROPEOS.TIENE UNA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA MUY ELEVADA AL TRATARSE DE UNA TÉCNICA BARATA, REPRODUCIBLE Y REALIZADA EN LA CABECERA DEL PACIENTE. REALIZADA POR EL MÉDICO DE URGENCIAS SE TRATA DE UN TÉCNICA COMPLEMENTARIA AL PROCESO DIAGNÓSTICO «ESTÁNDAR» Y NO SE UTILIZA CON UNA INTENCIÓN DIAGNÓSTICA PRECISA, SINO COMO APROXIMACIÓN, AL IGUAL QUE LA PALPACIÓN O LA AUSCULTACIÓN.
SE USA EN SITUACIONES DEFINIDAS DONDE LA RENTABILIDAD ES MAYOR, Y SE ASOCIA A UN CLARO BENEFICIO (MENOR TIEMPO HASTA RECIBIR EL TRATAMIENTO, DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD, ETC.).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0362

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL USO DE LA ECOGRAFIA Y REGISTRO INFORMATICO EN URGENCIAS

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS Y DESDE LA DISPONIBILIDAD DE UN ECÓGRAFO PORTÁTIL EN URGENCIAS, EL USO DEL MISMO HA SIDO PROGRESIVO COMO AYUDA AL DIAGNÓSTICO O PARA LA UTILIZACIÓN DE DIFERENTES TÉCNICAS URGENTES. DICHA UTILIZACIÓN NO TIENE UN FORMA DE REGISTRO EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO PUESTO CLÍNICO HOSPITALARIO (PCH) EMPLEADO EN URGENCIAS. CREEMOS QUE ES IMPORTANTE EL REGISTRO DE LA UTILIZACIÓN DE DICHA TÉCNICA PARA PODER ANALIZAR SU EMPLEO PROGRESIVO, Y PARA QUE QUEDE REFLEJADO EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA DEL PACIENTE.

RESULTADOS ESPERADOS

PRETENDEMOS AÑADIR LA OPCIÓN DE PODER REGISTRAR EN LA HISTORIA INFORMATIZADA DE URGENCIAS DEL PACIENTE LA UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA, INDICANDO LA MODALIDAD, EL OBJETIVO Y LO OBSERVADO CON LA MISMA. EL OBJETIVO ES DOBLE: EL REGISTRO DE DICHA TÉCNICA EN LA HISTORIA Y PODER ANALIZAR SU UTILIZACIÓN EN NUESTRO SERVICIO.

MÉTODO

AÑADIREMOS LA OPCIÓN EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO DE URGENCIAS, CON UNA NUEVA PANTALLA DONDE REGISTRAREMOS QUÉ TIPO DE EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA REALIZAMOS, SOSPECHA DIAGNÓSTICA DEL PACIENTE, SONDA UTILIZADA, Y RESULTADO OBTENIDO.

INDICADORES

UNA VEZ INCORPORADA LA OPCIÓN DE REGISTRO EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO, REALIZAREMOS UNA SESIÓN INFORMATIVA EN EL SERVICIO PARA EXPLICARLA E INSISTIR EN LA IMPORTANCIA DE SU REGISTRO, Y SUS VENTAJAS. A SU VEZ SE IMPARTIRÁN SESIONES CLÍNICAS FORMATIVAS. POSTERIORMENTE Y DESPUÉS DE UN TIEMPO ANALIZAREMOS EL REGISTRO EFECTUADO.

LOS INDICADORES UTILIZADOS SERÁN:

-NÚMERO DE PACIENTE EN LOS QUE SE HA UTILIZADO LA ECOGRAFÍA

-PORCENTAJE DE PACIENTES EN LOS QUE LA ECOGRAFÍA HA AYUDADO EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO DEL PACIENTE.

DURACIÓN

-DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2016 REALIZAREMOS LA FICHA DE REGISTRO PARA INCORPORARLA EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO DE URGENCIAS

-A PRIMEROS DEL AÑO 2017 REALIZAREMOS UNA SESIÓN INFORMATIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

-EN OCTUBRE DE 2017 ANALIZAREMOS LOS REGISTROS OBTENIDOS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0368

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA FERNANDEZ LETAMENDI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO FORMENTO ENRIQUE
ENVID LAZARO BLANCA
ESTABEN BOLDOVA VICTORIA
ALCALDE LOPEZ SILVIA
LOPEZ LOPEZ FERNANDO
LITAGO CORTES ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el ultimo registro en 2016 se han registrado 85 pacientes en que se ha aplicado la ventilación mecánica no invasiva. En estos la edad media fue de 79 años (desviación típica 11, 4) con un mínimo de 41,5 años y un máximo de 99,7 años. De todos ellos un 50,6% fueron varones y 49,4% mujeres. El tiempo de estancia medio fue de 14,3 horas y el tiempo con VMNI administrada fue de 13,4 horas. El motivo de consulta más frecuente fue la disnea en paciente con enfermedad pulmonar previa (49,4%).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El patrón del paciente en un 23,5% era obstructivo, en un 17,6% cardiaco, en un 14,1% mixto y en un 9,4% restrictivo. En un 45,9% de los casos eran insuficiencias respiratorias hipercápnicas, y en un 20% hipoxémicas. De todos ellos un 83,5% fueron ingresados, un 10,6% trasladados a otro hospital, un 4,7% fallecieron y 1,2% (un paciente) dado de alta.
Sobre el servicio de destino un 35,3% fueron a Medicina interna, un 32,9% a neumología, un 9,4% a cardiología y menos frecuente con 1,2% a oncología, digestivo o hematología.
El tipo de ventilador el más frecuente fue la Carina con un 67,1%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos incorporado recientemente un aparato de ventilación nuevo, que esperamos reduzca el tiempo de administración al tener más opciones que los previos.
Se han realizado varias sesiones en el servicio sobre el procedimiento y sobre el correcto uso del nuevo ventilador.
Destaca que hay un mayor registro que años anteriores habiendo en el último año casi tantos casos como los dos años anteriores: 98 pacientes.

7. OBSERVACIONES.
- Seguir insistiendo en la formación en este campo dentro del servicio y de la importancia del registro para valorar nuestra propia actitud.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/368 ===== ***

Nº de registro: 0368

Título
MEJORA EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
FERNANDEZ LETAMENDI MARIA TERESA, ALONSO FORMENTO ENRIQUE, ESTABEN BOLDOVA MARIA VICTORIA, ALCALDE LOPEZ SILVIA, LITAGO CORTES ANA ISABEL, OMISTE MARTINEZ JOSE LUIS, LOPEZ LOPEZ FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

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

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0368

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Otro Enfoque.....: Procedimiento basado en la evidencia

PROBLEMA

La utilización de la ventilación mecánica no invasiva en los servicios de urgencias ha ido aumentando en los últimos años, aplicándose a múltiples patologías que cursan con hipoxemia, hipercapnia, importante trabajo respiratorio o como ayuda a diferentes técnicas que requieren sedación profunda. En nuestro hospital desde junio del 2014 se tiene la opción de registrar los pacientes en los que se utiliza la ventilación mecánica no invasiva en el servicio de urgencias, dentro del programa informático Puesto Clínico Hospitalario (PCH). Se ha analizado dicho registro de los últimos dos años, encontrando sólo 98 pacientes, cuando el número de pacientes en que se ha aplicado la ventilación mecánica no invasiva es muy superior. Creemos que entre las razones del mal cumplimiento de dicha técnica es el poco tiempo disponible en urgencias por la alta demanda asistencial, y por ser la hoja de registro demasiado amplia y compleja. Pretendemos concienciar de la importancia de dicho registro y simplificar el modo de registro de dicha técnica, lo que nos permitirá analizar este grupo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Mediante la concienciación del personal del servicio de la importancia de este correcto registro, y la simplificación de la forma de registro. Pretendemos realizar alguna sesión informativa en el servicio en la que insistiremos de la importancia de la correcta recogida de los datos, expondremos los datos recogidos previamente, y la nueva forma de registro más sencilla y más rápida. Esperamos aumentar el porcentaje de pacientes registrados en los que se ha aplicado ventilación mecánica no invasiva en urgencias.

MÉTODO

Primero realizaremos una simplificación de la hoja de registro de la ventilación mecánica no invasiva, así como la incorporación de ordenes de tratamiento específicas y predeterminadas para estos pacientes. Posteriormente realizaremos una sesión en el servicio para exponer los datos de estos dos últimos años, informando de las modificaciones realizadas.

En un año realizaremos de nuevo el análisis de los paciente registrados con esta técnica, esperando haber aumentado el número de registros

INDICADORES

- El porcentaje de pacientes registrados en los que se ha aplicado esta técnica, analizando los pacientes en los que tienen indicado VMNI en la hoja de tratamiento.
- El grado de correcta cumplimentacion de la hoja de registro, analizando el porcentaje de registros con una indicación detallada, el aparato de ventilación mecánica no invasiva y el modo de ventilación mecánica empleado.

DURACIÓN

De octubre a diciembre de 2016 elaboraremos la hoja de registro simplificada.

A primeros del año 2017 se realizará la sesión informativa en el servicio de urgencias.

En octubre de 2017 se analizarán los datos obtenidos con los indicadores de calidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0436

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR CUADRA GIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN ANA MEILING

GROS BAÑERES BELEN

USIETO LOPEZ LAURA

CABISTANY EZQUE ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se encuentra en fase de implementación por parte del personal encargado del sistema informático "PCH" (Puesto Clínico Hospitalario), programa utilizado en los servicios de Urgencias de Aragón para la historia clínica electrónica.

El primer paso del proyecto de mejora es incluir en dicho programa la escala Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) para la identificación de pacientes con pancreatitis aguda grave de forma precoz. Según se nos ha informado, no se ha podido realizar la inclusión de la escala en el programa informático debido a saturación de trabajo, pero pronto, en una de las próximas actualizaciones del programa PCH, se espera poder incluir la escala. Ello nos permitirá utilizarla y valorar su utilización por los profesionales sanitarios del servicio, así como valorar de forma objetiva la mejora o no en la atención del enfermo con pancreatitis aguda grave.

Durante los primeros meses del proyecto se impartieron charlas en el servicio sobre pancreatitis aguda grave, su detección precoz y el manejo en la atención urgente, así como información sobre la puesta en marcha de este proyecto de mejora, con el objetivo de incluir en PCH la escala SOFA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados se ven limitados en su valoración objetiva por el hecho de no disponer de la escala SOFA en la historia clínica electrónica, que nos permitiría valorar de forma objetiva, mediante la revisión de historias clínicas electrónicas, dichos resultados.

Por objetivos:

- "Identificar en el Servicio de Urgencias de forma objetiva aquellos pacientes con pancreatitis aguda que presentan disfunción orgánica medida mediante la escala SOFA": no podemos valorar de forma objetiva este ítem, ya que no disponemos de la escala SOFA informatizada.

Se han impartido charlas formativas en el servicio sobre la pancreatitis aguda grave y la importancia de la detección precoz mediante la escala SOFA, lo que pensamos (subjetivamente) que ha contribuido positivamente en el resto de objetivos:

- "Mejorar el proceso de evaluación de pacientes con pancreatitis aguda".

- "Mejorar la calidad en la atención recibida por el paciente en el ámbito de las Urgencias previniendo una mala evolución".

- "Mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios", tanto dentro del servicio como con el resto (fundamentalmente Digestivo, UCI, Radiología y Laboratorio).

- "Promover el desarrollo de prácticas clínicas de efectividad reconocida en la identificación de pancreatitis aguda grave".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de no haber logrado la herramienta fundamental para el proyecto, que es la informatización de la escala SOFA en PCH, se han realizado actividades formativas en el servicio mediante charlas sobre esta patología, la pancreatitis aguda grave, la importancia de la detección precoz de estos enfermos mediante la escala SOFA y su facilidad de aplicación y actualización en el manejo urgente de dichos pacientes. Todo esto nos permitirá obtener unos mejores resultados cuando se informatice la escala, ya que de manera teórica (no medida en papel ni en soporte informático), ya se empieza a utilizar esta escala al diagnosticar a un enfermo de pancreatitis aguda. Queda pendiente, en cuanto esté la escala SOFA en el PCH, cumplir con el apartado de "Indicadores, evaluación y seguimiento":

- Evaluación de la utilización de la escala SOFA en la pancreatitis aguda mediante una revisión de historias clínicas en la historia clínica electrónica.

- Porcentaje de pacientes con vigilancia y tratamiento intensivo diagnosticados de pancreatitis aguda según la valoración de gravedad desde el área de Urgencias (Nº de pacientes con PA y valoración efectuada / Nº de pacientes con PA atendidos) x 100.

Objetivo:>50%."

Pensamos que el proyecto sigue siendo sostenible, económicamente viable y de gran importancia en nuestra actividad asistencial, ya que se trata de una patología frecuente y potencialmente muy grave. El hecho de que no se haya podido cumplir con el calendario previsto se debe a causas ajenas a los componentes del equipo, y todo apunta a que se va a solucionar próximamente, con lo que esperamos obtener los resultados esperados.

7. OBSERVACIONES.

Solicitamos la continuidad del proyecto, ya que es importante desde el punto de vista clínico, y factible, desde el punto de vista económico y de recursos humanos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0436

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Necesitaremos, una vez realizada la implantación en la historia clínica electrónica de la escala SOFA y la difusión de la misma a los profesionales sanitarios del servicio, un periodo de 3 meses para su utilización. Y un segundo periodo de 6 meses para valorar la efectividad de la intervención, mediante la revisión de historias clínicas electrónicas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/436 ===== ***

Nº de registro: 0436

Título
IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
CUADRA GIMENEZ PILAR, DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN ANA MEILING, GROS BAÑERES BELEN, USIETO LOPEZ LAURA, CABISTANY ESQUE ANA CRISTINA, PUEYO MORER MARIA JESUS, PALAZON SAURA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La pancreatitis aguda es una enfermedad de curso clínico variable con una mortalidad entre el 15-20% de las formas graves. La mortalidad precoz está a menudo asociada con la disfunción orgánica, que suele iniciarse en las primeras 12-72 horas del ingreso; mientras que la morbilidad y mortalidad tardía está asociada con necrosis pancreática infectada y sepsis.

La identificación temprana de los pacientes que desarrollan una pancreatitis aguda grave, así como de aquellos con elevado riesgo para desarrollarla es crucial en el servicio de Urgencias ya que de esto se derivará una estrecha vigilancia de su evolución y una posible intervención terapéutica.

La disfunción orgánica puede medirse mediante la escala Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) y establece la presencia de fracaso orgánico, una puntuación mayor o igual a 2 de cualquiera de los sistemas. Esta escala tiene la posibilidad de estratificar la enfermedad fácilmente y de forma objetiva, siendo recomendada por la clasificación de gravedad de Atlanta de 2012.

Por ello proponemos incorporar a la historia clínica electrónica, la escala SOFA, para su aplicación en pacientes con pancreatitis aguda en las primeras 24 horas de la llegada a Urgencias. Ello permitiría ayudar a identificar de manera objetiva aquellos que presentan una pancreatitis aguda grave precoz.

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar en el Servicio de Urgencias de forma objetiva aquellos pacientes con pancreatitis aguda que presentan disfunción orgánica medida mediante la escala SOFA.
- Mejorar el proceso de evaluación de pacientes con pancreatitis aguda.
- Mejorar la calidad en la atención recibida por el paciente en el ámbito de las Urgencias previniendo una mala evolución.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios.
- Promover el desarrollo de prácticas clínicas de efectividad reconocida en la identificación de pancreatitis aguda grave.

MÉTODO

Implantación en la Historia Clínica Electrónica de la escala SOFA, para facilitar a los médicos del servicio de Urgencias la identificación precoz de aquellos pacientes con pancreatitis aguda que desarrollan disfunción orgánica, lo que implica gravedad. De tal forma que se establecería una estrecha vigilancia previniendo una mala evolución.

INDICADORES

- Evaluación de la utilización de la escala SOFA en la pancreatitis aguda mediante una revisión de historias clínicas en la historia clínica electrónica.
- Porcentaje de pacientes con vigilancia y tratamiento intensivo diagnosticados de pancreatitis aguda según la valoración de gravedad desde el área de Urgencias (Nº de pacientes con PA y valoración efectuada / Nº de pacientes con PA atendidos) x 100.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0436

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Objetivo:>50%

DURACIÓN

- Octubre - Diciembre de 2016: Planteamiento teórico del proyecto.
- Enero- Marzo de 2017: Implantación en la historia clínica electrónica de la escala SOFA.
- Abril - Septiembre de 2017: Valoración de la efectividad de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0517

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

Fecha de entrada: 28/06/2018

2. RESPONSABLE DANIEL LAHOZ RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ HERRAEZ MARIA ROSARIO
MUNUELA BARAHONA MARIA CONSUELO
SORRIBAS RUBIO PEDRO LUIS
GIMENEZ VALVERDE ANTONIO
FRAGUAS OLIVA JOSE LUIS
AZNAR BUENO CRISTINA
BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2017, los miembros colaboradores con el proyecto se han encargado de las siguientes tareas:

1. Monitorización de los indicadores de los protocolos asistenciales en el Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet. Se trata en concreto de la monitorización de los protocolos formalmente aprobados por la comisión de tecnología una vez consensuado con los servicios intervinientes y colgados en Intranet para su uso. Todos ellos aprobados a partir del año 2007.
Estos protocolos son:

- 1) Accidentes laborales con material biológico. Actuación en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-407-14).
 - 2) AIT Guía de manejo (ID. PROTOCOLO Z2-357-15).
 - 3) Dedo en martillo (Lesión del Aparato Extensor Distal) en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-275-11).
 - 4) Dolor torácico no traumático en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-217-13).
 - 5) Estratificación de Gravedad Pancreatitis Aguda en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-250-11).
 - 6) Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16).
 - 7) Hemorragia grave y masiva (ID. PROTOCOLO Z2-375-13).
 - 8) Infección del Tracto Urinario en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-237-11).
 - 9) Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16).
 - 10) Neumonía adquirida en la comunidad (ID. PROTOCOLO Z2-109-12).
 - 11) Neumotórax espontáneo primario (ID. PROTOCOLO Z2-261-11).
 - 12) Neumotórax espontáneo secundario (ID. PROTOCOLO Z2-347-14).
 - 13) Neuropatías ópticas Isquémicas anteriores (ID. PROTOCOLO Z2-368-13).
 - 14) Profilaxis tromboembolismo venoso tras traumatismo miembros inferiores (ID. PROTOCOLO Z2-299-12).
 - 15) Síndrome Coronario Agudo sin Elevación Persistente del Segmento ST (ID. PROTOCOLO Z2-396-14).
 - 16) Toxicología: muestras para análisis toxicológico (procedimiento general) (ID. PROTOCOLO Z2-380-14).
 - 17) Toxicología: muestras para análisis toxicológico con fines legales (extracción y custodia) (ID. PROTOCOLO Z2-381-14).
 - 18) Tratamiento de neumonía Comunitaria (ID. PROTOCOLO Z2-048-12).
 - 19) Traumatismo craneoencefálico en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-119-13).
 - 20) Traumatismos nasales agudos (ID. PROTOCOLO Z2-060-11).
 - 21) Triage avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16).
2. Elaboración de nuevos protocolos:
- a) Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16).
 - b) Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16).
 - c) Triage avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Accidentes laborales con material biológico. Actuación en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-407-14). Última revisión 1-3-16, próxima revisión 1-3 -2018. Cumplimiento indicadores 100%.
2. AIT Guía de manejo (ID. PROTOCOLO Z2-357-15). Última revisión 1-8-2015, próxima revisión 1-11-2017. Cumplimiento indicadores 100%
3. Dedo en martillo (Lesión del Aparato Extensor Distal) en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-275-11). Última revisión 1-12-2012, pendiente de actualización. Cumplimiento indicadores 50%.
4. Dolor torácico no traumático en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-217-13). Última revisión 1-2-2015, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100%.
5. Estratificación de Gravedad Pancreatitis Aguda en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-250-11). Última revisión 1-3-2012, pendiente de actualización.
6. Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16). Realización 1-4-16, próxima revisión 1-4-2018.
7. Hemorragia grave y masiva (ID. PROTOCOLO Z2-375-13). Realización 25-6-13, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100 %.
8. Infección del Tracto Urinario en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-237-11). Última revisión 1-5-2013, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 75 %
9. Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16). Realización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0517

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

- 1-5-16, revisión 1-5-18. Cumplimiento de indicadores 75%
10. Neumonía adquirida en la comunidad (ID. PROTOCOLO Z2-109-12). Ultima revisión 1-5-14, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 25%.
11. Neumotórax espontáneo primario (ID. PROTOCOLO Z2-261-11). Ultima revisión 1-3-13, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 75 %
12. Neumotórax espontáneo secundario (ID. PROTOCOLO Z2-347-14). Ultima revision 1-4-14, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 75 %.
13. Neuropatías ópticas Isquémicas anteriores (ID. PROTOCOLO Z2-368-13). Ultima revisión 1-5-15, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 25 %
14. Profilaxis tromboembolismo venoso tras traumatismo miembros inferiores (ID. PROTOCOLO Z2-299-12). Ultima revisión 1-2-13, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100 %.
15. Síndrome Coronario Agudo sin Elevación Persistente del Segmento ST (ID. PROTOCOLO Z2-396-14). Ultima revisión 1-1-6, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100 %.
16. Toxicología: muestras para análisis toxicológico (procedimiento general) (ID. PROTOCOLO Z2-380-14). Ultima revision 1-2-16, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100 %.
17. Toxicología: muestras para análisis toxicológico con fines legales (extracción y custodia) (ID. PROTOCOLO Z2-381-14). Ultima revisión 1-2-16, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100 %.
18. Tratamiento de neumonía Comunitaria (ID. PROTOCOLO Z2-048-12). Ultima revision 1-5-14, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 75%.
19. Traumatismo craneoencefálico en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-119-13). Ultima revisión 1-11-15, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100%.
20. Traumatismos nasales agudos (ID. PROTOCOLO Z2-060-11). Ultima revisión 1-5-13, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 50 %.
21. Triage avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16). Realización 1-5-16. Cumplimiento de indicadores 75 %.

- Los indicadores que se plantearon en el proyecto de mejora fueron:

-Protocolos elaborados o actualizados durante 2016: Diferencia entre el número de protocolos del Servicio de Urgencias aprobados por la Comisión de Tecnología y disponibles través de la intranet del Sector II en 31 de Diciembre de 2015 y 2016.

-Protocolos evaluados en 2016: protocolos del Servicio de Urgencias evaluados / protocolos del Servicio de Urgencias aprobados x 100.

Resultados:

- Se han realizado 3 nuevos protocolos durante el año 2016: a) Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16). b) Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16). c) Traje avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16).

- Se ha actualizado 1 protocolo durante el año 2016: Accidentes laborales con material biológico. Actuación en Urgencias

- Protocolos del Servicio de Urgencias evaluados (21) / protocolos del Servicio de Urgencias aprobados (21) x 100: 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Existe una codificación diagnóstica, escasamente homogénea para problemas similares, que hace que sea compleja la determinación de la n total de sujetos sobre los que seleccionar los casos a monitorizar.

- Los estándares objetivo de los indicadores de evaluación de algunos protocolos son demasiado exigentes en determinadas ocasiones, teniendo que plantear su modificación en futuras revisiones para ajustarse en mayor medida a la realidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/517 ===== ***

Nº de registro: 0517

Título
MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

Autores:
LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL, MARTINEZ HERRAEZ MARIA ROSARIO, MUNUERA BARAHONA MARIA CONSUELO, SORRIBAS RUBIO PEDRO LUIS, GIMENEZ VALVERDE ANTONIO, FRAGUAS OLIVA JOSE LUIS, AZNAR BUENO CRISTINA, BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0517

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Diversas patologías atendidas en el Servicio de Urgencias
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La disminución de la variabilidad de la práctica clínica y la incorporación de la mejor evidencia científica en el manejo de las situaciones clínicas más frecuentes y/o trascendentes por su impacto clínico o social es uno de los objetivos del plan de calidad del Servicio de Urgencias. Identificada esta necesidad, se vienen priorizando las situaciones clínicas sobre las que actuar en base a las recomendaciones de protocolización establecidas en el Manual de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Urgencias elaborado por el Departamento de Salud en 2006. La elaboración de protocolos asistenciales del Servicio de Urgencias son consensuados con los Servicios implicados en cada caso y adaptados a nuestro medio y realidad asistencial. En la actualidad, el Servicio de Urgencias dispone de distintos protocolos, adaptados al reglamento de protocolos del Sector II:

1. Accidentes laborales con material biológico. Actuación en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-407-16).
2. AIT Guía de manejo (ID. PROTOCOLO Z2-357-15).
3. Dedo en martillo (Lesión del Aparato Extensor Distal) en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-275-11).
4. Dolor torácico no traumático en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-217-13).
5. Estratificación de Gravedad Pancreatitis Aguda en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-250-11).
6. Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16).
7. Hemorragia grave y masiva (ID. PROTOCOLO Z2-375-13).
8. Infección del Tracto Urinario en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-237-11).
9. Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16).
10. Neumonía adquirida en la comunidad (ID. PROTOCOLO Z2-109-12).
11. Neumotórax espontáneo primario (ID. PROTOCOLO Z2-261-11).
12. Neumotórax espontáneo secundario (ID. PROTOCOLO Z2-347-14).
13. Neuropatías Ópticas Isquémicas anteriores (ID. PROTOCOLO Z2-368-13).
14. Profilaxis tromboembolismo venoso tras traumatismo miembros inferiores (ID. PROTOCOLO Z2-299-12).
15. Síndrome Coronario Agudo sin Elevación Persistente del Segmento ST (ID. PROTOCOLO Z2-396-14).
- 16- Toxicología: muestras para análisis toxicológico (procedimiento general) (ID. PROTOCOLO Z2-380-14).
17. Toxicología: muestras para análisis toxicológico con fines legales (extracción y custodia) (ID. PROTOCOLO Z2-381-14).
18. tratamiento de neumonía Comunitaria (ID. PROTOCOLO Z2-048-12).
19. Traumatismo craneoencefálico en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-119-13).
20. Traumatismos nasales agudos (ID. PROTOCOLO Z2-060-11).
21. Traje avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16).

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-Planificar e iniciar la elaboración de nuevos Protocolos asistenciales, en consenso con el resto de Servicios, y en base a las necesidades y realidad asistencial del Servicio de Urgencias, así como, revisar los protocolos existentes según fecha prevista.
- 2.-Actualizar los protocolos existentes en el Servicio y adaptarlos a los requisitos del Reglamento de protocolos del Sector II.
- 3.-Revisar los indicadores de seguimiento de los protocolos del Servicio de Urgencias.
- 4.-Establecer un sistema periódico de revisión de dichos indicadores como un elemento básico del plan de calidad del Servicio de Urgencias.

MÉTODO

- 1.-Revisión de los protocolos existentes para adaptarlos al reglamento de procesos del sector II.
Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
- 2.-Revisión y definición de los indicadores de seguimiento de los protocolos Responsable: Todos los miembros del equipo.
- 3.-Evaluar el grado de seguimiento de los protocolos mediante la monitorización de los indicadores.
Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
- 4.-Para cada protocolo evaluado, se realizará un análisis de los resultados y se discutirán las medidas necesarias para mejorar su seguimiento, cuando sea necesario.
Responsable: Todos los miembros del grupo de mejora

INDICADORES

El proyecto se evaluará comprobando el grado de ejecución de los objetivos mediante los siguientes indicadores:

- 1.-Protocolos elaborados o actualizados durante 2016: Diferencia entre el número de protocolos del Servicio de Urgencias aprobados por la Comisión de Tecnología y disponibles a través de la Intranet del Sector II en 31 de Diciembre de 2015 y 2016.
- 2.-Protocolos evaluados en 2016: protocolos del Servicio de Urgencias evaluados / protocolos del Servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0517

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

Urgencias aprobados x 100.

DURACIÓN

1.-Revisión de los protocolos existentes y proyecto de los nuevos:

Marzo-Junio 2017.

2.-Revisión de los indicadores de seguimiento: Marzo-Junio 2017.

3.-Evaluar el grado de seguimiento de los protocolos mediante la monitorización de los indicadores de aquellos protocolos en periodo de revisión: Septiembre-Noviembre 2017.

4.-Análisis de los resultados y diseño de las medidas necesarias para mejorar su seguimiento: Octubre-Noviembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0643

1. TÍTULO

ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ANA HERRER CASTEJON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TRINCADO AZNAR PABLO
USIETO LOPEZ LAURA
OLIETA BLANCO MARIA PILAR
COMET BERNAD MACARENA
BIELSA MASDEU ANA MARIA
BOSQUE MORENO ANA ISABEL
GARRIDO NAVARRO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión del equipo y reparto de tareas
- Información en reunión del servicio de las tareas a realizar,.
- Reeditar tríptico existente con la incorporación de nuevas insulinas (aún sin divulgar)
- Elaboración de tabla completa de insulinas existentes y sus equivalencias. Pendiente de impresión y divulgación por el servicio.
- Elaboración de tabla completa de antidiabéticos orales y su clasificación, así como la incorporación de antidiabéticos nuevos. Pendiente de impresión y divulgación.
- Revisión aleatoria de tratamientos antidiabético prescrito en el momento actual, previo a la realización de las actividades formativas previstas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se está realizando una base de datos de los pacientes diabéticos que acudieron a urgencias durante los 15 primeros días de diciembre y que ingresaron en nuestro hospital en relación al tratamiento antidiabético prescrito, así como de los pacientes que acudieron al hospital con cifras de glucosa mayor de 180mg/dl.
En el momento actual, por diversos motivos aun no disponemos de análisis estadístico de los mismos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a ser un equipo multidisciplinar donde intervienen varias especialidades hospitalarias, farmacia, endocrinología y urgencias, hemos tenido graves dificultades para reunirnos y avanzar en el proyecto, incluidas algunas de salud.
Aunque se han cumplido alguno de los objetivos, como la elaboración de los posters, nos han quedado pendientes el análisis estadístico de la situación actual y estamos en fase de terminar el nuevo tríptico, imprimir los carteles e impartir las charlas informativas a facultativos, enfermería y MIR.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/643 ===== ***

Nº de registro: 0643

Título
ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

Autores:
HERRER CASTEJON ANA, TRINCADO AZNAR PABLO, USIETO LOPEZ LAURA, OLIETE BLANCO MARIA PILAR, COMET BERNAD MACARENA, BIELSA MASDEU ANA MARIA, BOSQUE MORENO ANA, GARRIDO NAVARRO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0643

1. TÍTULO

ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

PROBLEMA

El correcto manejo del paciente diabético en urgencias es una importante área de mejora en nuestro servicio. Cerca del 40% de los pacientes atendidos en urgencias es diabético. La importancia en la atención de estos pacientes deriva de varios factores:

Se ha detectado que hasta un 50% de los pacientes que acuden a urgencias desconocen que son diabéticos a su llegada

Un alto porcentaje presenta un mal control de las cifras de glucemia

Existe descompensación asociada a la patología subyacente y a los tratamientos necesarios

La hiperglucemia además de ser un marcador de gravedad, conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico implican mayor riesgo de infección, mayor mortalidad hospitalaria en pacientes con ACV y mayor mortalidad y estancia hospitalaria en EPOC. Además de afectar a la función inmune y a los mediadores inflamatorios.

La hiperglucemia afecta a un 7% de los pacientes ingresados, Implica un mayor coste y estancia hospitalaria y un mayor índice de mortalidad, lo que conlleva mayor necesidad de recursos al alta del paciente (atención especializada, residencia, cuidador)

Por todo ello es necesario que en urgencias se detecten estos problemas y se traten de una forma homogeneizada y segura para el paciente.

También hay que tener en cuenta la complejidad de tratamientos que han surgido en los últimos años; antidiabéticos orales (ADO) nuevos y nuevas insulinas.

En muchos casos es difícil conocer el tratamiento real que lleva el paciente y el médico está más centrado en la patología que motiva el ingreso, lo cual supone un riesgo de seguridad clínica para el paciente. Se debe intentar evitar el uso de pautas móviles como único tratamiento ya que han demostrado un peor control, no cubren las necesidades basales y favorecen hiper e hipoglucemias.

El uso de ADO en los pacientes ingresados por patología aguda no están recomendados; ya que tiene inicio de acción lento, poca flexibilidad y efectos adversos potenciales mayores en pacientes con patología aguda

Nos planteamos en la siguiente línea de mejora:

Actualizar la guía de insulinización en los diabéticos que ingresan a través del Servicio de Urgencias con la incorporación de nuevas insulinas

Protocolización de los criterios de insulino terapia

Protocolización de necesidades de insulina ante situaciones especiales: cirugía,

toma de corticoides, cetoacidosis diabética, procedimientos diagnósticos...

Disminuir el uso de ADO en pacientes ingresados y sustituirlo por las dosis equivalentes correctas de insulina.

RESULTADOS ESPERADOS

-Todos los pacientes diabéticos que ingresen a través de urgencias tengan una pauta correcta de insulinización.

-Los pacientes no diabéticos, que ingresen con cifras superiores a 180 mg/dl de glucemia deben iniciar tto con insulina durante su estancia hospitalaria

-Disminuir el número de pautas móviles como único tratamiento

-Disminuir el uso de los ADO al ingreso del paciente

-Mejor conocimiento de facultativos y enfermería de las insulinas existentes en el mercado y sus equivalencias

-Mejorar el tratamiento en situaciones especiales: cetoacidosis, coma hiperosmolar, tratamiento corticoideo, cirugía, procedimientos terapéuticos

MÉTODO

-Creación del grupo de trabajo

-Elaboración de una tabla completa de insulinas existentes y sus equivalencias y distribución por puntos estratégicos del Servicio de urgencias

-Actualización del tríptico de uso de insulinización del paciente que ingresa en urgencias y difusión del mismo.

-Creación de algoritmos de actuación ante situaciones especiales, cetoacidosis, coma hiperosmolar, tratamiento corticoideo, cirugía, procedimientos terapéuticos.

-Difusión mediante sesiones clínicas de los protocolos consensuados para facultativos, enfermería y MIR.

INDICADORES

Al inicio del protocolo se hará un muestreo con los siguientes indicadores y otro al año de su instauración y difusión

1. Porcentaje de pacientes ingresados en urgencias con tratamiento insulínico según protocolo del total de pacientes diabéticos
2. Porcentaje de pacientes diabéticos con ADO en el tratamiento del total de pacientes diabéticos.
3. Porcentaje de inicio de tratamiento insulínico en pacientes que acuden a urgencias con glucemia >180 mg/dl y que no eran diabéticos conocidos del total de pacientes.
4. Uso de pautas móviles como único tratamiento en pacientes diabéticos
5. Pauta correcta de insulina según el protocolo en pacientes con tratamiento corticoideo.

DURACIÓN

Reunión del grupo de trabajo en Noviembre .

Elaboración de protocolos y algoritmos de Noviembre 2016 a Febrero 2017.

Recogida de datos preliminar de indicadores en Noviembre

Difusión de los mismos en Marzo, Abril .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0643

1. TÍTULO

ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

Reevaluación de datos durante Noviembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0695

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE OSCAR ORTIGOSA AGUSTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO FORMENTO ENRIQUE
SANMARTIN ALLUE HECTOR
PABLO CEREZUELA FRANCISCO
GARCES HORNA SILVIA
MURO CULEBRAS MARIA
TOMELO MUÑOZ RUTH
GARGALLO GASCA NAIARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ya se han realizado las etapas marcadas en la anterior memoria que son:

- Se ha elaborado la herramienta informática que permite la realización del curso online
- Ya se han elaborado los calendarios de talleres
- Preparación del material RCP, simuladores, exámenes,...
- Se ha iniciado parcialmente la difusión de la actividad por algunos Servicios/Unidades/ centros de Salud
- Bases de datos de cobertura de formación en los distintos servicios creadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todo el Proyecto se ha realizado, en cuanto a material y soporte tecnico.En estos momentos la oferta del curso se encuentra presencialmente en la Intranet del Sector II de Zaragoza con un número importante de inscripciones previas pero se encuentra pendiente de integrarse la herramienta online creada, en el Sistema Informático del Sector, por lo que todavía no se ha podido iniciar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo ha trabajado mucho en la realización del soporte informático para que sea ágil, intuitivo y sencillo, así como en las últimas actualizaciones de RCP con un material que se adapte a los profesionales que lo realicen así como herramientas de autoevaluación.
Por problemas técnicos de integración del soporte digital y de plazos con la acreditación del curso, no se ha podido iniciar; pero una vez que se solucionen se comenzará de inmediato dado el número de preinscripciones que ya se tienen.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/695 ===== ***

Nº de registro: 0695

Título
ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR, ALONSO FORMENTO ENRIQUE, SANMARTIN ALLUE HECTOR, PABLO CEREZUELA FRANCISCO, GARCES HORNA SILVIA, MURO CULEBRAS MARIA, TOMELO MUÑOZ RUTH, GARGALLO GASCA NAIARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0695

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II

PROBLEMA

En el Sector Zaragoza II trabajan en la actualidad más de 6.000 profesionales. Como institución de Servicios Sanitarios muchos de sus trabajadores pueden verse en una situación de asistencia de una parada cardiorespiratoria. Los consensos internacionales al respecto realizan recomendaciones sobre la necesidad de que todos sus empleados y no solo en personal sanitario exclusivamente, posean conocimientos sobre RCP-Básica. EN la actualidad, la oferta formativa del Sector supone la formación anual de unos 250 profesionales en esta habilidad clínica. En estas condiciones, se hace imprescindible la puesta en marcha de una herramienta que ofrezca una mayor cobertura formativa pudiendo alcanzar a la totalidad de la población diana (todos los trabajadores). Este proyecto, que es continuidad del ya desarrollado en el ejercicio anterior, pretende poner en marcha un programa semipresencial de formación en RCP, principalmente destinado a aquellos grupos poblacionales difícilmente abarcables por la oferta formativa institucional.

RESULTADOS ESPERADOS

La propuesta para este proyecto es finalizar de desarrollar e implantar un modelo de formación semipresencial de RCP en el Sector Zaragoza II, pudiendo elaborar una base de datos que incluya a todo el personal adiestrado por servicios con el objetivo de garantizar la máxima cobertura de profesionales capacitados.

MÉTODO

El proyecto consiste en la elaboración de un entorno virtual ligado a la WEB del Sector en el que cualquier trabajador del mismo pueda acceder mediante sus claves personales a un desarrollo de material virtual con textos, imágenes y videos que despues de visualizar le pongan en situación de contestar un test teórico que una vez superado le ofrezca un calendario en el que se inscribirá el interesado para recibir en un taller de dos horas de duración un repaso de los aprendido y la realización de la parte práctica de la RCP. El desarrollo del proyecto previo incluyó el pasado año, la búsqueda bibliográfica, la elaboración de materiales teóricos, grabación de videos con MIR que actuaron de actores, elaboración de banco de preguntas para el test teórico que se incluye en el material. Además se ha realizado la selección de MIR que desarrollarán los talleres. La presenta solicitud se realiza para la consecución de las siguientes etapas del proyecto:

- La elaboración de la herramienta informática,
- Elaboración de calendarios de talleres,
- Preparación de material RCP,
- Difusión de la actividad por los Servicios/Unidades/Centros de Salud.
- Diseño y elaboración de certificados a los alumnos asistentes que superen la actividad.
- Base de datos de cobertura de formación en los diferentes servicios.
- Evaluación del proyecto.

INDICADORES

El proyecto se monitorizará bajo dos indicadores de "exito":

- 1.- Número de profesionales que han realizado la actividad/ capacidad máxima de formación según el diseño de talleres. (a los seis meses de puesta en marcha de la actividad).
- 2.- Encuesta de opinión de los profesionales que realicen la actividad

DURACIÓN

Como se ha descrito, este proyecto es continuidad del ya comenzado en el pasado ejercicio. Esta circunstancia conlleva que en la actualidad se sigue trabajando en su desarrollo. Una vez definido por el grupo de trabajo el material definitivo y los simuladores, se definirán los calendarios de talleres. Una vez finalizado este proceso se trabajará en la creación de la herramienta informática y las pruebas pertinentes durante el primer trimestre del año 2017. A partir de abril de 2017 se pretende realizar la difusión y presentación del programa. Se proponen los meses de mayo-junio 2017 como fechas para su puesta en marcha y oferta a los trabajadores del Sector.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0774

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE BELEN GROS BAÑERES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARRILLA HERRANZ PEDRO
MARTINEZ DELGADO SUSANA
GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS
MARCOS IÑIGUEZ ALMUDENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado:

6 sesiones formativas al personal médico del servicio, en cuanto a nuevos criterios, formación en escala NIH, concienciación de administración del tratamiento en TAC, etc...

Se han realizado varias sesiones de presentación de resultados a lo largo del año como feedback hacia los profesionales

Varias reuniones con los responsables de enfermería para aclarar dudas, criterios y dosis de administración del tratamiento fibrinolítico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han aumentado de forma considerable el número de pacientes que han recibido tratamiento fibrinolítico y la mayoría de ellos han recibido el inicio del mismo en la sala de TAC.

Ha disminuido de forma considerable el tiempo hasta el inicio del tratamiento habiéndose logrado conseguir el objetivo de su administración con una mediana de 50'.

(No dispongo en este momento de cifras concretas)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha logrado concienciar al personal del servicio de la importancia de la celeridad del procedimiento del código Ictus, considerando que las reuniones de presentación de resultados tienen un buen impacto en ese sentido.

Se ha trabajado en formación tanto en médicos como enfermería, realizando algoritmos sencillos de los puntos clave de decisión y tratamiento.

Falta realizar más sesiones formativas y de feedback al personal de enfermería, así como la elaboración del Chek-list.

Falta incluir como pieza clave del proceso al personal subalterno (celadores) tanto en las sesiones formativas como de feedback para que tengan mayor implicación en el procedimiento

Falta tiempo durante la jornada laboral para la realización de las sesiones con enfermería y celadores y para la recogida de los datos.

Falta la completa automatización de la recogida de los datos, aunque se ha trabajado en ello.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/774 ===== ***

Nº de registro: 0774

Título

ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS

Autores:

GROS BAÑERES BELEN, PARRILLA HERRANZ PEDRO, MARTINEZ DELGADO SUSANA, GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS, MARCOS IÑIGUEZ ALMUDENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)

Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0774

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dentro del programa de Atención al Ictus en Aragón y la implantación de la Terapia Endovascular y las modificaciones constantes de los criterios de manejo de estos pacientes, creemos oportuno realizar un proyecto de formación en la atención al Ictus para el personal de nuestro servicio.

En el seguimiento de la atención que venimos realizando desde 2004, hemos detectado diversos puntos débiles en dicha asistencia:

- Elevado consumo de tiempo en la realización de filiación y triaje
- Escaso porcentaje de pacientes con claro registro de hora de inicio del Ictus
- Elevado tiempo Puerta-Aguja inferior a 60 min (Solo un 45% < 60')
- Importantes discordancias en la puntuación de NIHSS de los diferentes profesionales
- Elevado tiempo TAC-Aguja

Por lo tanto nos planteamos aprovechar la difusión de las novedades en la fibrinólisis del Ictus y de las terapias endovasculares para realizar una formación intensiva al personal de nuestro servicio.

Personal de Enfermería:

- Formación en nuevos criterios y tiempos de código Ictus
- Formación en minimizar el tiempo de triaje en estos pacientes
- protocolo de actuaciones automatizado en sala de vitales con reparto de tareas y con Check list del mismo
- Formación en preparación y administración del tratamiento fibrinolítico

Personal Médico del servicio:

- Formación en nuevos criterios de fibrinólisis y terapia endovascular
- Formación en valoración de escala NIH
- Concienciación de administración del tratamiento fibrinolítico en sala de TAC

RESULTADOS ESPERADOS

- Minimizar tiempo de triaje de estos pacientes
- Minimizar el porcentaje de pacientes en código Ictus que no son identificados en triaje Minimizar el tiempo de asistencia en vitales minimizando el tiempo puerta-TAC
- Minimizar la discordancia inter-observador en la valoración de la NIH
- Minimizar el tiempo TAC-Aguja logrando la administración del tratamiento en sala de TAC
- Aumentar el porcentaje de pacientes susceptibles de tratamiento endovascular que lo reciben

MÉTODO

Creación de grupo de trabajo de Ictus

Realización de sesiones formativas de novedades del tratamiento fibrinolítico

Automatización en PCH y formación de las mismas del manejo de Ictus

Realización de sesiones formativas para enfermería

Realización de sesiones formativas valoración NIHSS

Difusión y formación del anagrama del manejo del código Ictus

Realización de Check-list de actividades de enfermería / médico

INDICADORES

Se analizarán los siguientes indicadores:

- Indicadores de código Ictus que venimos revisando anualmente
- Porcentaje de pacientes que reciben terapia endovascular
- Porcentaje de pacientes en los que figura hora de inicio de los síntomas
- Porcentaje de pacientes que se administra fibrinólisis en sala de TAC

DURACIÓN

- Reunión del grupo de trabajo en Noviembre
- Elaboración check list y algoritmos sencillos
- Sesiones formativas Noviembre-Diciembre
- Recogida de datos preliminar de indicadores en Noviembre-Diciembre
- Reevaluación de datos durante Noviembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0808

1. TÍTULO

RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO GIMENEZ VALVERDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR
GRACIA MATILLA ROSA
GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ
VELILLA MOLINER JOAQUIN
BUSTAMANTE GONZALEZ EDUARDO
CASADO RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras revisar la bibliografía vigente se realizó un documento que clarificó y aportó datos suficientes para utilizar de forma correcta la procalcitonina.
Se programaron 4 sesiones clínicas en marzo, para adjuntos del Sº de urgencias, en el servicio de bioquímica y otras dos para residentes de Familia y especialidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se cuantificaron las peticiones solicitadas en el 2 semestre de 2017 frente a las que se solicitaron en el 2 semestre de 2016.??En 2016 se solicitaron por parte del Sº, de Urgencias 6739 determinaciones de procalcitonina que supusieron un 39.1% del total, En 2017 tras la intervención descrita el número de peticiones solicitadas fueron de 713 que fue 7,3% del total de peticiones. El número de pruebas positivas en 2016 fue del 16.3% frente a un 41,6 en el periodo evaluado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una actitud vigilante sobre diversos aspectos de la práctica sanitaria nos debe llevar a implementar distintas intervenciones que nos ayude a mejorar la calidad asistencial, por una parte adecuando o racionalizando nuestras demandas con el consiguiente beneficio global, por una parte en este caso descongestionando el Laboratorio y por otras ahorrando una importante cantidad de dinero que se cifra entorno a los 50000 euros en el 2 semestre de 2017. El éxito de la actividad realizada por este equipo de mejora invita a plantearse nuevos objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/808 ===== ***

Nº de registro: 0808

Título
RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
GIMENEZ VALVERDE ANTONIO, ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR, GRACIA MATILLA ROSA, GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ, VELILLA MOLINER JOAQUIN, BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO, CASADO RAMON BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo Ambos sexos
Edad Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología infecciosa es una causa importante de asistencia en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH), alrededor del 10% de las mismas. La gravedad de estos procesos varía desde banales, la mayoría, hasta procesos de sepsis y shock séptico, procesos tiempo-dependientes en los que la administración precoz del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0808

1. TÍTULO

RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

tratamiento antibiótico y las decisiones diagnóstico-terapéuticas que conllevan, repercuten directamente en la supervivencia de los pacientes.

Los procalcitonina es un biomarcador de respuesta inflamatoria e infección que se ha posicionado como una herramienta de gran ayuda al clínico a la hora de mejorar el diagnóstico y tratamiento de la infección, permitiéndole discernir si un proceso es normal o patológico así como de monitorizar la respuesta al tratamiento. Las expectativas generadas por dicho biomarcador, la falta de conocimiento de sus características, de su cinética y de los mecanismos que hacen que se eleve, así como su facilidad de uso puede hacer incurrir al facultativo en una suprautilización, a veces desproporcionada, indicando su análisis fuera de los márgenes de utilidad establecidos. Del global de determinaciones realizadas en el hospital en 1 mes más del 50% de ellas parten del Sº de Urgencias (unas 900 determinaciones) siendo positivas un porcentaje entorno al 13-15%. Dado su coste directo así como la repercusión que tiene tan elevado número a nivel de laboratorio sería conveniente poner en marcha los mecanismos necesarios para racionalizar su uso.

RESULTADOS ESPERADOS

Adecuación del uso de procalcitonina en pacientes con patología aguda. Ajustando su utilización a aquellos pacientes que se benefician de la información que aporta este biomarcador.

MÉTODO

Este proyecto de mejora se realizará de forma conjunta entre los Servicios de Urgencia y de Bioquímica.

a.- Una vez identificado el problema se valorará durante un mes la situación actual en cuanto al número de determinaciones solicitadas por el servicio de urgencias, el ratio en relación al volumen total de peticiones realizadas en el hospital, la patología para la que se pide, así como las veces que se ha monitorizado el tratamiento mediante la procalcitonina. Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.

b.- Para ello se elaborará tras revisar la bibliografía vigente con la finalidad de realizar un documento que clarifique y aporte los datos suficiente para su correcta utilización, desglosando las patologías que se benefician de su uso. Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.

c.-Se difundirá posteriormente mediante sesiones clínicas y material escrito a todos los facultativos que trabajan en urgencias, incluidos residentes. Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.

d.-Tras el periodo de difusión se valorará de nuevo la respuesta obtenida tras la intervención descrita.

INDICADORES

Para monitorizar el resultado del proyecto se utilizarán los siguientes marcadores:

a.-Variación del número de peticiones realizadas en el servicio de urgencias (peticiones de procalcitonina en urgencias en la evaluación inicial - peticiones evaluación final)

b.-Variación del ratio entre las peticiones totales hospitalarias y las peticiones de urgencias entre la evaluación inicial y la final

c.-Variación del número de determinaciones positivas entre la evaluación inicial y final

d.-Variación de las veces que se ha monitorizado el tratamiento entre la evaluación inicial y final

c.-Variación del ajuste de indicación a las patologías que se benefician de su uso entre la evaluación inicial y final

DURACIÓN

a.-Evaluación inicial. Diciembre 2016

b.-Revisión bibliografía y elaboración guía. Diciembre 2016

c.-Difusión de la guía mediante sesión clínica. Enero-Febrero 2017

d.-Evaluación final. Realización indicadores. Marzo 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0818

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Fecha de entrada: 21/03/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO LOPEZ LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRENC ESPAÑOL PATRICIA
ABADIA GALLEGO VICTOR
GALVE GALVE JOSE ANTONIO
ASPAS LARTIGA CARLOS
MORENO DIAZ JAVIER
ALTISENT TROTA ROGELIO
LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se procedió a pasar encuestas, de forma anónima, en un periodo de 7 días, entre el personal facultativo del Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet, que incluían ítems sobre el tiempo dedicado a la información a pacientes y familiares de estos, grado de satisfacción del facultativo y grados e satisfacción percibida y/o expresada por pacientes y familiares, así como un apartado libre para sugerencias. Las encuestas eran rellenadas por los facultativos al final de su jornada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En general, los facultativos se mostraban satisfechos con la información aportada, si bien muchos de ellos expresaban tener poco tiempo dedicado para la información (menos de 5 minutos), en aproximadamente un 20% de los casos se percibía ligera o poca satisfacción en los pacientes y familiares, y en el texto libre había varias sugerencias acerca de la falta de espacio en según que áreas del servicio y falta de tiempo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De los resultados recogidos en las encuestas se deduce que hay cierta discordancia entre la satisfacción del facultativo y la de los pacientes y familiares, así como falta de tiempo y en ocasiones de espacio para llevar a cabo el proceso de la información. Se debería llevar a cabo un estudio a más largo plazo, incluyendo a los especialistas que realizan interconsultas en el Servicio de Urgencias, y también encuestas específicas a los paciente no solo de satisfacción general, si no también de hasta que punto habían entendido lo que se les había explicado, si se habían resuelto sus dudas, si el facultativo se había mostrado empático (comprensivo), y si se habían sentido escuchados.
En cualquier caso, las conclusiones de este proyecto de mejora tan solo pueden aplicarse al Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet, y para las fechas en que se rellenaron las encuestas. Sería interesante ampliar a otros Servicios de urgencias de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/818 ===== ***

Nº de registro: 0818

Título
ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Autores:
LOPEZ LOPEZ FERNANDO, TRENC ESPAÑOL PATRICIA, ABADIA GALLEGO VICTOR, GALVE GALVE JOSE ANTONIO, ASPAS LARTIGA CARLOS JAVIER, MACIPE COSTA MARIA PILAR, ALTISENT TROTA ROGELIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sin distinción de patologías.
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0818

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La comunicación es parte importante de nuestra vida, ya que establece como interactuamos con los demás, y, en profesiones en las que se trata con personas, aún más. Cuando se trata de medicina, es imprescindible establecer una buena relación médico-paciente,

Si a lo largo de la práctica médica es fácil encontrarse con dificultades para una buena comunicación, en la atención en los servicios de urgencias es una constante, por diversos motivos: falta de tiempo, presión asistencial, decisiones vitales en pocos minutos, ausencia de confidencialidad...

Es necesario conocer como es la comunicación del médico con paciente y familiares/acompañantes en las Urgencias Hospitalarias, con el objeto de identificar los problemas/carencias que se presentan

Nuestro objetivo es, una vez identificados estos problemas, establecer una serie de medidas destinadas a mejorar la relación médico-paciente/familiares.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la satisfacción final de pacientes y familiares tras la atención en las Urgencias hospitalarias, mejorando así los resultados terapéuticos.
- Disminuir o atenuar el estrés que supone para los profesionales relacionarse con los pacientes.
- Establecer medidas para garantizar un mínimo grado de confidencialidad.

MÉTODO

Para conseguir estos objetivos se van a consensuar una guía con pautas básicas de actuación durante la comunicación con el paciente, con la colaboración de todos los miembros del Equipo de Mejora, basadas en la bibliografía disponible sobre la materia en el momento actual.

Revisaremos las publicaciones de Sociedades Científicas de entidad: Sociedad española de medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), así como de La Universidad de Zaragoza, para aplicarlas a nuestro medio.

Se tratará de un documento en tamaño DIN A4, encuadernado, que se distribuirá a todos los Servicios previamente mencionados

INDICADORES

El proyecto se evaluará mediante una serie de ítems que deberán ser cumplimentados por los médicos que trabajen en la Urgencia Hospitalaria, tanto pertenecientes a los Servicios de Urgencias como a otras Especialidades que realicen alguna parte de su trabajo en la Urgencia tras completarse la atención a cada paciente.

Con vistas a poder valorar la utilidad del proyecto se van a realizar dos acciones fundamentales:

1. Se pasará una encuesta paciente y familiares con varios ítems para valorar la atención recibida.
2. Tras la publicación de la guía básica de comunicación, comprobar que la difusión ha sido adecuada, de modo que cada uno de los Servicios implicados dispongan de las copias necesarias para su uso.

DURACIÓN

El proyecto tiene una duración de 6-8 meses para revisar y redactar la guía básica de comunicación con el paciente y familiares en los Servicios de Urgencias Hospitalarios con la presentación de resultados al finalizar el mismo.

2º trimestre 2017: Constitución del grupo de mejora y reparto de responsabilidades

Diseño del proyecto

3º trimestre 2017: Recogida y Análisis de datos

Elaboración del protocolo

4º trimestre 2017: Difusión de protocolo y distribución a los Servicios previamente mencionados, relacionados con la comunicación con los pacientes y familiares en los Servicios de Urgencias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1017

1. TÍTULO

TRIAJE PEDIATRICO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE JAVIER VAZQUEZ ARIZA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAMPOS CALLEJA CARMEN
GOMEZ BARRENA VIRGINIA
BARRIO PALOMAR NIEVES
IRIARTE VICENTE MARIA JOSE
FORCADA MARTIN TERESA
MARIN GOMEZ MARIA ANGELES
MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SEMINARIO TEÓRICO DE 4 HORAS (SOPORTE POWER POINT: ACERCAMIENTO HISTÓRICO DEL TRIAJE, CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRIAJE, SISTEMAS INFORMÁTICOS DE TRIAJE, VALORACIÓN PEDIÁTRICA DEL TRIAJE.)
SIMULACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA (CASOS PRÁCTICOS CON PCH)
PRÁCTICAS PRESENCIALES EN EL PUESTO DE TRIAJE DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE 8 HORAS DE DURACIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

LA FINALIDAD DEL PROYECTO ES LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EL TRIAJE PEDIÁTRICO PARA CONSEGUIR UNA MEJORA EN LA VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

ES NECESARIA LA REALIZACIÓN DE LA FORMACIÓN EN TRIAJE PEDIÁTRICO PREVIA A LA CONTRATACIÓN ESTIVAL, COINCIDIENDO CON LA LLEGADA DE LOS EIR EN PEDIATRÍA.
DE ESTA MANERA SE MEJORARÁ EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD Y SE DARÁ MÁS RELIEVE A LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL CON PERFILES DEFINIDOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1017 ===== ***

Nº de registro: 1017

Título
MEJORA DE LA FORMACION EN TRIAJE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores:
VAZQUEZ ARIZA JAVIER, IBAÑEZ NUEZ SONIA, PADILLA ARAGÜES GUSTAVO, MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE, GOMEZ BARRERA VIRGINIA, CAMPOS CALLEJA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Todos los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) de Aragón disponen de área de triaje donde el personal de enfermería es el responsable de realizar la valoración preliminar del paciente a su llegada al servicio para estratificarlo según su nivel de urgencia y ubicar al paciente en el área más idónea para su atención y/o tratamiento.

Para realizar esta labor de manera eficiente, útil y segura se aplican los algoritmos establecidos por el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1017

1. TÍTULO

TRIAJE PEDIATRICO HOSPITALARIO

Sistema Español de Triage (SET) a través de los protocolos que ofrece el Programa de Ayuda al Triage (web_e-PAT). Aunque existen ya programas formativos acreditados sobre triaje estructurado, se considera que dadas las peculiaridades del paciente pediátrico es necesario desarrollar y adquirir las habilidades específicas para optimizar la valoración de estos pacientes y profundizar en los aspectos donde los programas de aprendizaje en triaje genérico no puede detenerse. Las necesidades de formación en triaje pediátrico han sido detectadas en la propia unidad de urgencias y también a la demanda del personal de nueva incorporación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disponer de formación específica en "Triage Pediátrico mediante Curso Teórico-Practico acreditado por el SALUD.
- Disminuir la variabilidad mediante formación específica en triaje pediátrico del personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Urgencias
- Mejorar satisfacción de los profesionales de enfermería de la formación recibida

MÉTODO

- 1.- Reunión de equipo calidad, establecer cronograma de trabajo.
- 2.- Revisión y búsqueda bibliográfica del estado actual del tema (manuales, cursos pediátricos en otras comunidades.
- 3.- Reunión con Grupo de Trabajo de Calidad de Urgencias de H.General.
- 4.- Diseño curso con Responsable de Formación de PCH Aragón.
- 5.- Consenso en reuniones del equipo calidad.
- 6.- Envío de acreditación al SALUD y oferta de curso a través de F Continuada.
- 7.- Oferta de curso a través del portal del empleado.
- 8.- Reunión del grupo de mejora para análisis de los resultados.

INDICADORES

- Diseño de curso y obtención de acreditación por Formación Continuada del SALUD.
- N° de profesionales formados/ n° total de profesionales en activo en la Unidad >80%.
- N° de profesionales satisfechos de la formación/ n° total de profesionales formados en el curso >90%.

DURACIÓN

Mayo-Junio 2016:

- Reunión de equipo calidad, establecer cronograma de trabajo.
- Revisión y búsqueda bibliográfica del estado actual del tema
- Diseño y oferta del curso

Julio- Noviembre 2016:

- Evaluación de resultados y encuesta del curso.
- Reunión de equipo y planificar nuevas ediciones del curso

Diciembre- marzo 2017:

- Reunión de equipo y planificar nuevas ediciones del curso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante
```

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1303

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNO SEN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ANA HERRER CASTEJON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES HORNA SILVIA
VERA GARCIA JOSE RAMON
VICTORIA LIARTE FRANCISCO
LORDA OLIETE TERESA
VAZQUEZ MENDOZA SONIA
ABELLAN ANTOLIN JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 hemos mantenido varias reuniones presenciales de los componentes del grupo (15/05/2018 y 20/09/2018) y otras conjuntas con el Jefe de Seguridad del Hospital (8/05/2018 y 17/01/2019). Hubo una última reunión a la que también asistió el responsable de custodia penitenciaria de la Guardia Civil de Zuera, el día 2/01/2019.

Posteriormente hemos seguido trabajando de forma online hasta la elaboración de un procedimiento de actuación con los pacientes procedentes de instituciones penitenciarias, que cumple los requisitos presentados en nuestro proyecto:- Crear circuito asistencial, coordinar la llegada de los mismos y consensuar la actuación de los distintos profesionales implicados en la asistencia.
Dicho procedimiento ha sido consensuado por el Servicio de Urgencias y equipo de Seguridad del Hospital, así como con el responsable de traslados de la Guardia Civil de presos desde la cárcel de Zuera en el mes de Enero.

El procedimiento ha sido enviado a Dirección de gestión, Enfermería y Médica, y Guardia Civil para su difusión y conocimiento.

Así mismo ha sido difundido a todo el personal del Servicio de Urgencias a través de correo electrónico, así como a todos los componentes del cuerpo de vigilantes de Seguridad del Hospital y a la Guardia Civil.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La buena acogida del procedimiento ha sido absoluta tanto por parte de la Guardia Civil que custodia a los presos, como por el personal de Seguridad y del Servicio de Urgencias.

En el mes de noviembre se puso en marcha el procedimiento de forma piloto, para observar las posibles incidencias y correcciones a realizar, que llevaron a la modificación de algunos puntos del procedimiento, presentando el documento definitivo a finales de diciembre.

Dado el poco tiempo de desarrollo de este, todavía no hemos realizado la valoración de los indicadores; pero la percepción general es que el número de presos derivados, incluidos en el procedimiento alcanza el 95% de los mismos, ya que los más interesados en que esto sea así son los cuerpos de Seguridad del Estado que trasladan a estos pacientes desde los Centros penitenciarios.

En cuanto al nº de presos que han pasado a Sala de Observación del total de presos, hasta el momento ha sido de 0 pacientes

Realizaremos la primera evaluación de los mismos pasados 4 meses del inicio del procedimiento, en abril de 2019 aproximadamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto realizado ha sido gratificante debido a la implicación de personal de diferentes estamentos, que hemos trabajado con un objetivo claro y con una necesidad objetiva: la mejora en la atención y gestión en urgencias de este tipo de pacientes que presentan unas características concretas, debido a su procedencia.
Hasta ahora no estaba resuelto, provocando esperas innecesarias y aumento de las estancias en urgencias en salas de observación.

Con la puesta en marcha del protocolo se ha conseguido el objetivo de dar a este tipo de pacientes mayor confidencialidad y privacidad, así como evitar, en lo posible, el contacto con el resto de los pacientes minimizando situaciones de riesgo potencial.

La aceptación del procedimiento ha sido muy elevada entre el personal una vez corregidos algunos problemas de activación del mismo que aún se están subsanando.

Estamos pendientes de mejorar la comunicación más directa entre el personal sanitario de los Centros Penitenciarios y el Servicio de urgencias, objetivo en el que trabajaremos durante este año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1303

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNO SEN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Creemos que es un procedimiento válido, revisable anualmente y que es sostenible para los próximos años, renovando lo puntos débiles y añadiendo las mejoras necesarias.

Estamos pendientes de la conformidad oficial por parte de la Dirección Médica y de Enfermería, aunque contamos con respaldo institucional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1303 ===== ***

Nº de registro: 1303

Título
PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Autores:
HERRER CASTEJON ANA, GARCES HORNA SILVIA, VERA GARCIA JOSE RAMON, VICTORIA LIARTE FRANCISCO, LORDA OLIETE TERESA, VAZQUEZ MENDOZA SONIA, ABELLAN ANTOLIN JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA URGENTE
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El HUMS es el centro de referencia para pacientes procedentes de Centros penitenciarios. Dichos pacientes requieren una atención especial, debido a sus características personales y al motivo de su reclusión. Se debe garantizar la seguridad y confidencialidad de estos pacientes dentro del centro hospitalario, así como la del resto de los pacientes, familiares y profesionales de nuestro servicio. Todo ello, nos lleva a plantearnos el procedimiento de actuación ante la llegada de un paciente de estas características. Describiendo el circuito en el servicio de urgencias y de los profesionales implicados

RESULTADOS ESPERADOS

Coordinar y organizar la atención de los pacientes trasladados por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, clasificados como F.I.E.S (Instrucción 8/2009 Secretaría de Estado de Seguridad), para su atención en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet.
Velar por la custodia del interno, y que su atención en el servicio de urgencias no suponga un ningún riesgo para el resto de pacientes, familiares y personal del Hospital.
Mejorar la confidencialidad de estos pacientes

MÉTODO

Fase 1.- DE DESARROLLO DEL PROYECTO.
Desarrollo del " PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS."
Subdividido en varias fases;
- Diseñar un circuito asistencial diferenciado para este tipo de pacientes, teniendo en cuenta la estructura física y funcional de nuestro Servicio, para una mejor gestión de la confidencialidad y custodia.
- Consensuar la actuación de los diferentes profesionales implicados en la atención de estos paciente desde su llegada al Servicio y con los responsables de Seguridad de Hospital y de la Custodia del paciente.
- Plasmar el circuito asistencial previsto desde la salida del paciente del Centro penitenciario.
- Coordinar la llegada de los pacientes procedentes de Centros penitenciarios, cuando lo considere necesario el responsable del Servicio de custodia y traslado del cuerpo de Seguridad Correspondiente.
Fase 2.- DE DIFUSIÓN
- Sesiones formativas toda la plantilla del servicio.
- Difusión vía digital del procedimiento.
Fase 3.- FASE DE IMPLANTACIÓN
- Inicio de la utilización del circuito asistencial tras consenso de los profesionales implicados y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1303

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNO SEN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

definición de las estructuras del Servicio a utilizar

Fase 4.- consolidación y evaluación.

- Evaluar la implantación del protocolo y su viabilidad
- Modificar el circuito si se considera necesario
- Iniciar la medida de los indicadores de implantación

INDICADORES

Se evaluarán los siguientes indicadores:

- Activación del protocolo: Porcentaje de pacientes procedentes de Centros penitenciarios en los que se activa el traslado desde el centro penitenciario / total de presos atendidos en urgencias según el circuito diseñado x100

Sin estándar el primer año

- Tasa de fallos del circuito: Número de pacientes procedentes de Centros penitenciarios que pasan a sala de observación/ total de presos atendidos x100

Se establece un estándar inferior al 20%.

DURACIÓN

Fase 1.- Mayo a septiembre 2018

Fase 2.- Octubre 2018

Fase 3.- Noviembre 2018

Fase 4.- Diciembre a Febrero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1314

1. TÍTULO

DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL ECG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE PEDRO PARRILLA HERRANZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H MIGUEL SERVET
• Localidad ZARAGOZA
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ ESCOBEDO SONIA
PEREZ CALVO ANA
BERNAL SEBASTIAN PILAR
LOPEZ MARTINEZ MANUEL MARIA
LAIN MERCADAL JUAN
MARRON TUNDIDOR RAFAEL
POVAR MARCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

FASE 1: Resolución de los aspectos técnicos:

• Comprobar el correcto funcionamiento de la red wifi en todas las áreas asistenciales del Servicio de Urgencias. Se trabajó junto con el Servicio de informática del HUM. Servet la resolución de los problemas de conexión wi-fi comprobando su funcionamiento en todas las áreas del servicio e instalando los equipos receptores necesarios para dar cobertura técnica a los equipos de electros. Se analizaron zonas de sombra de wi-fi. Se comprobó así mismo la conexión por cable para la transmisión directa de los equipos desde los diferentes puntos de red en toda el área asistencial.

• Revisión de los equipos ECG y solución de incidencias técnicas

1.-Conexión inalámbrica:

En una primera fase se comprobó la conexión inalámbrica de los equipos a la red observándose que el dispositivo wi-fi que llevaban (usb emisor) generaba problemas de conexión (interrupción, zonas de pérdida de señal, riesgo de rotura o pérdida del mismo por su ubicación física en el mismo,...). Este emisor ha sido sustituido en todos los equipos por otro más potente, ubicado físicamente en el equipo de forma segura y comprobándose su correcto funcionamiento en cada uno de los equipos lo que permitió continuar con el proyecto.

2.- Identificación del paciente:

2.1.- La identificación correcta del paciente, (que debe hacerse antes de realizar el ECG y que éste se pueda asignar correctamente a la historia clínica electrónica), se podía hacer manualmente del total del listado de pacientes dentro de un campo desplegable que proporcionaba el equipo. Dado que el número de pacientes activos en urgencias es muy alto en diversas franjas horarias esto estaba sujeto a riesgo de error y muy tedioso.

La solución adoptada fue identificación mediante pulsera del paciente con código de barras, lo que obligó a:

- Incluir en los equipos pistolas de lectura de código de barras
- Adaptar las pulseras de identificación del paciente para lectura de código de barras
- Adaptar las pulseras de identificación para situación de catástrofe con múltiples víctimas para que lleven código de barras por si fuesen necesarias

3.- Riesgo en la asignación del ECG:

Premisa: un equipo de ECG en urgencias debe permitir realizar un ECG de forma urgente a un paciente que no tenga identificación.

Los equipos que se adquirieron no tienen habilitado mediante software de forma automática la eliminación de los datos del último paciente al que se ha realizado un ECG, por lo que si la persona que realiza el ECG no elimina los datos del paciente anterior se puede asignar por error un ECG a otro paciente lo que obligó:

- Diseño y distribución de material de formación y apoyo, boletín informativo a todo el personal del servicio
- Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio e informar a los médicos residentes y facultativos de otros servicios médicos y quirúrgicos
- Colocación en cada equipo de alertas en cuanto al método de realizar ECG
- Deshabilitación de transmisión automática del ECG de cada equipo como otro paso más de comprobación de que los datos del paciente son correctos y envío posterior de forma manual.
- Sistema de comunicación (correo electrónico) de posibles errores de asignación de ECG, directamente con servicio de informática para su solución.
- Configuración correcta de los equipos ECG
- Se identificó de forma individual cada equipo (discriminar por carro ECG y ubicación)

Inicio de prueba de digitalización comenzando de forma progresiva por áreas asistenciales de urgencias, e incorporando nuevos equipos conforme se comprobaba el correcto funcionamiento de cada área.

Detección de errores y problemas y planteamiento de soluciones que permitieron una implementación progresiva de la totalidad de equipos en todas las áreas.

Ampliación de sesiones formativas

Análisis de los ECG realizados, enviados,... por áreas

Retirada paulatina del papel de impresión automático, dejando esta opción en forma manual según criterio del personal asistencial.

Retirada de la transmisión automática del ECG a la HC electrónica, dejando esta opción manual para asegurar la correcta identificación y transmisión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1314

1. TÍTULO

DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL ECG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se consiguen identificar una media 81% de los ECG

Se transmiten a la HC electrónica alrededor de un 69%

** Esto son los datos que se han podido conseguir en las primeras fases de implantación. No disponemos datos actualizados dado que se han solicitado reiteradas veces y dado que tiene que ser a través de General Electric no hemos podido conseguir más información actualizada

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación del ECG digital supone un gran avance desde el punto de vista asistencial para posteriores consultas desde todo el ámbito sanitario al estar integrado en la HC electrónica: información, calidad, seguridad.

Hubiese sido deseable contar con los profesionales antes de la adquisición de los equipos ya que algunos de los fallos deberían haberse solucionado previamente y ha obligado a adoptar ideas imaginativas que suplieran las carencias de software de los equipos (sobre todo en aspectos de seguridad clínica).

El proyecto es absolutamente sostenible y es imprescindible que así sea por la mejora asistencial a los pacientes dada la información que aporta.

El proyecto es replicable buscando equipamiento adecuado y adaptándolo en cada lugar a los circuitos asistenciales

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1314 ===== ***

Nº de registro: 1314

Título
DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL E.C.G. EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
PARRILLA HERRANZ PEDRO, SANCHEZ ESCOBEDO SONIA, PEREZ CALVO ANA, BERNAL SEBASTIAN PILAR, LOPEZ MARTINEZ MANUEL MARIA, LAIN MERCADAL JUAN, MARRON TUNDIDOR RAFAEL, POVAR MARCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Urgencias del H.U.M.S. dispone de un elevado nivel de informatización del proceso asistencial y de integración de la documentación clínica digitalizada en la H.C.E. a través del programa P.C.H. Uno de los aspectos todavía no incluidos en la historia clínica digital de los pacientes atendidos en urgencias es la imagen del trazado electrocardiográfico, ya que cuando se inició la informatización del Servicio de Urgencias carecíamos de los medios materiales y los recursos técnicos imprescindibles para la digitalización del E.C.G. La digitalización del E.C.G. es un objetivo prioritario desde el punto de vista asistencial por su importancia para la toma de decisiones clínicas urgentes y para la continuidad de la asistencia tras el ingreso o el alta del paciente, y desde el punto de vista estratégico para conseguir el objetivo de la organización en avanzar en el desarrollo de la H.C.E.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es conseguir que la imagen de los E.C.G. realizados durante el proceso de atención en el Servicio de Urgencias del H.U.M.S. queden almacenados en un soporte informático (imagen digitalizada) en la Intranet del Sector II y en la H.C.E. de Aragón.

MÉTODO

Las acciones previstas para el desarrollo del proyecto son:

FASE 1: Resolución de los aspectos técnicos:

- Comprobar el correcto funcionamiento de la red wifi en todas las áreas asistenciales del Servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1314

1. TÍTULO

DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL ECG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Urgencias

- Revisión de los equipos ECG y solución de incidencias técnicas
- Configuración correcta de los equipos ECG
- FASE 2: Sensibilización y formación:
 - Diseñar y distribuir un boletín informativo a todo el personal del servicio
 - Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio
 - Informar a los médicos residentes y facultativos de otros servicios médicos y quirúrgicos
- FASE 3: Implantación: inicio de la digitalización del E.C.G.
- FASE 4: Consolidación y evaluación
 - Evaluar implantación
 - Ampliar las sesiones de formación si fuera necesario
 - Iniciar la medición de los indicadores de implantación

INDICADORES

Se evaluarán los resultados del proyecto mediante la monitorización del porcentaje de E.C.G. digitalizados utilizando como fuente de datos el software de gestión de General Electric (M.U.S.E.).
Definición del indicador: número de E.C.G. digitalizados / número de E.C.G. realizados x 100
Se establece un estándar del 80% para el primer año de implantación del proyecto.

DURACIÓN

El proyecto se ha iniciado en Abril de 2018 y está prevista su finalización en Diciembre de 2018. El cronograma estimado es el siguiente:
FASE 1: Abril - Mayo 2018
Fase 2: Junio 2018 (primera quincena)
Fase 3: Junio 2018 (segunda quincena)
Fase 4: Julio - Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1570

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

Fecha de entrada: 11/04/2019

2. RESPONSABLE HECTOR SANMARTIN ALLUE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABORDA GARCIA INES
GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS
MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ
PLANA FERNANDEZ BLANCA
PES LAGUNA MARIA DEL MAR
ASCASO MARTORELL CONCEPCION
FERNANDEZ LETAMENDI TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades desarrolladas hasta la fecha son las siguientes:

FASE 1: Redacción y aprobación del protocolo de triaje avanzado:

- Se ha elaborado el protocolo por el grupo de mejora de triaje del servicio, tras un trabajo de revisión bibliográfica, y ha sido revisado por los responsables asistenciales (médicos y de enfermería) del servicio.
- Se han mantenido reuniones con el Servicio de Radiodiagnóstico (tanto con el Jefe de Sección de radiología de urgencias como con el Jefe de Servicio) para consensuar el protocolo.
- Se han mantenido reuniones con las subdirecciones médica y de enfermería, con el objetivo de solventar las dificultades encontradas en la adjudicación de permisos informáticos para solicitar la radiografía por parte del personal de enfermería de triaje.
- El protocolo está pendiente de tramitar para su aprobación definitiva por la Dirección y la Comisión de Tecnología, una vez se resuelvan las referidas dificultades.

FASE 2: Diseño e integración del protocolo en la aplicación informática de historia electrónica de urgencias (P.C.H):

- Se ha realizado el diseño del formulario electrónico, definiendo las funcionalidades que debe cumplir para el uso por el personal de enfermería de triaje. Su integración efectiva en la historia electrónica no se ha realizado porque previamente es preciso resolver el problema de los permisos informáticos para solicitar la radiografía por parte del personal de enfermería de triaje.

Quedan pendientes de desarrollar las fases de difusión, formación, implantación y evaluación del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha completado la redacción del protocolo y ha sido valorado con la dirección del centro y el servicio de radiología.

El protocolo no se ha implantado en la fecha prevista, quedando pendiente de resolver la asignación de permisos informáticos para ello. Por este motivo no hay resultados de los indicadores propuestos en el proyecto.

También se han definido las funcionalidades que debe cumplir el formulario electrónico para el uso por el personal de enfermería de triaje.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras reflexionar sobre las dificultades encontradas, el equipo ha considerado que la asignación de permisos informáticos al personal de enfermería para la solicitud de la radiografía en base a un protocolo definido y validado ('Reglas de Ottawa') debería ser posible para optimizar los tiempos de asistencia y mejorar la eficiencia del triaje. Las dificultades encontradas pueden ser similares a las que se presentan en otros escenarios asistenciales como la solicitud de radiografías u otras pruebas complementarias por parte de enfermería, bajo protocolo, en consultas externas. En caso de que la organización no considere factible esta opción, se deberá buscar una solución funcional alternativa para continuar el proyecto.

Por otra parte, el equipo ha contrastado la factibilidad de la aplicación del protocolo mediante consulta con centros hospitalarios de similares características al nuestro, en el que el procedimiento se ha implementado con éxito.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1570 ===== ***

Nº de registro: 1570

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1570

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

Autores:

SANMARTIN ALLUE HECTOR, LABORDA GARCIA INES, GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS, MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ, PLANA FERNANDEZ BLANCA, PES LAGUNA MARIA DEL MAR, ASCASO MARTORELL CONCEPCION, FERNANDEZ LETAMENDI TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión ("no hacer")
Tipo de Objetivos .: Comunes de Objetividad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Urgencias del H.U.M.S atendió en el año 2017 más de 30.000 pacientes en el área de boxes de traumatología. Los esguinces y traumatismos menores del miembro inferior suponen el 25 % de estos pacientes y durante su proceso asistencial se solicita una radiología simple en el 87% de los casos. Según las recomendaciones de "No hacer" de la SERAM, el esguince de tobillo es una de las lesiones articulares más frecuentes; sólo el 15% presentarán fractura ósea, mientras la solicitud de radiología simple supera el 85% en la práctica rutinaria. Las 'Reglas de Ottawa' proceden de un análisis grupal desarrollado por el Dr. Ian Stiell (Ottawa Hospital, Canadá) y ofrecen evidencia y un algoritmo de decisión que permite identificar con alta fiabilidad los pacientes con probable de fractura en los que es necesario realizar la radiografía. Existen experiencias publicadas en las que la aplicación de un protocolo de triaje avanzado para el esguince de tobillo ha permitido reducir los tiempos asistenciales en estos pacientes y adecuar las indicaciones de la radiología, y consideramos que su implantación en nuestro servicio permitiría obtener los mismos resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este protocolo es identificar en el área de triaje a los pacientes con esguinces o traumatismos menores del miembro inferior que precisan de la realización de una radiografía simple del tobillo, rodilla o pie y establecer un circuito diferenciado para acortar el tiempo total de estancia en el servicio, al disminuir el tiempo de decisión clínica. Como objetivo secundario, se pretende adecuar las indicaciones de solicitud de estudio radiológico en estos pacientes.

MÉTODO

Las acciones previstas para el desarrollo del proyecto son:

FASE 1: Redacción y aprobación del protocolo de triaje avanzado:

- Elaborar del borrador del protocolo por el grupo de mejora de triaje del servicio
- Consensuar el protocolo con el servicio de radiología y traumatología
- Aprobación del protocolo por la Dirección y la Comisión de Tecnología

FASE 2: Diseño e integración del protocolo en la aplicación informática de historia electrónica de urgencias (P.C.H):

- Diseñar el formulario electrónico
- Integrarlo con los protocolos de triaje avanzado ya disponibles en el servicio

FASE 3: Difusión y formación:

- Distribuir el protocolo a todo el personal del servicio
- Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio
- Informar a los médicos residentes y facultativos de otros servicios médicos y quirúrgicos implicados

FASE 4: Implantación del protocolo

FASE 5: Consolidación y evaluación

- Evaluar implantación
- Ampliar las sesiones de formación si fuera necesario
- Iniciar la medición de los indicadores de implantación

INDICADORES

Se evaluarán los resultados del proyecto mediante la monitorización de los siguientes indicadores:

- Cumplimentación del protocolo: pacientes con el protocolo activado y check-list cumplimentado / total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión x 100

Se establece un estándar del 70% para el primer año de implantación del proyecto.

- Reducción del tiempo asistencial: diferencia entre la mediana del tiempo total de asistencia en pacientes elegibles no incluidos en el protocolo y la mediana del tiempo total de asistencia en pacientes incluidos en el protocolo

Estándar: > 30 minutos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1570

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

- Tasa de estudios radiológicos: pacientes con criterios de inclusión en los que se realiza radiografía / total de pacientes con criterios de inclusión x 100
Estándar < 87%
Los datos se obtendrán de la aplicación informática P.C.H.

DURACIÓN

El proyecto se ha iniciado en Marzo de 2018 y está prevista su finalización en Diciembre de 2018. El cronograma estimado es el siguiente:

FASE 1: Marzo - Julio 2018
Fase 2: Junio - Septiembre 2018
Fases 3 y 4: Octubre 2018
Fase 5: Octubre - Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1570

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE HECTOR SANMARTIN ALLUE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABORDA GARCIA INES
GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS
MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ
PLANA FERNANDEZ BLANCA
ASCASO MARTORELL CONCEPCION
PES LAGUNA MARIA DEL MAR
FERNANDEZ LETAMENDI TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre las actividades llevadas a cabo se encuentran:

- Elaboración del borrador del protocolo por el grupo de mejora de triaje del servicio (en tiempo según el calendario previsto)
 - Diseño del formulario electrónico (en tiempo según el calendario previsto)
 - Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio seleccionado para la realización de la fase piloto (en tiempo según el calendario previsto para esta fase piloto)
 - Informar a los médicos de urgencia hospitalaria del servicio sobre la implantación del protocolo en sesión clínica (en tiempo según el calendario previsto para esta fase piloto)
- Todas las actividades realizadas se han llevado a cabo con los propios recursos de la unidad, en particular con el tiempo dedicado, fuera de su actividad asistencial y en muchos casos fuera de su actividad laboral, por parte de los participantes en el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto no ha alcanzado la totalidad de los objetivos pretendidos al no haberse podido finalizar la fase de implantación por la imposibilidad técnico-administrativa de no poder las enfermeras solicitar pruebas radiológicas.

Se plantea la posibilidad de realizar una fase piloto limitada en determinados tramos horarios y así poder estimar el resultado esperado del proyecto mediante los indicadores propuestos.

Esta fase piloto no pudo realizarse, al implicar una modificación de los procedimientos habituales de los médicos de urgencia hospitalaria del área de traumatología, los cuales no estaban dispuestos a asumir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como hemos indicado el proyecto no ha podido finalizarse, quedando paralizado al final de la fase de implantación por la imposibilidad técnico-administrativa actual, derivada de la no habilitación de las enfermeras que realizan triaje en el servicio de urgencias hospitalaria (SUH) de solicitar de manera autónoma pero protocolizada, pruebas radiológicas simples.

Esta problemática no ha podido ser resuelta en el plazo establecido para la finalización del proyecto de mejora, por lo que de momento el proyecto queda paralizado, que no descartado, hasta que se pueda resolver esta problemática administrativa, en el marco del Sistema Aragonés de Salud, como así ocurre en otros sistemas de salud del territorio nacional.

Lamentamos profundamente el no haber podido terminar la ejecución del proyecto, que considerábamos un gran avance para la organización de los SUH en nuestra comunidad, pues este proyecto por la innovación y la mejora que hubiera supuesto en la atención a los usuarios de los SUH aragoneses, creemos, por ello, que sería totalmente exportable al resto de hospitales.

Por ello, consideramos muy importante resolver esta situación administrativa, y en ello se centrarán nuestros esfuerzos, a partir de ahora, para retomar, una vez resuelta la situación que nos ha llevado a esta parada técnica.

Una vez vista la situación en la que nos encontramos ahora, probablemente, antes de diseñar el protocolo, deberíamos de haber tenido resuelto el problema administrativo antes citado, pero en su momento, no considerábamos que fuera a suponer el obstáculo insalvable para la ejecución del protocolo que finalmente ha supuesto.

Sin lugar a dudas, ésta es una importante lección aprendida de cara a futuras implantaciones de protocolos en el servicio y es el valorar en su justa medida las dificultades previas encontradas, antes de decidir implantar un nuevo protocolo y más aún, si se trata de una actividad tan novedosa en la comunidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1570 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1570

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

Nº de registro: 1570

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

Autores:
SANMARTIN ALLUE HECTOR, LABORDA GARCIA INES, GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS, MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ, PLANA FERNANDEZ BLANCA, PES LAGUNA MARIA DEL MAR, ASCASO MARTORELL CONCEPCION, FERNANDEZ LETAMENDI TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión ("no hacer")
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Urgencias del H.U.M.S atendió en el año 2017 más de 30.000 pacientes en el área de boxes de traumatología. Los esguinces y traumatismos menores del miembro inferior suponen el 25 % de estos pacientes y durante su proceso asistencial se solicita una radiología simple en el 87% de los casos. Según las recomendaciones de "No hacer" de la SERAM, el esguince de tobillo es una de las lesiones articulares más frecuentes; sólo el 15% presentarán fractura ósea, mientras la solicitud de radiología simple supera el 85% en la práctica rutinaria. Las 'Reglas de Ottawa' proceden de un análisis grupal desarrollado por el Dr. Ian Stiell (Ottawa Hospital, Canadá) y ofrecen evidencia y un algoritmo de decisión que permite identificar con alta fiabilidad los pacientes con probable de fractura en los que es necesario realizar la radiografía. Existen experiencias publicadas en las que la aplicación de un protocolo de triaje avanzado para el esguince de tobillo ha permitido reducir los tiempos asistenciales en estos pacientes y adecuar las indicaciones de la radiología, y consideramos que su implantación en nuestro servicio permitiría obtener los mismos resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este protocolo es identificar en el área de triaje a los pacientes con esguinces o traumatismos menores del miembro inferior que precisan de la realización de una radiografía simple del tobillo, rodilla o pie y establecer un circuito diferenciado para acortar el tiempo total de estancia en el servicio, al disminuir el tiempo de decisión clínica. Como objetivo secundario, se pretende adecuar las indicaciones de solicitud de estudio radiológico en estos pacientes.

MÉTODO
Las acciones previstas para el desarrollo del proyecto son:
FASE 1: Redacción y aprobación del protocolo de triaje avanzado:
• Elaborar del borrador del protocolo por el grupo de mejora de triaje del servicio
• Consensuar el protocolo con el servicio de radiología y traumatología
• Aprobación del protocolo por la Dirección y la Comisión de Tecnología
FASE 2: Diseño e integración del protocolo en la aplicación informática de historia electrónica de urgencias (P.C.H):
• Diseñar el formulario electrónico
• Integrarlo con los protocolos de triaje avanzado ya disponibles en el servicio
FASE 3: Difusión y formación:
• Distribuir el protocolo a todo el personal del servicio
• Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio
• Informar a los médicos residentes y facultativos de otros servicios médicos y quirúrgicos implicados
FASE 4: Implantación del protocolo
FASE 5: Consolidación y evaluación
• Evaluar implantación
• Ampliar las sesiones de formación si fuera necesario
• Iniciar la medición de los indicadores de implantación

INDICADORES
Se evaluarán los resultados del proyecto mediante la monitorización de los siguientes indicadores:
• Cumplimentación del protocolo: pacientes con el protocolo activado y check-list cumplimentado / total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión x 100
Se establece un estándar del 70% para el primer año de implantación del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1570

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

- Reducción del tiempo asistencial: diferencia entre la mediana del tiempo total de asistencia en pacientes elegibles no incluidos en el protocolo y la mediana del tiempo total de asistencia en pacientes incluidos en el protocolo
Estándar: > 30 minutos
- Tasa de estudios radiológicos: pacientes con criterios de inclusión en los que se realiza radiografía / total de pacientes con criterios de inclusión x 100
Estándar < 87%
Los datos se obtendrán de la aplicación informática P.C.H.

DURACIÓN

El proyecto se ha iniciado en Marzo de 2018 y está prevista su finalización en Diciembre de 2018. El cronograma estimado es el siguiente:
FASE 1: Marzo - Julio 2018
Fase 2: Junio - Septiembre 2018
Fases 3 y 4: Octubre 2018
Fase 5: Octubre - Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1096

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PEDRO PARRILLA HERRANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DELGADO BELTRAN PILAR
OMISTE MARTINEZ JOSE LUIS
HERRER CASTEJON ANA
MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ
GARCIA ENA CARMEN
GALVE GALVE JOSE ANTONIO
MUÑOZ GONZALEZ YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo principal de este proyecto era desarrollar en PCH un sistema de gestión informática del subproceso de diagnóstico de laboratorio, implementando la petición electrónica de laboratorio y un sistema de mensajería para el seguimiento en tiempo real del proceso. Para ello se han llevado a cabo las siguientes actividades:

1. Análisis basal de la situación mediante explotación de datos del sistema informático PCH: Durante los meses de enero y febrero de 2019 se analizaron las interconsultas realizadas a hematología desde el servicio de urgencias (HG) entre los meses de agosto de 2018 y enero de 2019. Se habían cursado un total de 805 interconsultas (media mensual 134), de las cuales 268 en pacientes que fueron dados de alta (media mensual 44). Las interconsultas al alta motivadas por INR alto fueron un total de 84 (media mensual 14).
2. Revisión bibliográfica y búsqueda de evidencia. De forma paralela al análisis basal se realizó una revisión de la evidencia disponible sobre el manejo del paciente anticoagulado en urgencias, entre enero y febrero de 2019.
3. El protocolo de manejo en urgencias se elaboró en los meses de febrero y marzo de 2019. Se redactó un borrador inicial que fue posteriormente revisado y consensuado entre los dos servicios (urgencias y hematología).
4. La publicación y difusión del protocolo se realizó en los meses de abril y mayo de 2019, mediante la realización de sesiones clínicas al personal del servicio de urgencias (médicos adjuntos y personal de enfermería), y se implantó el protocolo a partir del mes de junio.
5. En el último cuatrimestre de 2019 se ha realizado un análisis de datos tras la implantación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para evaluar los resultados obtenidos con la implantación del protocolo se han analizado las interconsultas realizadas a hematología desde el servicio de urgencias (HG) entre los meses de agosto y noviembre de 2019. En este periodo se han cursado un total de 251 interconsultas (media mensual 63), de las cuales 95 en pacientes que fueron dados de alta (media mensual 24). Las interconsultas al alta motivadas por INR alto fueron un total de 30 (media mensual 7,5).

Comparando los datos obtenidos en la fase previa al protocolo con los datos del periodo postimplantación, comprobamos que:

- El número mensual de interconsultas ha pasado de 134 a 63 (reducción del 53%)
- El número mensual de interconsultas en altas ha pasado de 44 a 24 (reducción del 45%)
- El número mensual de interconsultas en altas por "revisión de pruebas" (INR fuera de rango) ha pasado de 14 a 7,5 (reducción del 46%).

También se ha analizado el porcentaje de interconsultas a hematología que han sido respondidas en la propia interconsulta de PCH; esta era una práctica muy poco frecuente en la fase previa. En la fase postimplantación, se ha observado que el porcentaje de respuestas registradas en PCH ha aumentado de forma progresiva:

- Agosto: 26,5%
- Septiembre: 28,5%
- Octubre: 44,4%
- Noviembre: 62%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista de los resultados obtenidos podemos concluir que la implantación del protocolo ha permitido reducir de forma significativa el número de interconsultas realizadas al servicio de hematología. Esto es debido a que se ha conseguido un manejo más uniforme del paciente anticoagulado con fármacos aVK en el servicio de urgencias y se ha generalizado la planificación del inicio del tratamiento desde la SU y la utilización de la punción capilar y del autoanalizador frente a la determinación de INR en sangre venosa.

Por otra parte, se ha utilizado con frecuencia creciente la respuesta de las interconsultas en PCH por parte de hematología.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1096

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1096 ===== ***

Nº de registro: 1096

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
PARRILLA HERRANZ PEDRO, DELGADO BELTRAN MARIA PILAR, OMISTE MARTINEZ JOSE LUIS, HERRER CASTEJON ANA, MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ, GARCIA ENA CARMEN, GALVE GALVE JOSE ANTONIO, MUÑOZ GONZALEZ YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tratamiento anticoagulante oral (TAO) con fármacos antivitaminas K (aVK) acenocumarol (Sintrom®) y warfarina (Aldocumar®), está indicado en determinadas patologías crónicas muy prevalentes, por lo que genera frecuentes consultas, muchas de ellas urgentes.
El control del TAO se realiza mediante el INR: tiempo de protrombina realizado mediante una tromboplastina de alta sensibilidad y expresado como "razón normalizada internacional" (INR), única forma correcta de expresión del tiempo de protrombina cuando está destinada al control del TAO. Hay varias opciones para control del TAO con fármacos aVK: autotratamiento, manejo por atención primaria (AP) y manejo en unidades especializadas hospitalarias.
Las consultas urgentes relacionadas con el TAO incluyen las ocasionadas por mal control del tratamiento (niveles de INR por debajo o por encima del rango terapéutico), las derivadas de complicaciones hemorrágicas y la indicación de inicio de tratamiento tras una consulta urgente. Además, en el servicio de urgencias también hay que valorar y ajustar el TAO en pacientes que consultan por otro motivo.
Hemos detectado que en el manejo de estos pacientes existe una considerable variabilidad, y que se utilizan procedimientos que no aportan valor y que contribuyen a una estancia prolongada del paciente en urgencias, como son la solicitud de estudio de hemostasia completo por punción venosa para determinar el INR y la solicitud de consulta a hematología para nueva pauta.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana de este proyecto son los pacientes atendidos en el servicio de urgencias que siguen tratamiento crónico con fármacos aVKs como el acenocumarol (Sintrom®) y la warfarina (Aldocumar®) y aquellos pacientes anticoagulados en los que se inicia el TAO con estos fármacos en el servicio de urgencias.
El proyecto lo desarrollarán de forma conjunta los servicios de urgencias y de hematología (sección de hemostasia). Los objetivos que se pretende conseguir son:
1. Uniformizar el manejo del paciente anticoagulado con fármacos aVK en el servicio de urgencias (SU) del HUMS.
2. Planificar el inicio de la anticoagulación con aVK desde el SU del HUMS.
3. Generalizar el uso de la punción capilar y el autoanalizador POC (Coagucheck®) siempre que sea posible.

MÉTODO
Las acciones previstas son:
1. Análisis basal de la situación mediante explotación de datos del sistema informático PCH: interconsultas a hematología, interconsultas motivadas por INR alto, tiempo de estancia de los pacientes
2. Revisión bibliográfica y búsqueda de evidencia
3. Elaboración de un protocolo de manejo en urgencias consensuado entre los dos servicios (urgencias y hematología)
4. Publicación, difusión del protocolo e implantación del protocolo
5. Análisis de datos e indicadores tras la implantación

INDICADORES
Indicador 1. Pacientes en TAO (o inicio de TAO) dados de alta de urgencias en los que se solicita interconsulta al servicio de hematología.
Excepciones: pacientes con clínica hemorrágica; pacientes con indicación de consulta a hematología según

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1096

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

protocolo: INR > 8, inicio de TAO en pacientes con FG < 15 ml/min

Fórmula: (Nº de interconsultas a hematología en pacientes dados de alta / Nº de interconsultas a hematología) x 100

Fuente de datos: Sistema informático del servicio de Urgencias (PCH)

Estándar: < 20%

Indicador 2. Pacientes con inicio de TAO dados de alta de urgencias en los que se cumplen los puntos críticos de seguridad clínica e información al paciente indicados en el protocolo .

Excepciones: pacientes con indicación de consulta a hematología según protocolo: FG < 15 ml/min

Fórmula: (Nº de pacientes en los que se inicia TAO en urgencias y en los que consta en la historia clínica de urgencias (PCH) la escala HAS-BLED, el FG y la información al paciente y obtención del consentimiento / Nº de pacientes en los que se inicia TAO en urgencias) x 100

Fuente de datos: Sistema de prescripción electrónica al alta (receta electrónica). Sistema informático del servicio de Urgencias

Estándar: > 70%

DURACIÓN

Señalar para cada actividad la duración prevista y los responsables de su implantación. Incluir las actividades relacionadas con la evaluación del proyecto, plan de comunicación,... Fecha prevista de inicio y finalización del proyecto

1. Análisis basal: Enero y Febrero de 2019. Responsable: Javier Povar
2. Revisión bibliográfica y búsqueda de evidencia: Enero y Febrero de 2019. Responsable: Nuria Fernández.
3. Elaboración del protocolo: Febrero y Marzo de 2019. Responsables: Pedro Parrilla y José Manuel Calvo.
4. Publicación, difusión del protocolo e implantación del protocolo: Abril y Mayo de 2019. José Luis Omiste.
5. Análisis de datos e indicadores tras la implantación: ultimo cuatrimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1110

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PETICIÓN ELECTRÓNICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JAVIER POVAR MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARRON TUNDIDOR RAFAEL
GARCIA GONZALEZ ELENA
GIMENEZ GIL RAFAEL
SIERRA MARIN CAROLINA
AVELLANA GALLAN MARTA
MERCADAL ALEGRIA ANA ISABEL
RUBIO GOMEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo principal de este proyecto era desarrollar en PCH un sistema de gestión informática del subproceso de diagnóstico de laboratorio, implementando la petición electrónica de laboratorio y un sistema de mensajería para el seguimiento en tiempo real del proceso. Para ello se han llevado a cabo las siguientes actividades:

1. Desarrollo informático: el diseño y la programación del módulo de laboratorio del programa de historia electrónica de urgencias-PCH fue desarrollado por los profesionales del Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos del SALUD entre los meses de enero y marzo de 2019. Fueron necesarias varias reuniones del grupo de mejora para analizar el subproceso de diagnóstico de laboratorio desde la petición hasta la visualización del informe y desarrollar la conexión e integración de PCH con Modulab con todas las funcionalidades necesarias para la actividad asistencial en urgencias.
2. Desarrollo de los aspectos técnicos: de forma paralela, en los meses de febrero y marzo se llevaron a cabo diversas actividades imprescindibles para la puesta en marcha del proyecto, con participación de los servicios de urgencias, laboratorio e informática. Las tareas realizadas fueron: gestión de usuarios y contraseñas de acceso, diseño de la plantilla de solicitud de parámetros analíticos adaptada a las necesidades del servicio de urgencias, instalación de Modulab en los ordenadores del servicio de urgencias y conexión de las impresoras de etiquetas en los puntos de trabajo necesarios.
3. Adecuación de los circuitos funcionales: durante el mes de abril se revisaron los circuitos funcionales para adaptar la forma de trabajo de los profesionales sanitarios del servicio de urgencias a la nueva aplicación informática.
4. Formación de los profesionales y difusión del proyecto: antes de la implantación, en los meses de abril y mayo, se realizaron acciones dirigidas a dar a conocer el funcionamiento de la nueva aplicación y de los circuitos funcionales. Para ello se elaboró un manual de usuario y una hoja informativa con los aspectos clave, que se distribuyó a todo el personal implicado (médicos del servicio, enfermería y médicos residentes)
5. Implantación y puesta en producción: se realizó en junio de 2019. En una primera fase, durante unas 3 semanas, se implantó en un número limitado de boxes de atención para detectar incidencias de funcionamiento y poder resolverlas sin afectar al funcionamiento global del servicio. Posteriormente se implantó en todo el servicio y para todos los pacientes atendidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para evaluar los resultados obtenidos con la implantación del proyecto se han calculado los indicadores comparando datos del mes de septiembre del 2019 (con la petición electrónica ya implementada) respecto de septiembre de 2018 (petición en volante en papel). En el caso de los indicadores 3 y 4, se realizó un audit de pacientes atendidos en urgencias los días 10-15 de septiembre del 2018 o del 2019 (60 pacientes en cada periodo), ya que no era factible obtener las horas de extracción y validación para todos los pacientes de forma automatizada. Se han utilizado como fuente de datos los obtenidos a partir del sistema informático de Modulab y de PCH. A continuación, se muestra el resultado y la interpretación de los indicadores.

Indicador 1. Reducción de las muestras rechazadas por ausencia de identificación de la muestra (informadas como "muestra no recibida") tras la implantación de la petición electrónica. Excepciones: muestras rechazadas por otros motivos

Fuente de datos: Sistema informático de Modulab. Estándar: se espera reducción > 80%

Para el cálculo de este indicador hemos seleccionado tres muestras concretas (contenedor para el lactato, para la orina y para la gasometría) porque son las que concentran la mayor cantidad de incidencias y las que consideramos que mejor podrían reflejar el efecto de la petición electrónica.

En el caso del lactato, en 2018 en más de la mitad de las solicitudes (60.8%) no se recibía esta muestra. En 2019 se ha reducido significativamente (3 casos, un 11.5% en el mes evaluado), lo que supone una reducción de incidencias en este contenedor del 81%.

En el caso de las muestras de orina, las muestras no recibidas han pasado del 6.4% al 4.1% (una reducción del número de incidencias del 37%); la reducción observada no ha sido mayor porque la petición electrónica condiciona el registro automático desde el momento de la solicitud, mientras que en la solicitud en papel algunas orinas que no llegaban a enviarse no se registraban. Por lo tanto, podemos concluir que la existencia de una etiqueta específica para la muestra de orina está promoviendo que se recoja un mayor porcentaje de las mismas.

Para las gasometrías, por el contrario, se está produciendo un mayor porcentaje de incidencias, pero esto es sobre todo un "artefacto informático". Coincidiendo con la implantación de la petición electrónica se instalaron en urgencias tres gasómetros para procesar todas las gasometrías solicitadas. Sin embargo, ocurre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1110

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PETICIÓN ELECTRÓNICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

que las gasometrías en vitales se procesan antes de realizar la solicitud electrónica y se identifican con un número de historia. Esto hace que en el sistema informático de laboratorio genere una petición de análisis distinta de la que luego hace el médico, de forma que en ésta última la gasometría ya no se procesa y en general se rechaza con jeringa no procesada. Es por ello que el % gasometrías con incidencias ha pasado del 4.8% al 7.0% (un aumento del 46%).

Indicador 2. Rechazo de analítica solicitada por falta de datos en la solicitud

Fuente de datos: Sistema informático de Modulab. Estándar: < 1%

Con la implantación de la petición electrónica no se produce ninguna cancelación de muestras por falta de datos en la solicitud, en todos los casos la cumplimentación de los datos de identificación del médico solicitante y los del paciente están recogidos de forma adecuada en las solicitudes realizadas a través del formulario de petición electrónica.

Indicador 3. Reducción del tiempo de respuesta de las analíticas tras la implantación de la petición electrónica.

Excepciones: analíticas rechazadas

Fuente de datos: Sistema informático de Modulab y PCH. Estándar: no aplica

La media de tiempo desde la extracción de la muestra hasta el informe ha pasado de 78 minutos en 2018 a 70 minutos en 2019. Por tanto, la informatización sólo ha tenido un efecto discreto en la mejora del tiempo de respuesta del laboratorio. Sin embargo, hay que tener en cuenta que hemos considerado la hora de validación facultativa y no la de validación técnica, aunque ésta ya permite que el resultado sea visible a través de la intranet; en determinados tramos horarios hay un decalaje importante entre ambas validaciones.

Indicador 4. Tiempo de respuesta de analíticas. Excepciones: analíticas rechazadas

Fuente de datos: Sistema informático de Modulab y PCH. Estándar: < 5%

Se observa una mejora en el tiempo de respuesta del laboratorio, de forma que el porcentaje de informes de laboratorio emitidos con una demora superior a los 60 minutos desde la solicitud ha disminuido del 82,0% en 2018 al 62,7% en 2019.

La reducción del tiempo de respuesta con la petición electrónica se debe sobre todo a la optimización del proceso de gestión preanalítica de las muestras en el laboratorio. Sin embargo, el estándar fijado en este indicador era probablemente demasiado ambicioso si consideramos que la petición electrónica no influye en el retraso desde que se realiza la extracción hasta que la muestra se recibe en el laboratorio, y que este retraso puede ser elevado en muchos casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones:

- Se ha implementado la gestión informática de la petición electrónica de laboratorio en el servicio de urgencias del HUMS (hospital general/traumatología).

- La petición electrónica permite que no se produzca ninguna cancelación de muestras por falta de datos en la solicitud y facilita la correcta identificación de las muestras, reduciendo la posibilidad de errores.

- La integración de la petición electrónica en la historia de urgencias - PCH facilita la labor de los profesionales (personal médico y de enfermería de urgencias y técnicos de laboratorio) y permite optimizar el proceso de gestión preanalítica de las muestras en el laboratorio.

- La informatización ha tenido un efecto discreto en la mejora del tiempo medio de respuesta del laboratorio y ha aumentado en un 20 % las analíticas que cumplen el estándar de 60 minutos desde la solicitud hasta el informe (con validación por facultativo).

Tras el desarrollo y análisis del proyecto, podemos hacer las siguientes recomendaciones:

- La implantación de la petición electrónica debería extenderse a las urgencias del hospital infantil y de maternidad del HUMS

- Las incidencias observadas en las gasometrías obligan a replantear la forma de identificación de las gasometrías del Área de Vitales y a hacer homogéneo el equipamiento de gasómetros disponibles en urgencias y en el laboratorio

- Para intentar reducir el tiempo de respuesta del laboratorio entre la solicitud y la emisión del informe sería necesario analizar de forma independiente el tiempo de transporte (desde la extracción hasta la llegada al laboratorio) y el tiempo de respuesta del laboratorio propiamente dicho, y fijar criterios diferenciados para cada uno de ellos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1110 ===== ***

Nº de registro: 1110

Título
IMPLANTACION DE LA PETICION ELECTRONICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
POVAR MARCO JAVIER, MARRON TUNDIDOR RAFAEL, GARCIA GONZALEZ ELENA, GIMENEZ GIL RAFAEL, SIERRA MARIN CAROLINA, AVELLANA GALLAN MARTA, MERCADAL ALEGRIA ANA ISABEL, RUBIO GOMEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1110

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PETICIÓN ELECTRÓNICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de urgencias del HUMS goza de un elevado nivel de informatización del proceso asistencial y de la documentación clínica. Uno de los subprocesos que no ha podido ser incluido hasta la fecha es el diagnóstico de laboratorio, debido a problemas técnicos de conexión e integración del sistema de gestión del laboratorio (Modulab) y PCH.

Hasta la fecha la petición de cualquier determinación analítica (bioquímica, hemograma, hemostasia, etc.) y de microbiología se realiza en formato papel. Los datos del médico solicitante se cumplimentan a mano, lo que ocasiona dificultades para identificarlo. Los tubos para la obtención de las muestras se identifican con etiquetas de código de barras. Este proceso es mejorable en cuanto a la identificación del paciente y de las muestras. Por otra parte, no permite una adecuada gestión de las muestras en el laboratorio, lo que entorpece el proceso y provoca tiempos más largos de respuesta que aumentan el tiempo total de asistencia del paciente en urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: desarrollar en PCH un sistema de gestión informática del subproceso de diagnóstico de laboratorio, implementando la petición electrónica de laboratorio y un sistema de mensajería para el seguimiento en tiempo real del proceso.

La población diana es el conjunto de pacientes atendidos en el servicio de urgencias.

Objetivos secundarios:

1. Conseguir la cumplimentación adecuada de las solicitudes de las determinaciones analíticas a través del formulario de petición electrónica, tanto los datos de identificación del médico solicitante como los del paciente
2. Integrar el subproceso de diagnóstico de laboratorio en el proceso asistencial de urgencias en PCH, lo que facilitará la labor asistencial a los profesionales sanitarios (personal médico y de enfermería de urgencias y técnicos de laboratorio)
3. Optimizar el proceso de gestión preanalítica de las muestras en el laboratorio

MÉTODO

1. Desarrollo informático: diseño y programación del módulo de laboratorio en PCH, que permita la conexión e integración con Modulab (desarrollo por el Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos del SALUD).
2. Aspectos técnicos: gestión de usuarios, diseño de la plantilla de solicitud de parámetros analíticos, instalación de Modulab y de impresoras de etiquetas en los ordenadores del servicio de urgencias.
3. Adecuación de los circuitos funcionales y forma de trabajo actuales de los profesionales sanitarios a la nueva aplicación informática.
4. Formación de los profesionales en el uso de la nueva aplicación y de los circuitos funcionales
5. Encuesta de satisfacción a los profesionales de enfermería

INDICADORES

Indicador 1. Reducción de las muestras rechazadas por ausencia de identificación de la muestra (informadas como "muestra no recibida") tras la implantación de la petición electrónica. Excepciones: muestras rechazadas por otros motivos

Fuente de datos: Sistema informático de Modulab. Estándar: se espera reducción > 80%

Indicador 2. Rechazo de analítica solicitada. Excepciones: rechazo por falta de datos en la solicitud ("muestra no recibida")

Fuente de datos: Sistema informático de Modulab. Estándar: < 1%

Indicador 3. Reducción del tiempo de respuesta de las analíticas tras la implantación de la petición electrónica.

Excepciones: analíticas rechazadas

Fuente de datos: Sistema informático de Modulab y PCH. Estándar: no aplica

Indicador 4. Tiempo de respuesta de analíticas. Excepciones: analíticas rechazadas

Fuente de datos: Sistema informático de Modulab y PCH. Estándar: < 5%

DURACIÓN

1. Desarrollo informático: Enero-Marzo de 2019. Responsable: Rafael Marrón
2. Gestión de usuarios y diseño de la plantilla de solicitud: Febrero-Marzo de 2019. Responsable: Elena García
3. Instalación de Modulab y de impresoras: Marzo-Abril de 2019. Responsable: Rafael Giménez
4. Adecuación de circuitos funcionales: Abril de 2019. Responsable: Javier Povar
5. Formación del personal de urgencias: Abril y Mayo de 2019. Responsable: Javier Povar
6. Puesta en producción: Junio 2019. Responsables: Rafael Marrón, Rafael Giménez, Elena García, Javier Povar
7. Evaluación del proyecto (indicadores y encuesta de satisfacción): segundo semestre de 2019. Elena García,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1110

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PETICIÓN ELECTRÓNICA DE LABORATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Marta Avellana, Marta Rubio, Carolina Sierra, Ana Isabel Mercadal

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1199

1. TÍTULO

PROYECTO FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA GARCÉS HORNA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MANERO SOLANAS MARTA
LOPEZ IBORT NIEVES
LORENTE CASAUS TERESA
PES LAGUNA MARIA MAR
SANCHEZ ESCOBEDO SONIA
GOMEZ NICOLAS MARIA CARMEN
POVAR MARCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Creación de un registro de personal tutorizado. JUNIO 2019
Comunicación constante y fluida con Supervisoras de la Unidad. Durante todo el proyecto.
Creación Cuestionario electrónico habilidades técnicas. MAYO 2019
Creación Cuestionario electrónico competencias básicas en Urgencias. MAYO 2019
Creación de sesiones en formato Power Point y exposición de las mismas durante todo el proyecto.
Recepción del personal novel. Durante todo el proyecto.
Acompañamiento del personal de nueva incorporación. Durante todo el proyecto
Sesiones presenciales y resolución de dudas. Durante todo el proyecto.
Creación y puesta en marcha de un vademecum de la unidad de cuidados de enfermería en urgencias. Supervisoras y tutora, han creado de forma conjunta, un manual de acogida de la unidad, para enfermería, con difusión por código QR. OCTUBRE 2019.
Desarrollo de una herramienta online con acceso privado para los tutorizados, en la que se muestran presentaciones e infografías sobre procedimientos de enfermería. Durante todo el proyecto.
Durante todo el proyecto, sesiones presenciales e infografías sobre:

- Hemocultivos
- Manejo del reservorio en urgencias
- Algoritmos de soporte vital avanzado
- Transfusión sanguínea
- Código sepsis
- Medición de presión venosa central
- Manejo del sintrom en urgencias
- Carro de paradas y desfibrilador
- Drenaje torácico
- Registro de insulina administrada en Pch
- Secuencia de intubación
- Ventilación mecánica no invasiva
- Toracocentesis

Evaluación y recogida de datos. ENERO 2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1: enfermeras que han entrado en el programa de tutorización.
En el programa de tutorización han entrado 109 enfermeros, 83 de ellos, no habían trabajado nunca en urgencias de este hospital, por lo que el 76,1% de los contratados en urgencias no tenía experiencia previa en el servicio y de éstos, el 100% fue incluido en el programa. Standard marcado >80%. Fuente: Tutora/Supervisoras. Método obtención: Registro.

Indicador 2: El número de técnicas identificadas en la competencia "habilidades técnicas" de la unidad de enfermería de cuidados en urgencias son 22. De las 22 técnicas actualmente existen 6 protocolizadas. Como standard marcado cada año aumentará en un 10%. Fuente: Tutora/Supervisoras/Grupo de calidad del servicio. Método obtención: Análisis y desarrollo de protocolos.

Indicador 3: Enfermeras que reciben la acogida por parte del tutor el primer día de trabajo.
El 89,9% fueron recibidos por el tutor al inicio de su contrato. Es decir, tan sólo 11 personas no fueron vistas en su primer día, y de éstas:
• 5 comenzaron contrato de noche o en fin de semana, y fueron vistas en su segundo día de trabajo.
• 2 por asuntos personales y por petición propia, se reunieron con la tutora antes de su segundo o tercer día de trabajo.
- Por lo que tan sólo 4 personas no han tenido acceso al tutor en su primer día laboral, y han accedido al programa en días posteriores.
Standard marcado 60%. Fuente: Tutora. Método obtención: Registro.

Indicador 4: Las reclamaciones recogidas por el SIAU relacionadas con el servicio de urgencias hasta la fecha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1199

1. TÍTULO

PROYECTO FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS

actual han sido un total de 161. Una vez analizada la casuística de dichas reclamaciones, el número de reclamaciones relacionadas con la unidad de enfermería de cuidados en urgencias fueron 5. Y concretando el periodo de junio a fecha actual, tiempo en el que se ha puesto en marcha el proyecto figura del tutor, relacionadas con las enfermeras fueron 2 reclamaciones. Standard marcado 10% menos que el año anterior. Fuente: SIAU/Supervisora de Área

Indicador 5: Enfermeras tutorizadas que pasan de nivel de competencia principiantes a competentes. Se objetiva un progreso en la autoevaluación de los enfermeros que han formado parte del programa de tutorización. Demostrándose haber aumentado su nivel competencial en un 90,9% de las competencias requeridas. Refiriendo una mejoría en 20 de las 22 habilidades descritas y siendo el triaje y el retriage, al que no tienen acceso como personal novel, las habilidades en las que no se refleja una mejoría. Standard marcado >80%. Fuente: Tutora. Método obtención: Cuestionario autoevaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora ha resultado ser muy positiva dado que el proyecto ha velado por la seguridad de paciente y la calidad en los cuidados, centrándose en el profesional novel y en el paciente que es atendido por este.

Como problemas hemos encontrado:

- El número total de enfermeros/as contratadas en el período comprendido entre junio de 2019 y enero de 2020 es de 109 personas, sólo el 9,1% de los contratados ha podido cubrir el puesto de Triage en la unidad, por disponer del curso y la experiencia previa requerida para el puesto.
- Únicamente 11 enfermeras del personal formado durante el contrato de verano en la unidad de cuidados de urgencias, ha tenido continuidad en el servicio con contratos en los meses de noviembre y diciembre, lo que implica la pérdida de personal que había adquirido mayor nivel, en su perfil competencial como enfermera de urgencias.
- No disponer de un espacio físico propio para el Tutor, compartiendo el despacho con los profesores asociados de unizar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1199 ===== ***

Nº de registro: 1199

Título
PROYECTO FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

Autores:
GARCES HORNA SILVIA, MANERO SOLANAS MARTA, LOPEZ IBORT NIEVES, LORENTE CASAUS TERESA, PES LAGUNA MARIA MAR, SANCHEZ ESCOBEDO SONIA, GOMEZ NICOLAS MARIA CARMEN, POVAR MARCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La alta tecnificación de los cuidados, la complejidad del rol de la enfermera en situaciones de alta especialización, la necesidad de obtener resultados basados en la eficiencia, los cambios en la sociedad... llevan a desarrollar estrategias encaminadas a mejorar la calidad de los cuidados, a mejorar la salud y seguridad de los usuarios y a fortalecer la contribución enfermera, pues la práctica enfermera es mucho más que realizar las tareas.
El periodo de transición que requiere el paso del rol de universitario a profesional de la enfermería, precisa la guía de otros para aprender a aplicar los conocimientos teóricos a las experiencias clínicas de la vida real. Las enfermeras noveles tienen su formación, pero también es reconocida su falta de consolidación de experiencia práctica en el cuidado de pacientes, por ello el cuidado de pacientes complejos, el ambiente hospitalario de alta tecnología... es un gran desafío para ellas. La aplicación a la práctica no solo abarca nuevas habilidades y técnicas clínicas, sino que también incluye hacer frente a problemas de relaciones con los pacientes y sus familias, estructuras organizacionales y trabajo en equipo. Los directivos sanitarios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1199

1. TÍTULO

PROYECTO FIGURA DEL TUTOR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS

deben ser conscientes de estas brechas entre las habilidades y los conocimientos adquiridos en la facultad y los ganados a través de la experiencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la seguridad del paciente en la unidad de cuidados de enfermería de urgencias a través de la creación de la figura del tutor.

MÉTODO

Un programa de mentoría/tutoría es un proceso de acompañamiento y apoyo en la tarea a desempeñar, así como la integración en la unidad o institución de referencia. El mentor/tutor es un profesional con amplia formación y experiencia que asume la responsabilidad de orientar y asesorar al mentorizado/tutorizado en su desempeño profesional. Así, es el responsable de ayudar al novel a ganar confianza y motivación a través del conocimiento y la reflexión, proporcionándole ayuda para una óptima organización, así como las destrezas necesarias de resolución de problemas, de pensamiento crítico y de toma de decisiones aplicables a su entorno laboral específico de cuidar a los pacientes en situación crítica. También puede ser el responsable de emitir material educativo apropiado para este personal.

Durante este periodo de tutoría, las enfermeras desarrollarán habilidades técnicas, de relaciones interpersonales y de comunicación. También aclararán sus conceptos erróneos lo cual facilitará la práctica segura. De esta forma, el novel pasará a ser competente, y en un futuro inmediato, desarrollará la totalidad de sus funciones demostrando su capacidad de adaptación a situaciones nuevas y potencialmente estresantes.

Como resultado de la tutoría, el personal se siente más valorado y empoderado en sus roles. Un personal de enfermería que se siente valorado y capacitado estará más dedicado a la organización y tendrá orgullo personal y sentido de pertenencia en su trabajo, desarrollo profesional, y promoción profesional. Más personal cualificado resulta en una práctica de enfermería más competente y segura, y este precisamente es el resultado que busca el programa de tutoría.

INDICADORES

Indicadores

Nº de enfermeras que han trabajado por primera vez en la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS y que han entrado en el programa de tutorización /

Nº de enfermeras que han trabajado por primera vez en la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS

Estándar: > 80%

Nº de técnicas identificadas en la competencia "habilidades técnicas" que están protocolizadas /

Nº de técnicas identificadas en la competencia "habilidades técnicas" de la Unidad de Cuidados de urgencias del HUMS

Estándar: 10% más que el año anterior hasta llegar al 100%

Nº de enfermeras que han entrado en el programa y que han sido recibidas por el tutor en el primer día de trabajo /

Nº de enfermeras que han entrado en el programa en la Unidad de Cuidados de Urgencias del HUMS

Estándar: > 60%

Nº de reclamaciones recibidas del SIAU relacionadas con la atención enfermera de la Unidad de Cuidados de Urgencias /

Nº de reclamaciones recibidas del SIAU en el Servicio de Urgencias del HUMS

Estándar: 10% menos que el año anterior

Nº de enfermeras principiantes (nivel 1) que en dos meses alcanzan el nivel de competentes (nivel 3) /

Nº de enfermeras principiantes (nivel 1) con contrato superior a dos meses

Estándar: > 80%

DURACIÓN

CRONOGRAMA

Presentación propuesta y estudio pre en abril

Selección tutor y comienzo programa en mayo

Corte de indicadores junio y diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1327

1. TÍTULO

AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES NO TECNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA MAR PES LAGUNA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCES HORNA SILVIA
LOPEZ MARTINEZ MANUEL MARIA
AMIGO ROMEO IAGO
PERNA SIURANA JESICA
JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES
PARRILLA HERRANZ PEDRO
PEREZ ARDISA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Puesta en marcha del grupo de trabajo técnico-funcional para definición y seguimiento del proyecto. (abril 2019)
2. Definición del plan de entrenamiento, competencias vinculadas, indicadores de proceso, de resultado e impacto en salud, en el Área de Urgencias, segmentado por puesto de trabajo y categoría profesional. (abril 2019)
3. Definición técnica de la solución innovadora para la creación del área de entrenamiento de gestión de análisis. (abril 2019)
4. Definición de la memoria técnica para el acondicionamiento de los escenarios demostradores definidos en el proyecto. (abril 2019-marzo 2020)
5. Definición de la dotación tecnológica de ambos escenarios demostradores incluyendo material inventariable y fungible. (A lo largo de todo el proyecto)
6. Inventariado y etiquetado de la dotación de ambos escenarios demostradores. (A lo largo de todo el proyecto)
7. Demostración y evaluación de la solución tecnológica integrada en los escenarios demostradores. (A lo largo de todo el proyecto)
8. Perfeccionamiento y desarrollo progresivo de la solución tecnológica.
9. Formación de formadores.
10. Sesiones para desarrollo competencial de habilidades no técnicas (trabajo en equipo, comunicación eficaz, liderazgo, análisis de la situación), todas se llevarán a cabo a lo largo del año 2020. Se realizaron 4 sesiones de RECICLAJE EN SOPORTE VITAL AVANZADO (abril, mayo, octubre 2019)
11. Sesiones sobre los diferentes códigos existentes en nuestra CC.AA., potenciando cada puesto de trabajo. Y sesiones sobre diferentes protocolos del servicio. Se realizaron 2 ediciones del CURSO PRÁCTICO DE ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS VITALES. (octubre- noviembre 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1; Completado el acondicionamiento, la dotación tecnológica, la dotación de material complementario inventariable y la dotación de material fungible, de los Escenarios propuestos. 100 % CONSEGUIDO. Fuente; Supervisión/Coordinador Urgencias.

Indicador 2; Encuesta preproyecto para analizar situación actual del equipo de urgencias (satisfacción laboral). Los resultados fueron para una plantilla orgánica de 96 enfermeras obtuvimos una respuesta del 72 % en personal del servicio. En cambio, para la plantilla eventual de enfermeras en periodos estivales/festivos/invernales la respuesta fue del 100% (n =93). Estandar 80% . Fuente: Supervisión, figura de tutora. Método de obtención; Cuestionario CVP-35.

-Indicador 3; Encuesta postproyecto (satisfacción laboral). En la plantilla eventual se obtuvo 76 respuestas, un 81 %. Los resultados de la encuesta objetivaron una mejoría tanto en la motivación intrínseca como en el apoyo directivo. La carga de trabajo se sigue evidenciando como alta. Estandar 80%. Fuente: Supervisión, figura de tutora. Método de obtención; Cuestionario CVP-35.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora establece como medidas pendientes seguir mejorando las instalaciones del área de entrenamiento. Los resultados de los cuestionarios han sido favorables al proyecto, se trata de un proyecto sostenible y eficiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1327 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1327

1. TÍTULO

AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES NO TECNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Nº de registro: 1327

Título
AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES NO TECNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
PES LAGUNA MARIA MAR, GARCES HORNA SILVIA, LOPEZ MARTINEZ MANUEL MARIA, AMIGO ROMEO IAGO, PERNA SIURANA JESICA, JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES, PARRILLA HERRANZ PEDRO, PEREZ ARDISA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nuestro Sistema Nacional de Salud cuenta con diferentes recursos que deben atender a la población en situaciones de urgencia, a través de los servicios de urgencias hospitalarios. La coordinación entre todos los miembros que forman el equipo de urgencias, es vital para llegar a la excelencia en la calidad de atención al paciente. Debido a la diversidad es complejo. Por ello, debemos entrenar competencias para el trabajo en equipo.

Una de las debilidades y amenazas detectadas para una unidad de pacientes críticos como el servicio de Urgencias son el gran número de contratos que se realizan para periodos cortos o muy cortos. El movimiento de personal es continuo y la casuística variada.

En la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020 en su primera Línea estratégica dice;
"Incorporar líderes clínicos que promuevan la implantación, desarrollo y evaluación de prácticas clínicas seguras en los centros/unidades. Difundir de forma periódica las recomendaciones actualizadas para evitar los cuidados sanitarios innecesarios, de escaso valor o perjudiciales para el paciente."

RESULTADOS ESPERADOS
Dotar al equipo de urgencias (enfermería, medicina y personal no sanitario) de los conocimientos/habilidades necesarias para prestar una atención de calidad y seguridad clínica al paciente ante situaciones urgentes y emergentes.
1. Recordar los conceptos básicos aplicados en urgencias y emergencias en los diferentes ámbitos de la urgencia.
2. Desarrollar habilidades no técnicas como son trabajo en equipo, comunicación eficaz, liderazgo.
3. Adquirir destreza con las técnicas innovadoras.
4. Afianzar los conocimientos para desarrollar el trabajo en equipo ante el Código ICTUS, Código INFARTO y Código SEPSIS.

MÉTODO
1. Puesta en marcha del grupo de trabajo técnico-funcional para definición y seguimiento del proyecto. (abril 2019)
2. Definición del plan de entrenamiento, competencias vinculadas, indicadores de proceso, de resultado e impacto en salud, en el Área de Urgencias, segmentado por puesto de trabajo y categoría profesional. (abril 2019)
3. Definición técnica de la solución innovadora para la creación del área de entrenamiento de gestión de análisis. (abril 2019)
4. Definición de la memoria técnica para el acondicionamiento de los escenarios demostradores definidos en el proyecto. (abril 2019-marzo 2020)
5. Definición de la dotación tecnológica de ambos escenarios demostradores incluyendo material inventariable y fungible. (A lo largo de todo el proyecto)
6. Inventariado y etiquetado de la dotación de ambos escenarios demostradores. (A lo largo de todo el proyecto)
7. Demostración y evaluación de la solución tecnológica integrada en los escenarios demostradores. (A lo largo de todo el proyecto)
8. Perfeccionamiento y desarrollo progresivo de la solución tecnológica.
9. Formación de formadores.
10. Sesiones para desarrollo competencial de habilidades no técnicas (trabajo en equipo, comunicación eficaz,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1327

1. TÍTULO

AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES NO TECNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

liderazgo, análisis de la situación), todas se llevarán a cabo a lo largo del año 2020;

1. Sesiones sobre los diferentes códigos existentes en nuestra CC.AA, potenciando cada puesto de trabajo.
2. Sesiones sobre diferentes protocolos del servicio.
3. Dinámicas para fomentar el trabajo en equipo, madurez grupal y sentimiento de pertenencia al servicio. Siguiendo diferentes herramientas como ECRM.

INDICADORES

- Completado el acondicionamiento, la dotación tecnológica, la dotación de material complementario inventariable y la dotación de material fungible, de los Escenarios propuestos.
- Encuesta preproyecto para analizar situación actual del equipo de urgencias (satisfacción laboral, con el equipo, sentimiento de pertenencia). Estandar 80%
- Encuesta postproyecto (satisfacción laboral, con el equipo, sentimiento de pertenencia). Estandar 80%

DURACIÓN

Comienzo del proyecto abril 2019, se realizará a lo largo de todo el año 2019.
Actividades de entrenamiento planificadas; Abril 2019, mayo 2019, sucesivamente y según necesidades del Servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ANGEL BORQUE FERNANDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL FABRA JESUS
MALLEN MATEO EVA
CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE
ESCARTIN MARTINEZ IRENE
RIAZUELO FANTOVA GEMA
ALFARO TORRES JORGE
MARQUINA IBAÑEZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Gestión global: coordinación de especialidades, análisis de resultados, actualización científica, implementación del proyecto multicéntrico nacional a nuestro medio. RESPONSABLE: Á. BORQUE (Jefe Sección, Unidad Próstata, Urología). Liberación asistencial: 1 día mes
- Optimización de visita urológica: agrupamiento en visita específica, 2 consultas específicas/mes, protocolización de la misma, visionado del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo (AragonTV): documental realizado a todos nosotros y pacientes, y para cuyo visionado nos ha autorizado AragonTV. RESPONSABLES: J. GIL, E. MALLÉN, Á. BORQUE, y MJ. GIL (Jefa Servicio, Urología)
- Optimización de la RM de próstata: disponibilidad de citas, estandarización de interpretación (PIRADS 2.0), y creación de plantilla específica en los informes para una mejor concordancia con la BxP transperineal.
RESPONSABLES:
JJ. CASTILLO, I. ESCARTÍN, G. RIAZUELO, y L. ROS (Jefe Servicio, Radiología)
- Estandarización de la interpretación de BxP: creación de un protocolo que permita la fácil identificación de los pacientes candidatos a VA, y creación de un protocolo para las BxP de seguimiento en VA. RESPONSABLES: J. ALFARO (Jefe Sección, Anatomía Patológica), I. MARQUINA, S. HAKIM, y R. ÁLVAREZ (Jefe Servicio, Anatomía Patológica)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Actualización de protocolo de VA en CaP: diseño del protocolo.
- Habilitación de consulta mensual de VA en Urología: agenda (GUROVA) 2º y 4º miércoles de cada mes.
- Agenda para la citación de RM de próstata.
- Plantilla de interpretación prostática (PIRADS 2.0): diseño e implementación informática, por el momento textual.
- Actualización de plantilla de interpretación de BxP para identificación de pacientes candidatos a VA: diseño e implementación de plantilla, por el momento textual
- Plantilla de interpretación de la BxP transperineal en VA: diseño e implementación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Urología: activación de la consulta específica. Los pacientes candidatos a este esquema terapéutico son seleccionados desde la recepción del resultado de la Bx y atendidos en dicha consulta específica de un modo individualizado y especializado por profesionales especialmente formados en VA, ello ha permitido dar una mayor calidad asistencial y confianza a nuestros pacientes.
- Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, AragonTV): adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología). PENDIENTE adquisición de monitores con cargo a otros proyectos económicos del Servicio todavía no finalizados y de ubicar espacio físico para el visionado de los pacientes.
- Las plantilla de interpretación de Bx transperineal a implementar en los informes de radiología y anatomía patológica todavía no se han implementado en formato gráfico, pero sí en formato de texto que permite una mejor interpretación y simbiosis entre los informes de resonancia, la realización de la biopsia transperineal y la identificación de las áreas tumorales en la anatomía patológica. Tanto los criterios PIRADS 2.0 de interpretación radiológica como ISUP-2015 de interpretación histológica están consolidados.

7. OBSERVACIONES.

En la evolución de este proyecto hemos desarrollado un importante esfuerzo de investigación asociado. Lideramos junto con el Servicio de Urología del Instituto Valenciano de Oncología (Dr. J. Rubio) un proyecto multicéntrico nacional sobre pacientes en Vigilancia Activa con más de 50 centros participando y cerca de 1800 pacientes en seguimiento y evaluación. A su vez hemos hecho nuestro propio análisis de los 115 pacientes actualmente en este manejo en nuestro centro. Y hemos hecho un esfuerzo de exportación de nuestra organización asistencial al respecto, y resultados impartiendo un programa Focuss sobre Vigilancia Activa a lo largo del pasado año. Como ya se apuntó en la memoria inicial: es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, M^a Jesús (HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/UROLOGÍA), ROS MENDOZA, Luis (HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/RADIOLOGÍA) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/675 ===== ***

Nº de registro: 0675

Título
MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Autores:
BORQUE FERNANDO ANGEL, GIL FABRA JESUS, MALLÉN MATEO EVA, CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE, ESCARTIN MARTINEZ IRENE, RIAZUELO FANTOVA GEMA, ALFARO TORRES JORGE, MARQUINA IBÁÑEZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sensibilización en cáncer de próstata (CaP), el cribado poblacional encubierto, y en su defecto el cribado oportunistico del CaP, han mostrado su impacto en mortalidad, pero también un sobrediagnóstico de CaP's "latentes", "indolentes" o "insignificantes" que difícilmente afectarán a corto, medio o largo plazo en mortalidad ni calidad de vida de sus portadores; pero que tras su diagnóstico se siguen de un "sobretatamiento", mediante cirugía o radioterapia, que sin olvidar el coste económico, llevan consigo potenciales efectos secundarios limitantes en calidad de vida como incontinencia urinaria e impotencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Maximizar la VA como enfoque terapéutico de CaP de Bajo/Muy Bajo Riesgo.
Ajustar los plazos de realización de pruebas de seguimiento evitando demoras de bajo riesgo oncológico pero alta ansiedad en pacientes.
Optimizar la interpretación de las BxP en VA por parte del Servicio de Anatomía Patológica

MÉTODO
- Gestión global: coordinación de especialidades, análisis de resultados, actualización científica, implementación del proyecto multicéntrico nacional a nuestro medio. RESPONSABLE: Á. BORQUE (Jefe Sección, Unidad Próstata, Urología). Liberación asistencial: 1-2 días/mes
- Optimización de visita urológica: agrupamiento en visita específica, 1-2 veces/mes (según necesidades), protocolización de la misma, visionado del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo (AragonTV): documental realizado a todos nosotros y pacientes, y para cuyo visionado nos ha autorizado AragonTV. RESPONSABLES: J. GIL, E. MALLÉN, Á. BORQUE, y MJ. GIL (Jefa Servicio, Urología)
- Optimización de la RM de próstata: disponibilidad de citas, estandarización de interpretación (PIRADS 2.0), y creación de plantilla específica en los informes para una mejor concordancia con la BxP transperineal. RESPONSABLES: JJ. CASTILLO, I. ESCARTÍN, G. RIAZUELO, y L. ROS (Jefe Servicio, Radiología)
- Estandarización de la interpretación de BxP: creación de un protocolo que permita la fácil identificación de los pacientes candidatos a VA, y creación de un protocolo para las BxP de seguimiento en VA. RESPONSABLES: J. ALFARO (Jefe Sección, Anatomía Patológica), I. MARQUINA, S. HAKIM, y R. ÁLVAREZ (Jefe Servicio, Anatomía Patológica)

INDICADORES
- INDICADOR (I): Actualización de protocolo de VA en CaP. MONITORIZACIÓN (M): diseño del protocolo.
- (I): Habilitación de consulta mensual de VA en Urología. (M): agenda y frecuentación de citas.
- (I): Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, AragonTV). (M): adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología).
- (I): Agenda para la citación de RM de próstata. (M): citas realizadas.
- (I): Plantilla de interpretación prostática (PIRADS 2.0). (M): diseño e implementación informática
- (I): Actualización de plantilla de interpretación de BxP para identificación de pacientes candidatos a VA. (M): diseño e implementación de plantilla

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

- (I): Plantilla de interpretación de la BxP transperineal en VA. (M): diseño e implementación

DURACIÓN

Cronograma: 2 años:

- Mes 1 a 6: Análisis de las necesidades de apertura de consultas urológicas de VA, 1 ó 2/mes. (los pacientes se visitan semestralmente en la consulta de Proceso de próstata, entremezclados con el resto, en 6 meses se identificarían todos ellos) + Análisis de necesidades de apertura de citas de RM. + Diseño de plantilla de interpretación de RM prostática, e integración informática + Diseño de plantilla de interpretación de BxP basal para identificación de candidatos a VA, e integración informática. + Diseño de la plantilla de interpretación de BxP de seguimiento en VA, e integración informática.

- Mes 6 a 18: Activación y seguimiento de la consulta de VA. + Activación y seguimiento de las citaciones de RM. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA.

- Mes 18 a 24: análisis de indicadores y reajuste

OBSERVACIONES

El presente proyecto integra en el Equipo de Mejora para su desarrollo y de un modo imprescindible a la Dra. HAKIM ALONSO, Sofía (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/shakim@salud.aragon.es).

Su colaboración es absolutamente necesaria para este Proyecto de Mejora de carácter multidisciplinar que integra 3 profesionales por Servicio implicado.

Del mismo modo que es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, M^a Jesús (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/UROLOGÍA/mjgilsa@salud.aragon.es), ROS MENDOZA, Luis (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/RADIOLOGÍA/lhrosmendoza@gmail.com) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/ralvareza@salud.aragon.es)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ANGEL BORQUE FERNANDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL FABRA JESUS
MALLEN MATEO EVA
CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE
ESCARTIN MARTINEZ IRENE
RIAZUELO FANTOVA GEMA
ALFARO TORRES JORGE
MARQUINA IBAÑEZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Activación y seguimiento de la consulta de Vigilancia activa (VA) (Urología).
- Activación y seguimiento de las citaciones de Resonancia magnética (RM) (Radiodiagnóstico).
- Activación y seguimiento de la plantilla de Biopsia de Próstata (BxP) identificativa de candidatos a VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica).
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Activación y seguimiento de la consulta de VA (Urología): se han estandarizado las 2 consultas al mes para la visita urológica de este tipo de pacientes habiéndose realizado 290 citas a lo largo de 2018.
- Activación y seguimiento de las citaciones de RM (Radiodiagnóstico): el protagonismo creciente de la RM en la sospecha diagnóstica de cáncer de próstata, ha limitado su disponibilidad para la Vigilancia Activa.
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica): se han mantenido los criterios de selección de los pacientes candidatos a VA en 2017.
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica): se han mantenido los criterios de selección de los pacientes candidatos a VA en 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Activación y seguimiento de la consulta de VA (Urología): el flujo de pacientes candidatos a VA ha sido acorde al diseño planteado en su momento así como los pacientes que a lo largo del tiempo pasan a tratamiento activo, lo cual ha permitido que el diseño inicial permita la asunción asistencial de todos los pacientes en VA con 2 consultas urológicas destinadas a ello al mes.
- Activación y seguimiento de las citaciones de RM (Radiodiagnóstico): la RM cada vez adelanta más su momento de indicación ante la sospecha de cáncer de próstata, no sólo durante el seguimiento; ello ha saturado la disponibilidad de la misma por parte del Servicio de Radiodiagnóstico, con lo que sus plazos de realización empiezan a acercarse al límite de lo deseable. Esta realidad hace previsible a muy corto plazo la necesidad de incrementar la disponibilidad de recursos en citas, para satisfacer esta demanda asistencial.
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica): la plantilla implementada en 2017 ha resultado ser de la suficiente actualidad y fortaleza científica como para que en 2018 sigue manteniéndose absolutamente vigente, sin conveniencia alguna de reajuste; y siendo referente para otros centros de la Comunidad Autónoma a los que se ha difundido mediante un programa Focuss desarrollado de nuevo en 2018, así como a otras Comunidades Autónomas y centros de nuestro país.
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica): nuevamente nuestra plantilla de seguimiento se ha confirmado como actualizada y de fortaleza científica con extensa difusión a otros centros como en el epígrafe anterior. Se ha consolidado un informe específico por sectores en el Servicio de Anatomía Patológica, y del mismo modo el Servicio de Radiodiagnóstico informa con la codificación de la plantilla por sectores de las zonas de sospecha para una mejor BxP para su realización por fusión cognitiva. La integración de la plantilla gráfica en los informes anatómo-patológicos y de RM no ha sido factible, pero se ha desestimado en favor de la información contextual codificada sobre la plantilla sectorial pre-definida y consensuada (Ápex=A, Base=B, Zona Media=M / Izquierda=I, Derecha=D / Sectores 1 a 5, en cada combinación: AI 1 a 5, AD 1 a 5, ..., BI 1 a 5). Sobre esta base se han informado las 38 RM sometidas a BxP por VA en 2018.

7. OBSERVACIONES.
El material, televisor, y decodificador para visionado del vídeo titulado "Vivir con cáncer", realizado y previamente autorizado por AragónTV; no se ha podido adquirir por ausencia de fondos. Pero ambos elementos han sido cedidos gratuitamente por parte del Investigador Principal en aras del beneficio a los pacientes siendo ubicados ya en las consultas externas de Urología, para visionado de los pacientes.
A pesar de tratarse de un proyecto multidisciplinar, con 3 servicios implicados, la convocatoria no se reajusta a esa posibilidad y la limitación de participantes se circunscribe a 8 profesionales. En este sentido quedarían injustamente excluidas del reconocimiento a su compromiso y esfuerzo las doctoras HAKIM ALONSO, Sofía (Anatomía Patológica) y SOLANAS ÁLAVA, Susana (Radiodiagnóstico). Ruego les sea tenido en cuenta el presente mérito curricular en algún modo en reconocimiento y agradecimiento a su implicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Como ya se apuntó en la memoria inicial y en la memoria de seguimiento: es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, M^a Jesús (UROLOGÍA), ROS MENDOZA, Luis (RADIOLOGÍA) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (ANATOMÍA PATOLÓGICA).

*** ===== Resumen del proyecto 2016/675 ===== ***

Nº de registro: 0675

Título
MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Autores:
BORQUE FERNANDO ANGEL, GIL FABRA JESUS, MALLEN MATEO EVA, CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE, ESCARTIN MARTINEZ IRENE, RIAZUELO FANTOVA GEMA, ALFARO TORRES JORGE, MARQUINA IBAÑEZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sensibilización en cáncer de próstata (CaP), el cribado poblacional encubierto, y en su defecto el cribado oportunistico del CaP, han mostrado su impacto en mortalidad, pero también un sobrediagnóstico de CaP's "latentes", "indolentes" o "insignificantes" que difícilmente afectarán a corto, medio o largo plazo en mortalidad ni calidad de vida de sus portadores; pero que tras su diagnóstico se siguen de un "sobretatamiento", mediante cirugía o radioterapia, que sin olvidar el coste económico, llevan consigo potenciales efectos secundarios limitantes en calidad de vida como incontinencia urinaria e impotencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Maximizar la VA como enfoque terapéutico de CaP de Bajo/Muy Bajo Riesgo.
Ajustar los plazos de realización de pruebas de seguimiento evitando demoras de bajo riesgo oncológico pero alta ansiedad en pacientes.
Optimizar la interpretación de las BxP en VA por parte del Servicio de Anatomía Patológica

MÉTODO
- Gestión global: coordinación de especialidades, análisis de resultados, actualización científica, implementación del proyecto multicéntrico nacional a nuestro medio. RESPONSABLE: Á. BORQUE (Jefe Sección, Unidad Próstata, Urología). Liberación asistencial: 1-2 días/mes
- Optimización de visita urológica: agrupamiento en visita específica, 1-2 veces/mes (según necesidades), protocolización de la misma, visionado del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo (AragonTV): documental realizado a todos nosotros y pacientes, y para cuyo visionado nos ha autorizado AragonTV. RESPONSABLES: J. GIL, E. MALLEN, Á. BORQUE, y MJ. GIL (Jefa Servicio, Urología)
- Optimización de la RM de próstata: disponibilidad de citas, estandarización de interpretación (PIRADS 2.0), y creación de plantilla específica en los informes para una mejor concordancia con la BxP transperineal. RESPONSABLES: JJ. CASTILLO, I. ESCARTÍN, G. RIAZUELO, y L. ROS (Jefe Servicio, Radiología)
- Estandarización de la interpretación de BxP: creación de un protocolo que permita la fácil identificación de los pacientes candidatos a VA, y creación de un protocolo para las BxP de seguimiento en VA. RESPONSABLES: J. ALFARO (Jefe Sección, Anatomía Patológica), I. MARQUINA, S. HAKIM, y R. ÁLVAREZ (Jefe Servicio, Anatomía Patológica)

INDICADORES
- INDICADOR (I): Actualización de protocolo de VA en CaP. MONITORIZACIÓN (M): diseño del protocolo.
- (I): Habilitación de consulta mensual de VA en Urología. (M): agenda y frecuentación de citas.
- (I): Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, AragonTV). (M): adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología).
- (I): Agenda para la citación de RM de próstata. (M): citas realizadas.
- (I): Plantilla de interpretación prostática (PIRADS 2.0). (M): diseño e implementación informática

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

- (I): Actualización de plantilla de interpretación de BxP para identificación de pacientes candidatos a VA. (M): diseño e implementación de plantilla
- (I): Plantilla de interpretación de la BxP transperineal en VA. (M): diseño e implementación

DURACIÓN

Cronograma: 2 años:

- Mes 1 a 6: Análisis de las necesidades de apertura de consultas urológicas de VA, 1 ó 2/mes. (los pacientes se visitan semestralmente en la consulta de Proceso de próstata, entremezclados con el resto, en 6 meses se identificarían todos ellos) + Análisis de necesidades de apertura de citas de RM. + Diseño de plantilla de interpretación de RM prostática, e integración informática + Diseño de plantilla de interpretación de BxP basal para identificación de candidatos a VA, e integración informática. + Diseño de la plantilla de interpretación de BxP de seguimiento en VA, e integración informática.
- Mes 6 a 18: Activación y seguimiento de la consulta de VA. + Activación y seguimiento de las citaciones de RM. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA.
- Mes 18 a 24: análisis de indicadores y reajuste

OBSERVACIONES

El presente proyecto integra en el Equipo de Mejora para su desarrollo y de un modo imprescindible a la Dra. HAKIM ALONSO, Sofía (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/shakim@salud.aragon.es).

Su colaboración es absolutamente necesaria para este Proyecto de Mejora de carácter multidisciplinar que integra 3 profesionales por Servicio implicado.

Del mismo modo que es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, M^a Jesús (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/UROLOGÍA/mjgilsa@salud.aragon.es), ROS MENDOZA, Luis (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/RADIOLOGÍA/lhrosmendoza@gmail.com) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (MEDICO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/ralvareza@salud.aragon.es)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE PEDRO GIL MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARELA ESPIN JOAQUIN
GARETA ALQUEZAR CLARA
MALLEN MATEO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Varias reuniones con At primaria para centrar la problemática de los pacientes remitidos a At especializada urológica.

-Cuantificación de las consultas remitidas: 30-40 pacientes/día.

-Actualización y/o elaboración de algoritmos de manejo de las distintas patologías urológicas que se devolverán a At primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre 1/6/2017 y 31/12/2018 se han realizado globalmente 1097 consultas virtuales de Urología, 27,1% resueltas sin cita.

-Diciembre 2017: 369 interconsultas solicitadas desde At Primaria y valoradas por Urología. 10,3% resueltas sin cita.

-Noviembre 2017: 512 interconsultas. 19,5% resueltas sin cita.

-Octubre 2017: 541 interconsultas. 26,7% resueltas sin cita.

-Septiembre 2017: 91 interconsultas. 56% resueltas sin cita.

-Agosto 2017: 18 interconsultas. 77,7% resueltas sin cita.

-Julio 2017: 21 interconsultas. 42,8% resueltas sin cita.

-Junio 2017: 14 interconsultas. 42,8% resueltas sin cita.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Existe variabilidad entre urólogos en el porcentaje de consultas virtuales resueltas sin cita.

-Existe amplia variabilidad en los distintos Centros de Salud respecto a la patología remitida para valoración a At especializada, así como en la voluntad de mantener en primaria a los pacientes valorados sin cita.

7. OBSERVACIONES.

Se requieren reuniones sucesivas con los distintos Centros de Salud, así como reflexiones internas por parte del Sº de Urología.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1243 ===== ***

Nº de registro: 1243

Título
CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Autores:
GIL MARTINEZ PEDRO, CARELA ESPIN JOAQUIN, MALLEN MATEO EVA, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, RONCALES BADAL ANGEL, GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos ..: Otros
Otro tipo Objetivos: Comunicación entre varios niveles asistenciales

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMÁTICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La relación entre Atención Primaria y Atención especializada es una de las bases fundamentales para el buen funcionamiento del sistema público de Salud.

Por otra parte, las nuevas tecnologías nos ofrecen la oportunidad de establecer interconsultas virtuales que agilicen todo el proceso de intercomunicación entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS

Fomentar el manejo de las patologías urológicas sencillas más prevalentes en Atención Primaria, para disminuir el número de derivaciones a atención especializada urológica.

De esta se podrá evitar las molestias al paciente derivadas de acudir a otro nivel asistencial, y cuando sea necesaria dicha derivación que sea más precoz.

MÉTODO

-Elaboración de protocolos clínicos de manejo en Atención primaria así como de derivación a especializada de las patologías urológicas más prevalentes.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo.

INDICADORES

-Disminución del N° de derivaciones desde Atención Primaria a Urología jerarquizada.

-N° de interconsultas telemáticas efectuadas.

DURACIÓN

Cronograma previsto:

-Elaboración de protocolos clínicos: abril a mayo 2017.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS: abril 2017.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo: abril 2017.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales: junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE PEDRO GIL MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARELA ESPIN JOAQUIN
GARETA ALQUEZAR CLARA
MALLEN MATEO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración conjuntamente con todo el Sº de Urología de HUMS de los siguientes nuevos algoritmos de manejo conjunto (Urología/At. Primaria): BPH, eyaculación precoz, hemospermia, microhematuria. Puesta al día de los restantes algoritmos de patologías urológicas para manejo conjunto con At. primaria
-Cuantificación de las consultas remitidas: 30-40 pacientes/día.
-Creación de base de datos donde se reflejan todas las interconsultas virtuales realizadas.
-Análisis individualizado de las distintas patologías urológicas de las cuales se solicita interconsulta virtual por Centro de Salud y análisis preliminar de los problemas detectados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre principios de 1/9/2017 y 31/8/2018 se han realizado globalmente 5026 consultas virtuales de At. primaria a Urología, 17% (870) resueltas sin cita.
-Sept 2017: 91 interconsultas solicitadas desde At Primaria y valoradas por Urología. 56% resueltas sin cita.
-Octubre 2017: 370 interconsultas. 22% resueltas sin cita.
-Noviembre 2017: 511 interconsultas. 19% resueltas sin cita.
-Diciembre 2017: 366 interconsultas. 10% resueltas sin cita.
-Enero 2018: 475 interconsultas. 19% resueltas sin cita.
-Febrero 2018: 472 interconsultas. 13% resueltas sin cita.
-Marzo 2018: 482 interconsultas. 14% resueltas sin cita.
-Abril 2018: 467 interconsultas. 19% resueltas sin cita.
-Mayo 2018: 512 interconsultas. 12% resueltas sin cita.
-Junio 2018: 441 interconsultas. 17% resueltas sin cita.
-Julio 2018: 407 interconsultas. 15% resueltas sin cita.
-Agosto 2018: 358 interconsultas. 15% resueltas sin cita.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Existe correlación evidente entre los recursos de Urología destinados a la interconsulta virtual (puesto de urólogo/semana) y la calidad de nuestra respuesta.
-Existe necesidad de realizar reuniones con los equipos de Mª Familia para evaluar las patologías urológicas cuya remisión al nivel asistencial de primaria causa dificultades en el manejo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1243 ===== ***

Nº de registro: 1243

Título
CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Autores:
GIL MARTINEZ PEDRO, CARELA ESPIN JOAQUIN, MALLEN MATEO EVA, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, RONCALES BADAL ANGEL, GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMÁTICA ENTRE UROLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Comunicación entre varios niveles asistenciales

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La relación entre Atención Primaria y Atención especializada es una de las bases fundamentales para el buen funcionamiento del sistema público de Salud.

Por otra parte, las nuevas tecnologías nos ofrecen la oportunidad de establecer interconsultas virtuales que agilicen todo el proceso de intercomunicación entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS

Fomentar el manejo de las patologías urológicas sencillas más prevalentes en Atención Primaria, para disminuir el número de derivaciones a atención especializada urológica.

De esta se podrá evitar las molestias al paciente derivadas de acudir a otro nivel asistencial, y cuando sea necesaria dicha derivación que sea más precoz.

MÉTODO

-Elaboración de protocolos clínicos de manejo en Atención primaria así como de derivación a especializada de las patologías urológicas más prevalentes.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo.

INDICADORES

-Disminución del Nº de derivaciones desde Atención Primaria a Urología jerarquizada.

-Nº de interconsultas telemáticas efectuadas.

DURACIÓN

Cronograma previsto:

-Elaboración de protocolos clínicos: abril a mayo 2017.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS: abril 2017.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo: abril 2017.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales: junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Fecha de entrada: 23/02/2020

2. RESPONSABLE PEDRO GIL MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARELA ESPIN JOAQUIN
GARETA ALQUEZAR CLARA
MALLEN MATEO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
(IV: interconsulta virtual).
-Difícil organización interna de nuestro Sº para dejar un staff encargado de las IV, al menos 3 puestos/semana, en full time toda la mañana, liberándolo de actividad quirúrgica, consulta externa o pase de visita. Desde 1/2020 esta actividad se realiza miércoles, jueves y viernes en HGDZ a la vez que se procede al pase de visita y dar de alta a los pacientes postoperados urológicos en dicho Centro.
-Creación de base de datos donde se reflejan todas las IV realizadas desde At. Primaria.
-Cuantificación de las consultas remitidas: aprox. 500 interconsultas virtuales/mes (30-40/día). Se responden IV de los 20 centros de Salud del Sector Zaragoza II.
-Se responde a las IV, con la premisa advertida cuando empezamos (2016) de intentar devolver a At Primaria (resolver sin cita) aprox. un 20% de IV.
-Valoración de forma individual de la necesidad de algún algoritmo nuevo (distinto a los 10 ya existentes) para manejo conjunto At. Primaria/Urología de las distintas patologías urológicas, o bien problemas con alguna patología en concreto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A lo largo del 2019 (entre 1/ene y 31/dic) hemos contestado 5.810 IV, 896 de ellas resueltas sin cita (15,4%). Desglose por meses:
-Ene 2019: 545 interconsultas solicitadas desde At Primaria y valoradas por Urología. 12,8% resueltas sin cita.
-Feb 2019: 510 interconsultas. 15,6% resueltas sin cita.
-Mar 2019: 504 interconsultas. 16% resueltas sin cita.
-Abril 2019: 473 interconsultas. 16,4% resueltas sin cita.
-Mayo 2019: 523 interconsultas. 17,7% resueltas sin cita.
-Junio 2019: 437 interconsultas. 16,2% resueltas sin cita.
-Julio 2019: 460 interconsultas. 12,8% resueltas sin cita.
-Ago 2019: 386 interconsultas. 16% resueltas sin cita.
-Sept 2019: 473 interconsultas. 15,2% resueltas sin cita.
-Oct 2019: 574 interconsultas. 13,9% resueltas sin cita.
-Nov 2019: 520 interconsultas. 15,5% resueltas sin cita.
-Dic 2019: 405 interconsultas. 17% resueltas sin cita.
Solemos encontrar problemas con la devolución de pacientes a At. Primaria en el algoritmo "manejo de la masa intraescrotal", por el miedo a existir patología neoplásica testicular subyacente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Importancia de las reuniones periódicas entre AT. primaria y Urología en los distintos Centros de Salud, para valorar disfuncionalidades y corregirlas.
-Existe correlación evidente entre los recursos de Urología destinados a la interconsulta virtual (puesto de urólogo/semana) y la calidad de nuestra respuesta.

7. OBSERVACIONES.
¿Durante cuántos años se puede ir enviando actualizaciones de un mismo proyecto?

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1243 ===== ***

Nº de registro: 1243

Título
CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Autores:
GIL MARTINEZ PEDRO, CARELA ESPIN JOAQUIN, MALLEN MATEO EVA, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, RONCALES BADAL ANGEL,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMÁTICA ENTRE UROLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Comunicación entre varios niveles asistenciales

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La relación entre Atención Primaria y Atención especializada es una de las bases fundamentales para el buen funcionamiento del sistema público de Salud.

Por otra parte, las nuevas tecnologías nos ofrecen la oportunidad de establecer interconsultas virtuales que agilicen todo el proceso de intercomunicación entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS

Fomentar el manejo de las patologías urológicas sencillas más prevalentes en Atención Primaria, para disminuir el número de derivaciones a atención especializada urológica.

De esta se podrá evitar las molestias al paciente derivadas de acudir a otro nivel asistencial, y cuando sea necesaria dicha derivación que sea más precoz.

MÉTODO

-Elaboración de protocolos clínicos de manejo en Atención primaria así como de derivación a especializada de las patologías urológicas más prevalentes.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo.

INDICADORES

-Disminución del Nº de derivaciones desde Atención Primaria a Urología jerarquizada.

-Nº de interconsultas telemáticas efectuadas.

DURACIÓN

Cronograma previsto:

-Elaboración de protocolos clínicos: abril a mayo 2017.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS: abril 2017.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo: abril 2017.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales: junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMÁTICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1260

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA (ACUERDO DE GESTION)

Fecha de entrada: 18/03/2019

2. RESPONSABLE ANGEL BORQUE FERNANDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL FABRA JESUS
MALLEN MATEO EVA
GIL SANZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Instaurar 2 consultas/mes destinadas a Vigilancia Activa, con periodicidad quincenal, atendidas alternativamente por los Dres. Gil Fabra y Mallén, y en su ausencia por el Dr. Borque

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualización de protocolo de VA en CaP.

Habilitación de 2 consultas mensuales de VA en Urología: Agenda (GUROVA) y frecuentación de citas: 30 minutos para primeros días, y 15 minutos para visitas de seguimiento. 2º y 4º miércoles de cada mes.

Actualización de plantilla de interpretación de Biopsia de Próstata para identificación de pacientes candidatos a VA. Diseño e implementación de plantilla

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Visionado por los pacientes en la sala de espera del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo Aragon TV): documental realizado a todos nosotros y pacientes. Este aspecto queda pendiente de la adquisición de los monitores con cargo a un proyecto de investigación del Servicio que culmina a finales de este próximo mes de febrero y tras ello la adquisición de dichos monitores y habilitación del espacio físico para su visionado.

La adquisición de un nuevo aparato de ecografía con fusionado de imágenes resonancia-ecografía y guiado de la práctica de la biopsia sería altamente recomendable para optimizar su realización. Nos encontramos pendientes de su evaluación y solicitud de adquisición.

7. OBSERVACIONES.
Hemos realizado un programa Focuss al respecto el pasado año al objeto de favorecer la aplicación de esta estrategia terapéutica al resto de hospitales de la Comunidad Autónoma. Programa que se ha vuelto a ofertar en la presente convocatoria. Todo ello gracias a nuestra experiencia favorable en esta práctica asistencial.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1260 ===== ***

Nº de registro: 1260

Título
MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Autores:
BORQUE FERNANDO ANGEL, GIL FABRA JESUS, MALLEN MATEO EVA, GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Cancer de prostata
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1260

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CÁNCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER DE PROSTATA (ACUERDO DE GESTIÓN)

PROBLEMA

La sensibilización en cáncer de próstata (CaP), el cribado poblacional encubierto, y en su defecto el cribado oportunístico del CaP, han mostrado su impacto en mortalidad, pero también un sobrediagnóstico de CaP's "latentes", "indolentes" o "insignificantes" que difícilmente afectarán a corto, medio o largo plazo en mortalidad ni calidad de vida de sus portadores; pero que tras su diagnóstico se siguen de un "sobret ratamiento", mediante cirugía o radioterapia, que sin olvidar el coste económico, llevan consigo potenciales efectos secundarios limitantes en calidad de vida como incontinencia urinaria e impotencia.

La VA es una estrategia terapéutica consolidada en el HUMS, con una fecha de inicio realista situada en 2013, es decir 4 años de vigencia. El flujo de entrada de pacientes ha sufrido un incremento progresivo hasta un total de 88 pacientes incluidos en VA en nuestro centro hasta la fecha

RESULTADOS ESPERADOS

Maximizar la VA como enfoque terapéutico de CaP de Bajo/Muy Bajo Riesgo.

Creación de la Consulta específica de Vigilancia Activa

MÉTODO

De los 88 pacientes incluidos hasta la fecha 4 acaban de realizar la primera visita. De los 84 restantes, 3 pacientes han fallecido por otra causa y 18 han pasado a tratamiento activo (20,5%). La mediana de tiempo en VA se cifra en 52 meses), permaneciendo a 2 años un 79% de pacientes en VA, a 3 años un 66% y un 43% a 5 años.

Si la situación se estabiliza, cabe esperar un incremento anual (nuevos casos - abandonos) de unos 30 casos/año. No cabe esperar que el crecimiento exponencial percibido en estos años de consolidación de la VA persista, sino que se estabilice en esos 30 casos/año.

De este modo el número de visitas para pacientes en VA esperables para 2017, por protocolo y sin visitas por evento que cabría esperar serían:

30 nuevos casos x 4 visitas/caso-1º año: 120 visitas.

67 casos en seguimiento x 2 visitas/caso-año: 134 visitas.

TOTAL: 254 visitas/año.

+ 260 visitas/año / 12 meses = 21,6 + 22 visitas/mes (de ellas 2-3 visitas/mes son la primera visita que requiere un mínimo de 30 minutos por paciente para explicar debidamente la VA).

Instaurar 2 consultas/mes destinadas a Vigilancia Activa, con periodicidad quincenal, atendidas alternativamente por los Dres. Gil Fabra y Mallén, y en su ausencia por el Dr. Borque.

Visionado por los pacientes en la sala de espera del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo Aragón TV): documental realizado a todos nosotros y pacientes.

INDICADORES

Indicador: Actualización de protocolo de VA en CaP. Monitorización: diseño del protocolo.

Indicador: Habilitación de 2 consultas mensuales de VA en Urología: (M): Agenda y frecuentación de citas.

Indicador: Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, Aragón TV). (M): Adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología).

Indicador: Actualización de plantilla de interpretación de Biopsia de Próstata para identificación de pacientes candidatos a VA. (M): Diseño e implementación de plantilla

Indicador: Plantilla de interpretación de la Biopsia Próstata transperineal en VA. (M): Diseño e implementación.

DURACIÓN

Cronograma: 1 año: 2017

Mes 1: Actualización del protocolo de Vigilancia Activa.

Mes 1-3 Diseño de plantilla de interpretación de BxP basal para identificación de candidatos a VA, e integración informática.

Mes 1-3 Diseño de la plantilla de interpretación de BxP de seguimiento en VA, e integración informática

Mes 1 a 6: Programar las citas sucesivas de los pacientes ya incluidos y de los nuevos en la Consulta de Vigilancia Activa. Los pacientes se visitan semestralmente en la consulta de Proceso de Próstata, entremezclados con el resto, en 6 meses se identificarían todos ellos.

Mes 6 a 12: Activación y seguimiento de la consulta de Vigilancia Activa.

Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA.

Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1260

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA (ACUERDO DE GESTION)

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

Fecha de entrada: 20/03/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL ESPILEZ ORTIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ ZALABARDO MANUEL
SERRANO FRAGO PATRICIA
ESTRADA DOMINGUEZ FERNADO
VIAMONTE VIAMONTE PATRICIA
GIL MARTINEZ PEDRO
CABAÑUZ PLO TERESA
MUÑOZ RIVERO MARTA VIRIDIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En una única consulta de alta resolución (CARHE) se ha realizado el diagnóstico y la planificación del tratamiento del paciente con hematuria monosintomática.

Fases de Implantación:

1. Fase Preliminar (primeros 3 meses)
 - Localización: CARHE (11:30-14:00h) → Sala Blanca (12:00-14:00h)
 - Usuarios: pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
 - Número de pacientes: 4
2. Fase de implantación definitiva (durante 1 año)
 - Localización: CARHE (9:30-14:00h)
 - Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
 - Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
 - Número de pacientes: 10-12
3. Fase de extensión a Atención Primaria (tras la fase anterior)
 - Localización: CARHE (9:30-14:00h)
 - Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
 - Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
 - Pacientes con HM atendidos en Atención Primaria
 - Número de pacientes: 10-12

Protocolo de actuación estándar en CARHE:

1. El paciente diagnosticado de HM será derivado desde el servicio de urgencias a la CARHE en un plazo inferior a una semana.
2. En esa primera y única visita se realizará anamnesis, exploración física, ecografía y, si procede, cistoscopia.
3. Si el paciente es diagnosticado de patología tumoral, se incluirá en lista de espera quirúrgica en ese mismo momento con petición de las citologías urinarias.

Se definen como indicadores para monitorizar el proyecto y sus resultados:

- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Revisión en CE de Urología
- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Realización de prueba diagnóstica
- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Inclusión en Lista de Espera

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un 45% de los pacientes valorados en la consulta CARHE han sido diagnosticados de patología tumoral. El 90% de tumor vesical, el 5% de tumor renal y el 5% de tumor del tracto urinario superior. El 25% de los diagnósticos fue mediante ecografía, el 65% por cistoscopia y el 10% por TAC.

Procedencia de las consultas a CARHE: 72 S.urgencias, 40 CME, 15 Consulta Virtual, 6 otros.

Se alcanza el objetivo principal con una mejora muy importante del tiempo diagnóstico, así como reducción de tiempo desde el síntoma hasta el tratamiento. Mediana de tiempo en nuestra serie desde que el paciente consulta por hasta que es diagnosticado de 7 días y desde que consulta hasta que se opera de 62 días.

El intervalo consulta por HM-diagnóstico causa hematuria en la época previa a la instauración de la CARHE era de 45 a 85 días.

Se alcanzaron todos los objetivos secundarios:

Acortar el tiempo diagnóstico de la patología causante de la HM (disminuyendo el tiempo de espera hasta la primera prueba de imagen y posteriores pruebas a realizar).

- Evitar la realización de pruebas de imagen (ecografía y/o TC) por parte del Servicio de Radiodiagnóstico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

tanto de forma urgente como de forma programada.

- Disminuir las pruebas instrumentales (cistoscopias programadas) en salas de locales.
- Disminuir el tiempo de espera hasta la primera consulta urológica.
- Disminuir las visitas reiteradas al Servicio de Urgencias
- Disminuir la ansiedad del paciente por la espera.
- Aplicar el tratamiento apropiado más precozmente.
- Mejorar el pronóstico en los pacientes con patología tumoral al disponer de un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de la CARHE acorta de manera importante el tiempo de diagnóstico de tumor vesical y otros tumores urológicos y con ello su posterior tratamiento. Disminuye la realización de pruebas complementarias por otros servicios, reduce las visitas a urgencias y disminuye la ansiedad del paciente con hematuria macroscópica.

7. OBSERVACIONES.

Consideramos que se producirá el incremento progresivo de los pacientes derivados a la CARHE, por una mejor filtración de pacientes y creación de consulta virtual.

Por esto, nos planteamos una ampliación de los días de consulta.

Deberíamos considerar mejorar nuestros recursos (mejoría del ecografo)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1269 ===== ***

Nº de registro: 1269

Título
CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

Autores:
ESPILEZ ORTIZ RAQUEL, SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, SERRANO FRAGO PATRICIA, GIL MARTINEZ PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hematuria es una causa frecuente de consulta urológica en el Servicio de Urgencias(S.U),representando más del 30 % de las urgencias urológicas en nuestro medio.

En la población mayor de 50 años el 35% de las hematurias son de causa tumoral(tumor vesical).

Al diagnóstico 20-25% de los casos son tumores infiltrantes. Un diagnóstico y tratamiento precoz es primordial en su pronóstico.

Los pacientes con un episodio de hematuria presentan gran ansiedad y suelen acudir reiteradamente al S.U, acrecentando la presión asistencial de un servicio de por sí muy saturado.

Actualmente en el manejo de las hematurias monosintomaticas(HM) atendidas en el S.U, no existe protocolo de actuación específico, ni se efectúa control de derivación a la Consulta Externa de Urología, en plazo o pruebas solicitadas.

Creemos que se dan las circunstancias para mejorar el manejo de las HM que acuden al Servicio de Urgencias, a través del análisis de la gestión del proceso actual, y a la realización de propuestas, en nuestro caso la creación de una consulta de alta resolución(CARHE)

Además y después de analizados los resultados, extrapolar esta consulta de alta resolución a HM de CCEE de Especialidades y Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal

Crear una consulta de alta resolución del paciente HM, con el fin de permitir un diagnóstico precoz en la patología tumoral urológica.

Objetivos secundarios

- Acortar el tiempo diagnóstico de la patología causante de la HM (disminuyendo el tiempo de espera hasta la primera prueba de imagen y posteriores pruebas a realizar).
- Evitar la realización de pruebas de imagen (ecografía y/o TC) por parte del Servicio de Radiodiagnóstico tanto de forma urgente como de forma programada.
- Disminuir las pruebas instrumentales (cistoscopias programadas) en salas blancas.
- Disminuir el tiempo de espera hasta la primera consulta urológica.
- Disminuir las visitas reiteradas al S.U.
- Disminuir la ansiedad del paciente por la espera.
- Aplicar el tratamiento apropiado más precozmente.
- Mejorar el pronóstico tumoral realizando diagnóstico y tratamiento más precoz.

MÉTODO

En una única consulta de alta resolución(CARHE) se realizará el diagnóstico y la planificación del tratamiento del paciente con HM.

Población diana: Pacientes con HM atendidos en urgencias(fase preliminar), en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS (fase de implantación) y Atención Primaria(fase definitiva).

Establecer una agenda específica de Consulta de Alta resolución de Hematuria.

Protocolo de actuación estándar en CARHE:

1. El paciente diagnosticado de HM será derivado desde el SU a la CARHE en un plazo inferior a una semana.
2. En esa primera y única visita se realizará anamnesis, exploración física, ecografía y, si procede, cistoscopia.

INDICADORES

Se definen como indicadores para monitorizar el proyecto y sus resultados:

- Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Revisión en CE de Urología
- Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Realización de prueba diagnóstica
- Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Inclusión en Lista de Espera

Los objetivos a lograr durante este año son:

- Disminuir el número de revisiones por HM en las consultas de urología en un 50%- 75%.
- Disminuir el tiempo desde el primer síntoma hasta el diagnóstico en más del 50% del tiempo actual.
- Disminuir el tiempo desde el primer síntoma hasta la inclusión en lista de espera quirúrgica en más del 50%.
- Acortar el tiempo desde el síntoma hasta el tratamiento quirúrgico en más de un 60%.

Respecto al estándar actual

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: 18/04/2017

Fecha de finalización: CARHE será una consulta definitiva en nuestro centro.

Fases de Implantación:

1. Fase Preliminar(primeros 3 meses)

- Localización: CARHE (11:30-14:00h) -> Sala Blanca (12:00-14:00h)
- Usuarios: pacientes con HM atendidos en el S.U.
- Número de pacientes: 4

2. Fase de implantación definitiva(1 año)

- Localización: CARHE (9:30-14:00h)
- Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el S.U.
- Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
- Número de pacientes: 10-12

3. Fase de extensión a Atención Primaria

- Localización: CARHE (9:30-14:00h)
- Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el S.U.
- Pacientes con HM atendidos en CCEE Centro de Especialidades y HUMS
- Pacientes con HM atendidos en Atención Primaria
- Número de pacientes: 10-12

OBSERVACIONES

Los responsables de CARHE son:

Raquel Espilez Ortiz

Jose Manuel Sanchez Zalabardo

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL ESPILEZ ORTIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ ZALABARDO MANUEL
REDONDO REDONDO CRISTINA
SANZ DEL POZO MONICA
ORLANDI WALTER
GIL MARTINEZ PEDRO
GIL SANZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En una única consulta de alta resolución (CARHE) se ha realizado el diagnóstico y la planificación del tratamiento del paciente con hematuria monosintomática.

Fases de Implantación:

1. Fase Preliminar (primeros 3 meses)
 - Localización: CARHE (11:30-14:00h) → Sala Blanca (12:00-14:00h)
 - Usuarios: pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
 - Número de pacientes: 4
2. Fase de implantación definitiva (durante 1 año)
 - Localización: CARHE (9:30-14:00h)
 - Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
 - Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
 - Número de pacientes: 10-12
3. Fase de extensión a Atención Primaria (tras la fase anterior)
 - Localización: CARHE (9:30-14:00h)
 - Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
 - Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
 - Pacientes con HM atendidos en Atención Primaria
 - Número de pacientes: 10-12

Protocolo de actuación estándar en CARHE:

1. El paciente diagnosticado de HM será derivado desde el servicio de urgencias a la CARHE en un plazo inferior a una semana.
2. En esa primera y única visita se realizará anamnesis, exploración física, ecografía y, si procede, cistoscopia.
3. Si el paciente es diagnosticado de patología tumoral, se incluirá en lista de espera quirúrgica en ese mismo momento con petición de las citologías urinarias.

Se definen como indicadores para monitorizar el proyecto y sus resultados:

- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Revisión en CE de Urología
- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Realización de prueba diagnóstica
- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Inclusión en Lista de Espera

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un 35.6% de los pacientes valorados en la consulta CARHE han sido diagnosticados de patología tumoral, en una primera y única consulta.

En el 95,3% se realizó ecografía. En el 19,5% hubo diagnóstico de patología tumoral vesical (N=48), el 2,4% de masa renal (N=6), el 4,8% de litiasis (N=12) y el 1,2% de hidronefrosis (N=3). En el 72,1% no se pudo llegar a un diagnóstico mediante ecografía.

Se hizo cistoscopia en el 78,7% (N=203) de los pacientes. El 40,9% (N=83) de los pacientes a los que se realizó cistoscopia se diagnosticaron de tumor vesical. En 6,4% (N=13) se encontró sangrado prostático, en 1,5% se evidenció litiasis vesical. En el 51,7% (N=105) no hubo hallazgos.

En 23 pacientes con ecografía y cistoscopia negativa se realizó diagnóstico por TAC de causa de la hematuria (14 litiasis, 4 TM de vías, 4 TM vesical, 1 TM renal).

Se alcanza el objetivo principal, con una mejora muy importante del tiempo diagnóstico, así como reducción de tiempo desde el síntoma hasta el tratamiento.

Mediana de tiempo en nuestra serie desde que el paciente consulta por hasta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION

que es diagnosticado de 9 días.

El intervalo consulta por HM-diagnóstico causa hematuria en la época previa a la instauración de la CARHE era de 45 a 85 días.

Se alcanzaron todos los objetivos secundarios:

- Acortar el tiempo diagnóstico de la patología causante de la HM (disminuyendo el tiempo de espera hasta la primeraprueba de imagen y posteriores pruebas a realizar).
- Evitar la realización de pruebas de imagen (ecografía y/o TC) por parte del Servicio de Radiodiagnóstico tanto de forma urgente como de forma programada.
- Disminuir las pruebas instrumentales (cistoscopias programadas) en salas de locales.
- Disminuir el tiempo de espera hasta la primera consulta urológica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de la CARHE acorta de manera importante el tiempo de diagnóstico de tumor vesical y otros tumores urológicos y con ello su posterior tratamiento. Disminuye la realización de pruebas complementarias por otros servicios, reduce las visitas a urgencias y disminuye la ansiedad del paciente con hematuria macroscópica.

7. OBSERVACIONES.

Consideramos que se producirá el incremento progresivo de los pacientes derivados a la CARHE, por una mejor filtración de pacesintes y creación de consulta virtual. Por esto, nos planteamos una ampliación de los días de consulta. Deberíamos considerar mejorar nuestros recursos (mejoría del ecografo). Esta disminución en los tiempos de diagnóstico se debe acompañar de una mejora en el periodo de permanencia en lista de espera quirúrgica, con un esfuerzo por parte de todos los servicios implicados en la atención integral al paciente.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1269 ===== ***

Nº de registro: 1269

Título
CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

Autores:
ESPILEZ ORTIZ RAQUEL, SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, SERRANO FRAGO PATRICIA, GIL MARTINEZ PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hematuria es una causa frecuente de consulta urológica en el Servicio de Urgencias(S.U), representando más del 30 % de las urgencias urológicas en nuestro medio. En la población mayor de 50 años el 35% de las hematurias son de causa tumoral(tumor vesical). Al diagnóstico 20-25% de los casos son tumores infiltrantes. Un diagnóstico y tratamiento precoz es primordial en su pronóstico. Los pacientes con un episodio de hematuria presentan gran ansiedad y suelen acudir reiteradamente al S.U, acrecentando la presión asistencial de un servicio de por sí muy saturado. Actualmente en el manejo de las hematurias monosintomaticas(HM) atendidas en el S.U, no existe protocolo de actuación específico, ni se efectúa control de derivación a la Consulta Externa de Urología, en plazo o pruebas solicitadas. Creemos que se dan las circunstancias para mejorar el manejo de las HM que acuden al Servicio de Urgencias, a través del análisis de la gestión del proceso actual, y a la realización de propuestas, en nuestro caso la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION

creación de una consulta de alta resolución(CARHE)

Además y después de analizados los resultados, extrapolar esta consulta de alta resolución a HM de CCEE de Especialidades y Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal

Crear una consulta de alta resolución del paciente HM, con el fin de permitir un diagnóstico precoz en la patología tumoral urológica.

Objetivos secundarios

- Acortar el tiempo diagnóstico de la patología causante de la HM (disminuyendo el tiempo de espera hasta la primera prueba de imagen y posteriores pruebas a realizar).
- Evitar la realización de pruebas de imagen (ecografía y/o TC) por parte del Servicio de Radiodiagnóstico tanto de forma urgente como de forma programada.
- Disminuir las pruebas instrumentales (cistoscopias programadas) en salas blancas.
- Disminuir el tiempo de espera hasta la primera consulta urológica.
- Disminuir las visitas reiteradas al S.U.
- Disminuir la ansiedad del paciente por la espera.
- Aplicar el tratamiento apropiado más precozmente.
- Mejorar el pronóstico tumoral realizando diagnóstico y tratamiento más precoz.

MÉTODO

En una única consulta de alta resolución(CARHE) se realizará el diagnóstico y la planificación del tratamiento del paciente con HM.

Población diana: Pacientes con HM atendidos en urgencias(fase preliminar), en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS (fase de implantación) y Atención Primaria(fase definitiva).

Establecer una agenda específica de Consulta de Alta resolución de Hematuria.

Protocolo de actuación estándar en CARHE:

1. El paciente diagnosticado de HM será derivado desde el SU a la CARHE en un plazo inferior a una semana.
2. En esa primera y única visita se realizará anamnesis, exploración física, ecografía y, si procede, cistoscopia.

INDICADORES

Se definen como indicadores para monitorizar el proyecto y sus resultados:

- Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Revisión en CE de Urología
- Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Realización de prueba diagnóstica
- Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Inclusión en Lista de Espera

Los objetivos a lograr durante este año son:

- Disminuir el número de revisiones por HM en las consultas de urología en un 50%- 75%.
 - Disminuir el tiempo desde el primer síntoma hasta el diagnóstico en más del 50% del tiempo actual.
 - Disminuir el tiempo desde el primer síntoma hasta la inclusión en lista de espera quirúrgica en más del 50%.
 - Acortar el tiempo desde el síntoma hasta el tratamiento quirúrgico en más de un 60%.
- Respecto al estándar actual

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: 18/04/2017

Fecha de finalización: CARHE será una consulta definitiva en nuestro centro.

Fases de Implantación:

1. Fase Preliminar (primeros 3 meses)
 - Localización: CARHE (11:30-14:00h) → Sala Blanca (12:00-14:00h)
 - Usuarios: pacientes con HM atendidos en el S.U.
 - Número de pacientes: 4
2. Fase de implantación definitiva (1 año)
 - Localización: CARHE (9:30-14:00h)
 - Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el S.U.
 - Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
 - Número de pacientes: 10-12
3. Fase de extensión a Atención Primaria
 - Localización: CARHE (9:30-14:00h)
 - Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el S.U.
 - Pacientes con HM atendidos en CCEE Centro de Especialidades y HUMS
 - Pacientes con HM atendidos en Atención Primaria
 - Número de pacientes: 10-12

OBSERVACIONES

Los responsables de CARHE son:

Raquel Espilez Ortiz

Jose Manuel Sanchez Zalabardo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1490

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANGEL BORQUE FERNANDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H MIGUEL SERVET
· Localidad ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESPILEZ ORTIZ RAQUEL
MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES
CORBATON GOMOLLON DAVID
RODRIGUEZ VALLE ANA
RELLO VARAS LUIS
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA
GIL SANZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar, "ASESORAMIENTO GENÉTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA" (AsGeCaP): Urología, Bioquímica, Oncología Médica, Oncología Radioterápica. Esta actividad se ha realizado con éxito en el primer semestre de 2019 y más allá se ha propuesto a la Unidad de Calidad Asistencial de nuestro hospital la Solicitud de reconocimiento de Grupo Clínico de Trabajo Interdisciplinar: ASGECAP (Asesoramiento Genético en Cáncer de Próstata), con fecha 21 de noviembre de 2019, estando pendiente de resolución. Actividad prevista en el intervalo: Ene--Jun. 2019

2.- Realización de "Protocolo sobre Asesoramiento Genético y Cáncer de Próstata, Sector Zaragoza II". Nuevamente esta actividad prevista se ha realizado con éxito siendo aprobado el protocolo por la Comisión de Tecnología en Junio 2019 con el código de identificación: Z2-595-19

https://zaragoza2/jboss.salud.aragon.es/intranetz12/index.jsp/app.4/mod.repodoc/mem.detalle_documento/id.1423/chk.bc9f3c4_b71bb52b12bcf2905db3d141b.htm

Actividad prevista en el intervalo: Ene--Jun. 2019

3.- Activación de consulta específica en Urología (agenda: GUROAG) desde la que centralizar la identificación de pacientes y remisión a Sº Bioquímica, Unidad Genética. Actividad igualmente realizada con éxito y puesta en marcha con fecha 28 de febrero de 2019. Actividad prevista en el intervalo: Ene--Mar. 2019. Recursos empleados: adquisición de escáner digital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Protocolo asistencial: se estableció un periodo de 6 meses para su realización y se ha cumplido, de hecho en junio 2019 ya estaba aprobado por la Comisión de Tecnología.
- Apertura de la agenda ASGECAP: se estableció su apertura en el primer trimestre de 2019, y en febrero ya estaba activada y con pacientes citados.
- Diseño de base de datos: se ha diseñado una BD con MS-Access 2016 para la recogida de casos. Comprende un total de 34 variables de interés y actualmente incluye 38 pacientes a estudio.
- Consulta de Urología, Agenda ASGECAP: En estos 12 meses de existencia y con una pretendida periodicidad mensual, se ha desarrollado en tan sólo 7 ocasiones (58% de lo previsto), con una mediana de 8 pacientes visitados en cada jornada, totalizando 54 pacientes atendidos, con 3 errores de citación (5%).
- De los 38 pacientes en la base de datos: 7 (18%) fueron estudiados como candidatos a vigilancia activa, 3 (8%) eran cánceres de próstata hormono-sensibles metastásicos y 2 (5%) resistentes a castración metastásicos, 9 procedían de un diagnóstico < 55 años (24%, dos de ellos candidatos a vigilancia activa), 2 (5%) de un entorno de cáncer de mama-ovario (1 de ellos además candidato a vigilancia activa y menor de 55 años) y 14 (37%) de cáncer de próstata hereditario, te de ellos con algún criterio asociado previo, y sólo 1 de un entorno de síndrome de Lynch.
- Cuarenta y seis pacientes han sido estudiados en la Sección de Genética del Servicio de Bioquímica desde el inicio del proyecto, estando 3 de ellos pendientes del resultado: 20 (46,5%) han presentado un resultado 'no informativo', en 21 (48,8%) se ha detectado un variante de significado incierto, y en 5 (11,6%) hemos encontrado una variante patogénica, concretamente 1 mutación BRCA2, 2 CHECK2 y 2 MUTYH.
- De los 3 niveles de prioridad para la realización del informe: 19 sujetos a estudio (44,2%) eran de prioridad Alta (mediana de tiempo al informe: 1,4 meses; rango: 0,4-3 m. / Proyectado: 30 días; mín.-máx.: 15-60 días), 15 (34,9%) de prioridad Intermedia (mediana al informe: 2,6 meses; rango: 0,9-6 m. / Proyectado: 90 días; mín.-máx.: 45 días-6 meses), y prioridad Baja 9 casos (20,9%) (mediana al informe: 3,5 meses; rango: 0,4-9,1 m. / Proyectado: 6 meses; mín.-máx.: 3-9 meses).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Hemos logrado un alto índice de operatividad e interacción entre los diferentes actores implicados, logrando un rápido y eficiente consenso el la redacción del Protocolo asistencial que guía este proyecto. Todo ello ha facilitado la armonización asistencial y flujo de pacientes entre los diferentes servicios.
- La consulta ASGECAP ha presentado un uso inferior al esperado, sólo 7 de 12 potenciales oportunidades en un año. Y es posible que se deba incluso aumentar su periodicidad mensual.
- El beneficio obtenido con 11,6% de hallazgos patogénicos justifica su existencia, y sitúa nuestros resultados en el límite superior de los hallazgos de la literatura.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1490

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

- Los tiempos de espera en los pacientes con prioridad Alta e Intermedia todavía no están en su nivel óptimo pero muy próximos, a diferencia de los de prioridad Baja que presentan una respuesta muy rápida. Procede un intento de redistribución de estos intervalos.
- El flujo de inclusión de pacientes en la base de datos se sitúa algo por detrás de la práctica asistencial 38 de 51 pacientes atendidos (74%). Es un proceso que consume un tiempo extra con 34 variables por caso además del escaneo del árbol genealógico, y que hemos de buscar la forma de optimizarlo.
- El resultado global en un ámbito tan novedoso en el que el proceso asistencial se ha creado de cero, sin ninguna experiencia a reproducir por inexistente, es ampliamente satisfactoria a mitad de nuestro Acuerdo de Gestión. Nos situamos por encima de lo esperado en la mejor de las expectativas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1490 ===== ***

Nº de registro: 1490

Título
IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

Autores:
BORQUE FERNANDO ANGEL, ESPILEZ ORTIZ RAQUEL, MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES, CORBATON GOMOLLON DAVID, RODRIGUEZ VALLE ANA, RELLO VARAS LUIS, MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cáncer de próstata (CaP) es uno de los tumores más heredables con un 57% de variación del riesgo de padecerlo vinculado a factores genéticos. Una historia familiar de CaP se asocia a un aumento del 68% de riesgo de CaP y un 72% de CaP letal. Una historia familiar de cáncer de mama supone un aumento del riesgo de CaP en un 21% y de CaP letal del 34%. De un modo más concreto, el CaP tiene una predisposición hereditaria con especial riesgo asociado a BRCA2 y BRCA1 (asociados al síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario; CMOH) y a HOXB13 (asociado al cáncer de próstata hereditario; CaPH); así como a mutaciones de genes implicados en los mecanismos de reparación del DNA (en relación al Síndrome de Lynch; SL). Mutaciones hereditarias principalmente en BRCA1, BRCA2 y ATM se han descubierto en hasta un 12% del CaP metastásico, con implicaciones clínicas y terapéuticas. La identificación de mutaciones en CaP hereditario tiene consecuencias en pacientes y familias y comienzan a surgir estrategias individualizadas de cribado en varones con BRCA1 y BRCA2, por aumento de riesgo de CaP más precoz y mayor mortalidad. Estas realidades hacen que pacientes de mayor riesgo genético de CaP agresivo deban ser desaconsejados para estrategias de tratamiento conservador que puedan hacer peligrar su pronóstico oncológico no percibido por factores clínicos habituales. Ante toda esta realidad surge a nuestro juicio la necesidad de implementar el "ASESORAMIENTO GENÉTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA" para pacientes de CaP y familiares en riesgo de padecerlo, u otros tumores relacionados.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Determinar la población candidata a asesoramiento genético vinculado a CaP.
• Varones afectos de CaP que puedan beneficiarse de un asesoramiento genético que guíe su manejo y decisiones terapéuticas.
• Familiares de varones afectos de CaP en los que quepa esperar un mayor riesgo de padecer CaPH.
2. Determinar qué asesoramiento genético individualizado ofrecer a los varones que se identifican con mayor riesgo de padecer CaP.
• Proceda esta identificación de varones a riesgo de estudios familiares directamente vinculados a CaPH, o procedentes de otros síndromes familiares como CMOH, SL u otros.
3. Derivado de lo anterior promover estudio familiar si se identifica riesgo genético de cáncer hereditario.

MÉTODO
1.- Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar, "ASESORAMIENTO GENÉTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA"

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1490

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER DE PROSTATA

(AsGeCaP): Urología, Bioquímica, Oncología Médica, Oncología Radioterápica

2.- Realización de "Protocolo sobre Asesoramiento Genético y Cáncer de Próstata, Sector Zaragoza II": Indicaciones de estudio, flujo de pacientes, panel genético a evaluar, información a transmitir según hallazgos.

3.- Activación de consulta específica en Urología (agenda: GUROAG) desde la que centralizar la identificación de pacientes y remisión a Sº Bioquímica, Unidad Genética.

INDICADORES

- Protocolo de actuación: Consenso del grupo de trabajo en 6 meses (mínimo 1 mes, máximo 9 meses). No hay ningún protocolo estandarizado, ni aún sugerido hasta el momento en la bibliografía internacional.
- Apertura de agenda GUROAG para selección de pacientes: apertura antes de 3 meses (mín. 1 m.- máx. 5 m.); 1 día al mes, (mín. 1 d./2 m.- máx. 2 d./m.).
- Realización de informes tras estudio genético: a) Alta Prioridad, pacientes en vigilancia activa o tumores avanzados: informe en 30 d. (mín. 15 d.- máx. 60 d.); b) Prioridad Intermedia, resto de pacientes con CaP: informe en 90 d. (mín. 45 d.- máx. 6 m.); c) Baja Prioridad, familiares de pacientes: informe en 6 m. (mín. 3 m.- máx. 9 m.).

DURACIÓN

- Diseño del protocolo de consenso: Ene.-Jun. 2019. Todo el grupo de trabajo.
- Apertura agenda de consultas de Urología: Ene.-Mar. 2019. Dres. Borque-Espílez-Corbatón-Gil Sanz.
- Diseño de base de datos para análisis de pacientes: Ene.-Mar. 2019. Dres. Corbatón-Borque.
- Actualización del protocolo: Sep.-Dic. 2019. Todo el grupo de trabajo.
- Análisis de flujo asistencial y sobrecarga. Rediseño y optimización: Sep.-Dic. 2019. Todo el grupo de trabajo.
- Análisis de primeros resultados asistenciales y científicos: Ene.-Jun. 2020. Todo el grupo.
- Externalización del protocolo. Propuesta Focuss-IACS: Ene.-Dic. 2020. Todo el grupo.

OBSERVACIONES

Aunque el Asesoramiento Genético en CaP es de interés creciente en la actualidad, no existe un proyecto definido en nuestro país en este sentido. El nuestro sería la primera iniciativa debidamente articulada en este sentido.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **